

Cher(e) candidat(e),

Saint-Pierre, 27 mai 2021.

Vous êtes admis à l'IFSI du CHU de la Réunion en **liste FPC** (Formation Professionnelle Continue) et nous vous en félicitons.

Afin de procéder à votre inscription nous vous demandons d'effectuer les démarches suivantes :

ETAPE 1 - Dès le 27 Mai 2021 avec retour de mail à : inscriptions.seve@ies-reunion.fr
Confirmer votre inscription et **Transmettre les documents personnels suivants :**

1. **(format Jpeg) Une photo d'identité**
2. **(format PDF) Fiche d'inscription** ci-jointe (remplie, datée et signée)
3. **(format PDF) Photocopie de la Carte d'identité (recto/verso) nationale ou passeport** (avec visa en cours de validité pour les étudiants étrangers)
4. **(format PDF) Relevé d'Identité Bancaire** avec code **IBAN à votre nom** (nom de jeune fille au dos du RIB))
5. **(format PDF) Copie de l'attestation de la sécurité sociale** justifiant **votre affiliation** (avec votre numéro)
6. **(format PDF) Livret de famille** (si vous êtes père ou mère de famille)

ETAPE 2 - Du 12 au 16 Juillet 2021

Rendez-vous **en présentiel** sur le site de l'IFSI ou vous avez été admis (Nord ou Sud)

Merci de prévoir et préparer les documents suivants pour le rendez-vous d'inscription définitive à la vie de l'étudiant de l'IFSI comme suit :

- Noms d'**A à F - Lundi** le 12/07/2021 de 8 à 12 heures
- Noms de **G à K - Mardi** le 13/07/2020 de 8 à 12 heures
- Noms de **L à O - Jeudi** le 15 /07/2020 de 8 à 12 heures
- Noms de **P à Z - Vendredi** le 16/07/2020 de 8 à 12 heures

7. **Originaux de justificatifs de l'employeur + photocopies**
8. **Pièces complémentaires à fournir si vous êtes concernés : originaux (BAC, Diplôme d'Etat, autres diplômes...)**
+ Photocopie
9. **Attestation d'immunisation et vaccinations obligatoires** ci-jointe remplie par votre médecin traitant
10. **Certificat médical** (avec votre nom de jeune fille) **établi obligatoirement par un médecin agréé** et avec cette phrase : « Mme/Mr... ne présente pas de contre-indications physiques et psychologiques à l'exercice de la profession d'infirmier ». Consulter la liste de médecins agréés sur le site : <https://www.ocean-indien.ars.sante.fr/obtenir-la-liste-des-medecins-agrees>
11. **Justificatif de résidence pendant les études (photocopie)** de moins de 3 mois (soit facture EDF, soit facture CISE), si la facture n'est pas à votre nom il faut l'attestation s/honneur de l'hébergeur ainsi que sa pièce d'identité et sa facture (soit facture EDF, soit facture CISE)
12. **Attestation d'assurance responsabilité civile individuelle (obligatoire)** pour l'année 2021-22 (la responsabilité civile professionnelle est conseillée mais facultative)
13. **Attestation d'inscription à Pôle emploi avec numéro d'identifiant** (seulement si vous êtes concerné)
14. **Photocopie de votre carte grise** (seulement si la voiture est à votre nom)
15. **Extrait du casier judiciaire n°3** de moins de 3 mois pour la demande, consulter site : <https://www.cjn.justice.gouv.fr/cjn/b3/eje20c>
16. **Accord de la prise en charge des frais de la formation** (si vous êtes promotionnaire)
17. **Demande de validation d'acquis** (seulement les acquis antérieurs universitaires pour les étudiants ayant déjà validé des unités d'enseignements équivalentes pour la formation d'infirmier –photocopies de justificatifs, la vérification des originaux sera exigée). Aucune validation n'est possible au-delà de cette date.

 **Aucune demande de Validation d'Acquis Antérieur n'est possible au-delà du 20 Aout 2021.**

 **Toute déclaration non conforme aux originaux ou en l'absence de documents et copies demandées, entrainera l'annulation de l'inscription du candidat.**

18. Prévoir carte bancaire pour effectuer **paiements** (droit de scolarité, recueil de textes et portfolio)

L'équipe administrative de l'IES du CHU de la Réunion

Fiche d'Inscription

Liste 2 (FPC)

2020/2021

IFSI SUD

OU

IFSI NORD

N° INE

N° SS -

Madame Monsieur

Nom patronymique (de naissance).....

Nom marital :

Prénoms :(dans l'ordre de l'état civil – pièce identité)

Date de naissance :/...../..... Département de naissance : Pays de naissance

Ville de naissance :

NATIONALITE – SITUATION FAMILIALE – HANDICAP (joindre justificatif)

Nationalité : Française Autre :

Marié/Pacs Célibataire Vie maritale Divorcé Autres

Diplômes / Titres / Expériences

Diplôme (minimum niveau IV).....

Baccalauréat français série.....

Baccalauréat étranger ou équivalence (préciser).....

Année d'obtention : Département ou Pays :

Nom du dernier Employeur.....

COORDONNEES pendant les études (tout changement doit être signalé à la vie de l'étudiant)

Adresse fixe.....

Code postal :

Commune.....

☎ fixe :

☎ GSM:.....

Adresse électronique personnel.....@.....

Personne à contacter en cas d'urgence : ☎

AUTRES INFORMATIONS

Etes-vous en situation d'handicap ? OUI (si oui, apporter un justificatif) NON

Fournir un certificat délivré par un médecin agréé de la Maison Départementale pour les Personnes Handicapées (MDPH) – N° vert : 0800000262 – Email : mdph974@mdph.re

Cette information est importante pour que nous puissions mettre tout en œuvre pour vous accueillir dans des conditions optimales (adaptation technique, matérielle ou pédagogique).

Pour toute question, vous pouvez contacter le secrétariat de la vie étudiante au 0262 35 99 82 (SEVE sud) et 02 62 71 75 30 (SEVE Nord) qui fera le lien avec le référent handicap.

Je soussigné(e),.....

Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus et confirme mon acceptation pour intégrer l'IFSI du CHU de la Réunion.

le,...../...../2021

Signature de l'étudiant



Saint-Denis, le 29 avril 2021

A tous les étudiants et élèves primo-entrants des IES du CHU Réunion

Dans le cadre de votre formation, vous devrez effectuer chaque année **une visite médicale obligatoire** avec le Médecin du Travail des IES du CHU Réunion.

À la rentrée, vous devrez vous rendre à cette visite médicale, qui sera programmée par l'institut (date qui vous sera communiquée ultérieurement).

Vous devrez vous munir **OBLIGATOIREMENT** des pièces suivantes :

- votre carnet de santé ou carnet de vaccinations,
- la dernière sérologie de l'Hépatite B,
- lunettes de vue le cas échéant,
- les certificats demandés ci-dessous :

1. Certificat médical (ci-joint) rempli par le **médecin agréé**.

Certificat médical (avec votre nom de jeune fille) établi **obligatoirement** par un **médecin agréé**
Consulter la liste de médecins agréés sur le site : <https://www.lareunion.ars.sante.fr/obtenir-la-liste-des-medecins-agrees-4>

2. Certificat de vaccination (ci-joint) rempli par **votre médecin traitant**.

3. Si vous avez un handicap déclaré, apporter le justificatif

Le Médecin du Travail est disponible par mail si besoin : usai.monica@ies-reunion.fr (toute demande de changement de RDV peut être accordée uniquement si motif légitime).



CERTIFICAT MEDICAL
MEDECIN AGREE

Je soussigné(e) Docteur :certifie avoir
examiné ce jour

Mr/Mme Nom : Prénom :

Né(e) le : / ___ / ___ / ____ / à

inscrit(e) à du C.H.U Réunion et
atteste qu'il/elle ne présente pas de contre-indications physiques et psychologiques à
l'exercice de la profession

Fait à

Le

Signature :

Cachet du Médecin



**Attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires et recommandées
pour les étudiants et élèves des professions de santé**

Je soussigné, Docteur¹

Adresse :

Téléphone :

Certifie que M. / Mme (Nom de jeune fille suivi du nom d'usage + prénom).....

Né(e) le...../...../..... à.....

Est à jour des vaccinations suivantes obligatoires :

- 1) **Hépatite B** (Arrêté du 02/08/2013 - voir algorithme ci-dessous). **3 injections au total** selon le schéma 0,1 mois et 6 mois après la première dose.
L'immunisation est OBLIGATOIRE afin de pouvoir débiter les stages. Un schéma accéléré peut être proposé afin de garantir l'immunisation avant le début du premier stage : ENGERIX B20 3 doses en 21 jours (JO,J7,J21) suivies d'un rappel 12 mois après, indispensable pour obtenir une protection au long cours. Contrôle des anticorps 4 à 8 semaines après l'administration de la dose de rappel à 12 mois.

| Résultats des dosages (OBLIGATOIRES) | | Date |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------|
| Anticorps Anti-HBs | UI / L | |
| et | | |
| Anticorps Anti-HBc | UI / L | |
| Si attestation d'un résultat, même ancien, montrant des Ac Anti-HBs > 100 UI/L : sujet immunisé. | | |
| Si concentration des anticorps Anti-HBs entre 10 et 100 UI/L et anticorps Anti-HBc non détectés : sujet immunisé <u>si vaccination menée à terme (3 injections au total)</u> . | | |
| Si concentration des anticorps Anti-HBs < 10 UI/L et anticorps Anti-HBc non détectés : réaliser une injection supplémentaire de vaccin contre l'hépatite B et effectuer un nouveau contrôle sérologique 4 à 8 semaines après l'injection (répéter ce schéma si besoin sans dépasser 6 injections au total). | | |
| Après 6 doses, si la personne présente toujours un taux d'anticorps anti-HBs inférieur à 10 UI/L, elle est considérée comme « non répondeuse » à la vaccination. | | |
| Si anticorps Anti-HBc détectés : dosage des antigènes HBs et de l'ADN VHB. | | |

- 2) **Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite** : 3 injections + rappel à l'âge de 6 ans, 11-13 ans, 25 ans et 45 ans.
Pour les professionnels de santé, les rappels comportent la valence coquelucheuse (recommandé).

| Dernier rappel effectué | | |
|-------------------------|-------|-----------|
| Nom du vaccin | Date | N° de lot |
| | | |

¹ Votre médecin traitant ou le médecin de service de médecine préventive de votre employeur

A pris connaissance que les vaccinations suivantes sont recommandées :

1) Rougeole, Oreillons, Rubéole :

Personnes nées depuis 1980 : rattrapage pour obtenir au total 2 doses de vaccin trivalent ROR (avec un délai de minimum 1 mois entre les doses), **quels que soient les antécédents vis-à-vis des trois maladies.**

Personnes nées avant 1980 : 1 dose de vaccin trivalent ROR au total si absence d'antécédent connu.

| Nom du vaccin | Date | N° de lot |
|-----------------------------------|-------|-----------|
| 1ère dose ROR : | | |
| 2 ^{ème} dose ROR : | | |

2) Varicelle : 2 injections espacées de 4 à 8 semaines (Varivax®) ou de 6 à 10 semaines (Varilrix®) en cas de personne sans antécédent de varicelle (ou dont l'histoire est douteuse) et dont la sérologie est négative.

| Nom du vaccin | Date | N° de lot |
|-------------------------------|-------|-----------|
| 1ère dose : | | |
| 2 ^{ème} dose : | | |

3) COVID-19 :

| Nom du vaccin | Date | N° de lot |
|-------------------------------|-------|-----------|
| 1ère dose : | | |
| 2 ^{ème} dose : | | |

4) Grippe saisonnière :

A pris connaissance que la réalisation d'un test IDR tous les 5 ans est recommandée :

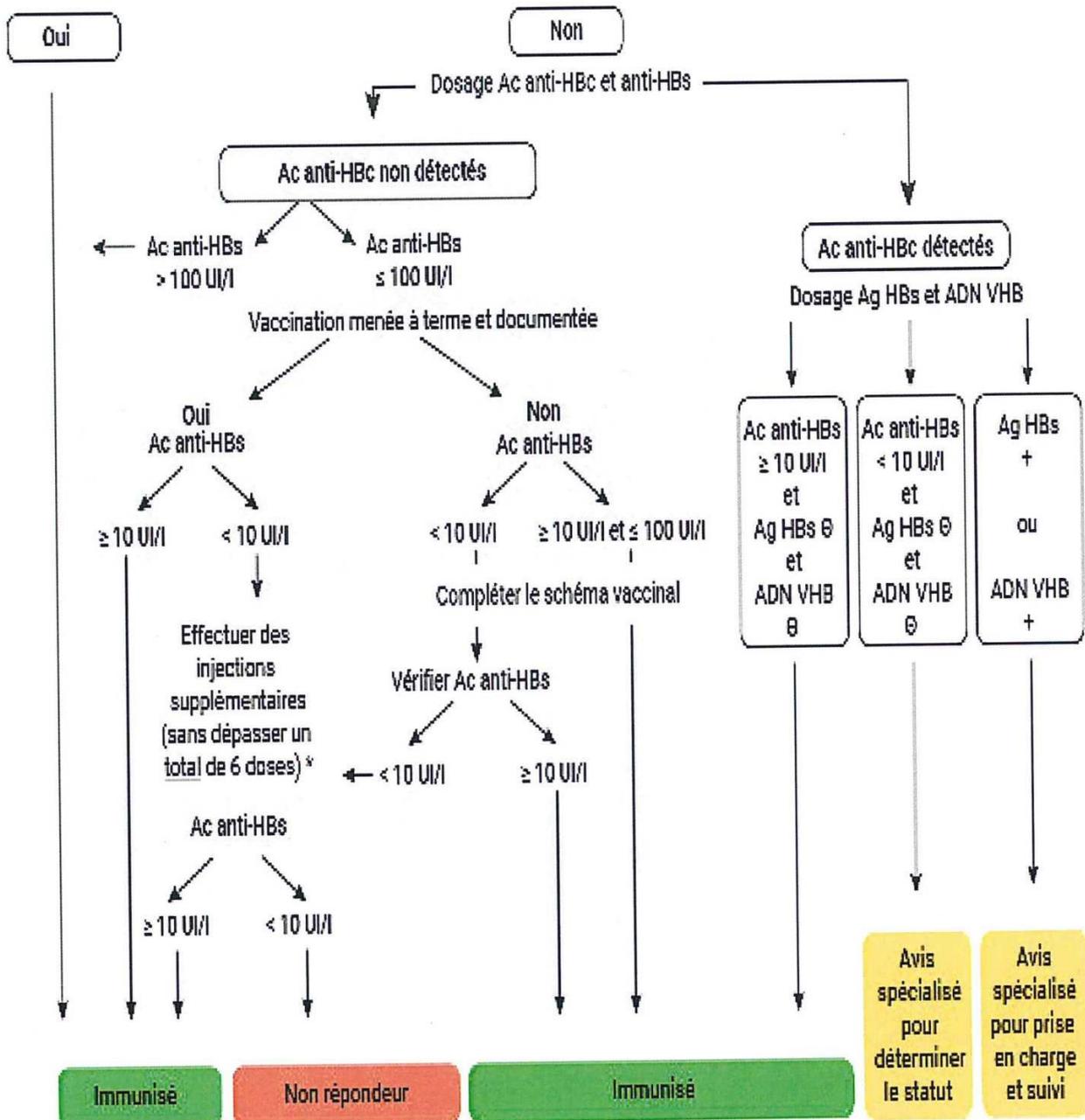
| Date | Résultat |
|-------|----------|
| | |

Fait le/...../.....

Signature et cachet du Médecin

Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 et dont les conditions sont fixées par l'arrêté du 2 août 2013.

Attestation d'un résultat, même ancien, montrant des Ac anti-HBs > 100 UI/l



Ac : anticorps - Ag : antigène - VHB : virus de l'hépatite B

* Sauf cas particulier voir 4° de l'annexe 2 de l'arrêté.



Campagne 2021/2022

Notice

Ce dossier concerne les étudiants inscrits en première année des formations en soins infirmiers des établissements liés par convention à l'Université de La Réunion.

Il est établi et examiné à la demande de l'intéressé(e) pour la dispense d'UE dans le cursus de formation en soins infirmiers par les équivalences accordées pour tout ou partie d'UE acquises antérieurement dans une formation ayant permis l'obtention d'un titre universitaire.

Ce dossier préparatoire à la Commission d'Attribution des Crédits a pour objectif de permettre à l'UFR Santé de donner un avis préalable pour les demandes de dispenses formulées par les candidats, au regard du programme analytique de toutes les années de formations antérieures ayant permis d'obtenir le titre universitaire (Licence, Master, DUT, Doctorat, Ingénieur d'un établissement habilitée par la Commission des Titres d'Ingénieur) avec le programme analytique des trois années du cursus des études d'infirmier (référentiel national).

Le dossier complété par le candidat, accompagné de toutes les copies des pièces justificatives demandées doit être déposé auprès de l'IFSI.

IMPORTANT :

- Tout dossier incomplet ou retardataire ne sera pas traité.
- Aucune pièce manquante ne sera réclamée.
- Toutes les copies des pièces fournies ne seront pas restituées : *les originaux devront être présentés aux services administratifs de l'IFSI*

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nom (majuscules) / prénom : | |
| Etablissement d'inscription (IFSI) <input checked="" type="checkbox"/> Saint-Pierre <input type="checkbox"/> Saint-Denis <input type="checkbox"/> Mayotte Année d'inscription en : <input checked="" type="checkbox"/> 1 ^{ère} <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} <input type="checkbox"/> 3 ^{ème} | Visa du directeur de l'institut Franck BELLIER Directeur de Soins CHU de la Réunion Institut d'Etudes de Santé-IFSI |

| | |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Réservé à l'Administration de l'UFR Santé | |
| Date d'arrivée (UFR SANTE) : | <input type="checkbox"/> Dossier complet <input type="checkbox"/> Dossier incomplet |



| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

IDENTIFICATION

Nom

Nom marital :

Prénom(s)

Date de naissance : / /

Lieu de naissance (commune) :

Département de naissance :

Pays :

COORDONNEES

Adresse permanente (adresse de résidence habituelle) :

Rés./appt. :

N°, voie

Code postal : Commune :

Pays :

LISTE DES PIECES A FOURNIR DANS LE DOSSIER

- Copie d'une attestation d'inscription à l'IFSI (PIECE N°1)
- Les autres pièces (**attestation du titre universitaire, son programme analytique* et les relevés de notes**) seront numérotées dans l'ordre d'apparition dans le tableau ci-après et à partir du numéro 2

** Le programme analytique est le référentiel pédagogique détaillé (UE par UE) de chaque année universitaire ayant conduit à l'obtention du titre universitaire, notamment pour les UE demandées en équivalence en vue d'une dispense dans le cadre de la formation en IFSI.*



Campagne 2021-2022

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e),
atteste sur l'honneur :

- de l'authenticité des informations personnelles mentionnées dans ce dossier ;

J'ai pris connaissance que toute fausse déclaration ou production de documents falsifiés dans ce dossier est passible de sanctions pénales.

A le

Signature obligatoire



Campagne 2021-2022

TITRES UNIVERSITAIRES ACQUIS ANTERIEUREMENT

| Année d'obtention | Intitulé complet et établissement ayant délivré le diplôme | Pièce |
|-------------------|------------------------------------------------------------|-------|
| | | 2 |
| | | 3 |
| | | 4 |
| | | 5 |
| | | 6 |
| | | 7 |
| | | 8 |
| | | 9 |
| | | 10 |



IFSI - DOSSIER DE DEMANDE DE VALIDATION DES ACQUIS ANTERIEURS - Campagne 21-22



Nom :- Prénom(s) :

EQUIVALENCES DEMANDEES

| Formation antérieure | | | Formation en IFSI | | Avis |
|----------------------|---------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------|-----------------------------------------------------------------------|------|
| Titre universitaire | Intitulé complet du titre | UE demandée en équivalence (année, libellé de l'UE) | Année (1, 2, 3) | UE correspondante demandée en dispense (semestre et intitulé complet) | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Visa :