Cher(e) candidat(e), Saint-Denis, 01 Juin 2023.

Vous êtes admis à l'IFSI du CHU Nord de la Réunion en et nous vous en félicitons.
L'Institut de Formation est accessible à tous les étudiants / élèves présentant un certificat d'aptitude à suivre la formation et les stages inhérents à la formation et dont les vaccinations sont à jour.

Afin d'assurer les mêmes chances de réussite face au diplôme, les étudiants en situation de handicap sont invités à se rapprocher du Référent Handicap de l'Institut lors de leur inscription administrative pour prendre connaissance des mesures d'accompagnement possibles et anticiper les éventuels aménagements nécessaires au bon déroulement de de leurs études. Les solutions mises en œuvre le seront avec le partenariat des responsables pédagogiques et ou de stage voire de terrain de sage en fonction des besoins dans la mesure de leur faisabilité eu égard au référentiel de compétences.

A noter :

- Chaque année scolaire, tout étudiant en situation de handicap, reprend contact avec le référent handicap de l'institut pour bénéficier d'un nouvel accompagnement personnalisé, il n'y a pas d'automatisme, le handicap pouvant être temporaire.
- Attention, pour les étudiants / élèves en situation de handicap ayant besoin d'aménagement des examens, aucune demande ne sera acceptée au-delà d'un mois avant la date des examens. Il est impératif d'anticiper pour bénéficier des mesures nécessaires.
- Tout étudiant / élèves en situation de handicap prend contact avec le référent handicap de l'institut qui l'orientera ou l'accompagnera dès l'apparition de problèmes de santé survenant pendant la scolarité.

Contacts et coordonnées

Les référents handicap des IES sont :

IES Sud
Isabelle FONTAINE – Cadre Formateur
Téléphone : 0262 35 59 98
Email : isabelle.fontaine.ies-reunion.fr
Sabine DIJOUX - Adjoint administratif
Téléphone : 0262 35 95 70
Email : sabine.dijoux@ies-reunion.fr

IES Nord
Gilbert DALLE-MULE – Cadre Formateur
Téléphone : 0262 71 75 59
Email : gilbert.dalle-mule@chu-reunion.fr
Martine TECHER - Adjoint administratif
Téléphone : 0262 71 75 49
Email : martine.techer@ies-reunion.fr

Le référent handicap de l'établissement (en cas de promotion professionnelle) est
D.R.H
Vanessa DARID
Téléphone : 0262 71 98 14
Email : vanessa.darid@chu-reunion.fr
Françoise BELON
Téléphone : 0262 35 95 94 - Dect 5 5569
Email : francoise.belon@chu-reunion.fr

« Cette formation **et cet accompagnement** sont cofinancés par l'Union Européenne et la Région Réunion. L'Europe s'engage à La Réunion avec le Fonds Social Européen plus (FSE+) »

Afin de procéder à votre inscription suite à votre admission en liste FCP nous vous demandons d'effectuer les démarches suivantes :

ETAPE 1 -Dès le 02 Juin 2022, par retour de mail à: ***inscriptions.seve-nord@ies-reunion.fr***

Confirmer votre inscription et **Transmettre par retour de mail** 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) R**elevés d'**I**dentité **B**ancaire avec code **IBAN** à **votre nom**

(nom de jeune fille au dos du RIB pour les femmes mariées)

5. **(format pdf) Copie de l'attestation de la sécurité sociale** justifiant **l'affiliation** (avec votre numéro CGSS & nom)
6. **(format pdf) Livret de famille** *(si vous êtes père ou mère de famille)*

ETAPE 2 -Du 26 au 30 JUIN 2023

Rendez-vous **en présentiel** secrétariat de la vie de l'étudiant de l'IFSI CHU Nord

Prévoir et préparer les documents :

- Noms de : **A à D** - **Lundi le** 26/06/2023 de 8 à 12 heures
- Noms de **: E à H** - **Mardi** le 27/06/2023 de 8 à 12 heures
- Noms de : **I à L** - **Mercredi** le 28/06/2023 de 8 à 12 heures
- Noms de : **M à R** - **Jeudi** le 29/06/2023 de 8 à 12 heures
- Noms de : **S à Z - Vendredi** le 30/06/2023 de 8 à 12 heures

7. *Pièces complémentaires à fournir si vous êtes concernés :* **originaux (BAC, Diplôme d'Etat, autres diplômes…)**
8. **Attestation d'immunisation et vaccinations obligatoires ci**-jointe remplie par votre médecin traitant
9. **Certificat médical** *(ci-joint 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.lareunion.ars.sante.fr/obtenir-la-liste-des-medecins-agrees-4***
10. **Attestation d'immunisation et vaccinations obligatoires ci**-jointe remplie par votre médecin traitant
11. **Justificatif de résidence pendant les études** *(photocopie)* de moins de 3 mois *(soit facture EDF, soit facture d'eau…). S*i la facture n'est pas à votre nom, veuillez fournir une attestation s/honneur de l'hébergeur ainsi que sa pièce d'identité et un justificatif d'adresse (facture EDF, facture d'eau…)
12. **Attestation d'assurance responsabilité civile individuelle** ***(obligatoire)*** pour l'année 2022-23 *(la responsabilité civile professionnelle est conseillée mais facultative)*
13. **Justificatif du paiement de la Contribution de Vie Etudiant et de Campus (CVEC)** ***(https://cvec.etudiant.gouv.fr)*** (concerne uniquement les étudiants inscrits au pôle emploi, et ceux non pris en charge par un organisme financeur (TRANSITION PRO ou employeur).
14. **Attestation d'inscription à Pôle emploi + compte rendu d'entretien** *(seulement si vous êtes concerné)*
15. **Photocopie de votre carte grise** *(seulement si la voiture est à votre nom)*
16. **Extrait du casier judiciaire n°3** de moins de 3 mois, à récupérer sur le site :

https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1420

17. **Prévoir carte bancaire** pour effectuer les paiements (droit de scolarité ~170€+recueil de texte et portfolio~20€)
18. **Demande de validation d'acquis** *(Dossier ci-joint.) «* Les personnes admises en formation peuvent faire l'objet de dispenses d'unités d'enseignements ou de semestres par le directeur d'établissement, après décision de la section compétente pour le traitement pédagogique des situations individuelles des étudiants, au regard de leur formation antérieure validée, des certifications, titres et diplômes obtenus et de leur parcours professionnel ». Fournir les photocopies de justificatifs, les originaux seront exigés pour vérification.

⚠ **Aucune demande de Validation d'Acquis Antérieur n'est possible au-delà du 31 juillet 2023.**

Votre inscription sera soumise à la vérification des originaux des documents sollicités.

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

« Cette formation **et cet accompagnement** sont cofinancés par l'Union Européenne et la Région Réunion. L'Europe s'engage à La Réunion avec le Fonds Social Européen plus (FSE+) »

Cofinancé par l'Union européenne

Institut d'Etudes en Santé
Institut de Formation en Soins Infirmiers

Fiche d'Inscription IFSI NORD Liste 2 (FPC) Promo : 2023/2026 Année scolaire : 2023/2024

N° INE ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Seulement si vous l'avez

N° SS ☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐☐☐-☐☐

Numéro personnel, obligatoire

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 ☐ Vie maritale ☐ Célibataire ☐ Divorcé ☐ Autres

Etes-vous en situation de **handicap** ? ☐ NON ☐ OUI

Si OUI, fournir un certificat délivré par un médecin agrée de la Maison Départementale pour les Personnes Handicapées.
Contacter obligatoirement un référent handicap IFSI ☎ 0262 71 75 59 / 0262 71 75 49

DIPLOMES / TITRES

☐Diplôme ……

☐ Baccalauréat français Typologie……

☐ 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 personnelle……@……

Personne à contacter en cas d'urgence :…… ☎……

Je soussigné(e),……..

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

le……../……../2023 *Signature de l'étudiant*

« Cette formation **et cet accompagnement** sont cofinancés par l'Union Européenne et la Région Réunion. L'Europe s'engage à La Réunion avec le Fonds Social Européen plus (FSE+) »

Saint-Denis, le 01 juin 2023

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 :

19. **Certificat médical** (ci-joint) remplit par le **médecin agrée.**

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

20. **Certificat de vaccination** (ci-joint) remplit par **votre médecin traitant**.

21. Si vous êtes en situation de **handicap déclaré :** obligation de fournir les documents médicaux préconisant les dispositifs d'aménagement recommandés :

Un certificat délivré par un médecin agrée de la Maison Départementale pour les Personnes Handicapées. Cette information est importable afin que nous puissions tout mettre en œuvre pour vous accueillir dans des conditions optimales (adaptation technique, pédagogique, matérielle…).
Pour toutes informations, vous pouvez contacter le référent handicap IFSI ☎ 02.62.71.75.59 / 02.62.71.75.49.

« Cette formation **et cet accompagnement** sont cofinancés par l'Union Européenne et la Région Réunion. L'Europe s'engage à La Réunion avec le Fonds Social Européen plus (FSE+) »

Cofinancé par l'Union européenne / REGION REUNION www.regionreunion.com / CHU LA RÉUNION		IES/A/ DOC Version : 3
INSTITUT D'ETUDES EN SANTE	**CERTIFICAT MEDICAL** MEDECIN AGREE	MAJ : 15/05/2023

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

« Cette formation **et cet accompagnement** sont cofinancés par l'Union Européenne et la Région Réunion. L'Europe s'engage à La Réunion avec le Fonds Social Européen plus (FSE+) »

Cofinancé par l'Union européenne — Region Reunion www.regionreunion.com — CHU La Réunion		IES/A/ DOC Version : 3
INSTITUT D'ETUDES EN SANTE	**Attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires et recommandées pour les étudiants et élèves des professions de santé**	MAJ : 15/05/2023

Je soussigné, Docteur[1]……

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 débuter 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 si vaccination menée à terme (3 injections au total). **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** :

« Cette formation et son accompagnement sont cofinancés par l'Union Européenne et la Région Réunion. L'Europe s'engage à La Réunion avec le Fonds Social Européen plus (FSE+) »

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 : ……..	……..	……
2ème 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 : ……..	……..	……
2ème dose : ……..	……..	……

3) Grippe saisonnière :

Nom du vaccin	Date	N° de lot
……..	……..	……

4) COVID-19 :

Nom du vaccin	Date	N° de lot
1ère dose : ……..	……..	……
2ème dose : ……..	……..	……
3ème dose : ……..	……..	……
4ème dose : ……..	……..	……

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

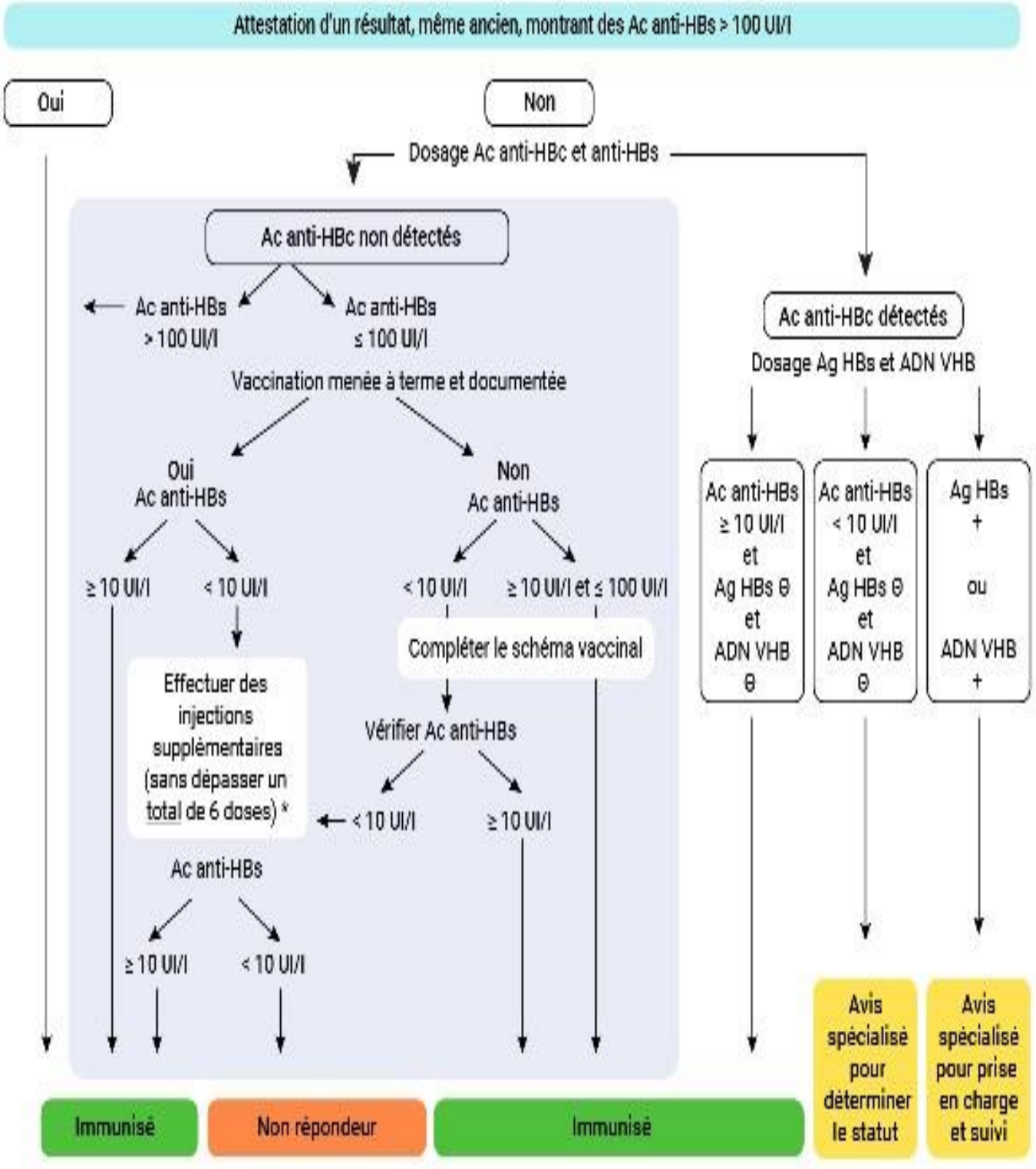
Date	Résultat
……	……..

Fait le ……../……../……

Signature et cachet du Médecin

« Cette formation **et cet accompagnement** sont cofinancés par l'Union Européenne et la Région Réunion. L'Europe s'engage à La Réunion avec le Fonds Social Européen plus (FSE+) »

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.



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

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

« Cette formation **et cet accompagnement** sont cofinancés par l'Union Européenne et la Région Réunion. L'Europe s'engage à La Réunion avec le Fonds Social Européen plus (FSE+) »

IFSI – DEMANDE
DE VALIDATION DES ACQUIS ANTERIEURS

Unité de Formation et de Recherche Santé

Campagne 2023-2024

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) ☑ Saint-Denis **Année d'inscription en** 1ère année 23-24	**Visa du directeur de l'institut** **Stéphane LE ROUZIC** Directeur de Soins

Réservé à l'Administration de l'UFR Santé	
Date d'arrivée (UFR SANTE) :	❑ Dossier complet ❑ Dossier incomplet

« Cette formation **et cet accompagnement** sont cofinancés par l'Union Européenne et la Région Réunion. L'Europe s'engage à La Réunion avec le Fonds Social Européen plus (FSE+) »

IFSI – DEMANDE
DE VALIDATION DES ACQUIS ANTERIEURS

Campagne 2023-2024

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.*

« Cette formation **et cet accompagnement** sont cofinancés par l'Union Européenne et la Région Réunion. L'Europe s'engage à La Réunion avec le Fonds Social Européen plus (FSE+) »

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

« Cette formation **et cet accompagnement** sont cofinancés par l'Union Européenne et la Région Réunion. L'Europe s'engage à La Réunion avec le Fonds Social Européen plus (FSE+) »

IFSI – DEMANDE
DE VALIDATION DES ACQUIS ANTERIEURS

Campagne 2023-2024

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

« Cette formation **et cet accompagnement** sont cofinancés par l'Union Européenne et la Région Réunion. L'Europe s'engage à La Réunion avec le Fonds Social Européen plus (FSE+) »

IFSI - DOSSIER DE DEMANDE DE VALIDATION DES ACQUIS ANTERIEURS - Campagne 23-24

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 :

« Cette formation **et cet accompagnement** sont cofinancés par l'Union Européenne et la Région Réunion. L'Europe s'engage à La Réunion avec le Fonds Social Européen plus (FSE+) »

DEMANDE DE VALIDATION DES ACQUIS ANTERIEURS

Liste des pièces à fournir pour constituer le dossier de VAA pour tous les étudiants présentant une demande.	**Listes des UE à demander en dispense pour les étudiants aide-soignant ou auxiliaire de puériculture.**
MODALITES D'OCTROI DE DISPENSES D'ENSEIGNEMENTS **Art. 7** - Les personnes admises en formation peuvent faire l'objet de dispenses d'unités d'enseignements ou de semestres au regard de leur formation antérieure validée, des certifications, titres et diplômes obtenus et de leurs parcours professionnels. **Art. 8** - Les candidats déposent auprès de l'établissement d'inscription leur demande de dispense sur la base des documents suivants : 1° la copie d'une pièce d'identité 2° le(s) diplôme(s) originaux détenu(s) 3° le cas échéant, une attestation de validation d'ECTS de moins de 3 ans 4° le cas échéant, le(s) certificat(s) du ou des employeurs attestant de l'exercice professionnel de l'intéressé 5° un curriculum vitae 6° une lettre de motivation 7° une attestation de niveau de langue B2 française pour les candidats étrangers. La demande sera présentée à la section compétente pour le traitement pédagogique des situations individuelles des étudiants, pour décision.	**UE 2.10 semestre 1** : Infectiologie hygiène **UE 4.1 semestre 1** : Soins de confort et de bien-être **UE 4.3 semestre 2** : Soins d'Urgences **UE 5.1 semestre 1** : Accompagnement de la personne dans la réalisation de ses soins quotidiens **Stage semestre 1**

« Cette formation **et cet accompagnement** sont cofinancés par l'Union Européenne et la Région Réunion. L'Europe s'engage à La Réunion avec le Fonds Social Européen plus (FSE+) »