



Cofinancé par  
l'Union européenne



Institut d'Etudes en Santé



Institut de Formation en Soins Infirmiers



Cher(e) candidat(e),

A Saint-Pierre, le 07/02/2024.

Vous êtes admis à l'IFSI du CHU Sud de la Réunion 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 leurs études. Les solutions mises en œuvre le seront avec le partenariat des responsables pédagogiques et ou de stage voire de terrain de stage 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

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

**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)** Relevés d'Identité Bancaire 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 15 au 19 JUILLET 2024

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

**Prévoir et préparer les documents :**

- Noms de : **A à E - LUNDI** le 15/07/2024 de 8 à 12 heures
  - Noms de : **F à I - MARDI** le 16/07/2024 de 8 à 12 heures
  - Noms de : **J à M - MERCREDI** le 17/07/2024 de 8 à 12 heures
  - Noms de : **N à Q - JEUDI** le 18/07/2024 de 8 à 12 heures
  - Noms de : **R à Z - VENDREDI** le 19/07/2024 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. **Justificatif de résidence pendant les études** *(photocopie)* de moins de 3 mois *(soit facture EDF, soit facture d'eau...)*. Si 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...)
  11. **Attestation d'assurance responsabilité civile individuelle (obligatoire)** pour l'année 2024-25 *(la responsabilité civile professionnelle est conseillée mais facultative)*
  12. **Attestation d'inscription à Pôle emploi avec numéro d'identifiant + compte rendu d'entretien** *(seulement si vous êtes concerné)*
  13. **Photocopie de votre carte grise** *(seulement si la voiture est à votre nom)*
  14. **Extrait du casier judiciaire n°3** de moins de 3 mois, à récupérer sur le site internet : <https://www.service-public.fr/particuliers/>
  15. **Prévoir carte bancaire** pour effectuer les paiements (droit de scolarité + recueil de textes et portfolio ~190€)
  16. **Justificatif du paiement** de la Contribution de Vie Etudiant et de Campus (CVEC) <https://cvec.etudiant.gouv.fr> *(concerne uniquement les étudiants qui n'ont pas de prise en charge par un organisme financeur : TRANSITION PRO ou employeur).*
  17. **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 (DEAS+DEAP+ études universitaires...), des certifications, titres et diplômes obtenus et de leur parcours professionnel ».  
Fournir les photocopies des diplômes + de justificatifs (les originaux seront exigés pour vérification).



**Les demandes de Validation d'Acquis Antérieurs doivent être remises au plus tard le 19/08/2024, au-delà le dossier sera visé en semestre 2.**

**Votre inscription sera soumise à la vérification des originaux de diplômes et documents :**

Vos diplômes (minimum niveau IV ou équivalent), Relevé de notes du BAC, Bulletins scolaires de 1<sup>ère</sup> et Terminale, Tous les documents déclarés dans votre inscription PARCOURSUP....

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

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



## Liste 2 (FPC)

2024/27

## Seulement si vous l'avez

**Numéro personnel, obligatoire**

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 agréé de la Maison Départementale pour les Personnes Handicapées.*

Contacter obligatoirement un référent handicap IFSI ☎ 0262 35 59 98/0262 35 95 70

## Diplômes / Titres / Expériences

☐ 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 personnel.....@.....

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 la 1<sup>ère</sup> année d'études à l'IFSI Sud du CHU de la Réunion.*

le,...../...../2024

*Signature de l'étudiant*



Cofinancé par  
l'Union européenne



Institut d'Études en Santé  
**CHU**  
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE  
— LA RÉUNION —  
Institut de Formation en Soins Infirmiers



A Saint-Pierre, le 07/02/2024

## **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 êtes en situation de **handicap déclaré** : obligation de fournir les documents médicaux préconisant les dispositifs d'aménagement recommandés :

*Un certificat délivré par un médecin agréé 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 ☎ 02.62.35.95.70*



Cofinancé par  
l'Union européenne



Institut d'Etudes en Santé



Institut de Formation en Soins Infirmiers



## **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 de la 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 et cachet du médecin :**



Cofinancé par  
l'Union européenne



REGION REUNION  
www.regionreunion.com

Institut d'Etudes en Santé



Institut de Formation en Soins Infirmiers



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

Je soussigné, Docteur<sup>1</sup> .....

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     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| <b>Anticorps Anti-HBs</b> ..... UI / L<br>et<br><b>Anticorps Anti-HBc</b> ..... UI / L                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <br><br> |
| <b>Si attestation d'un résultat, même ancien, montrant des Ac Anti-HBs &gt; 100 UI/L : sujet immunisé.</b><br><b>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).</b><br><b>Si concentration des anticorps Anti-HBs &lt; 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).</b><br>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.<br><b>Si anticorps Anti-HBc détectés : dosage des antigènes HBs et de l'ADN VHB.</b> |          |

- 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 |
| .....                   | ..... | .....     |

### 3) 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 : ..... | ..... | .....     |
| 2ème dose ROR : ..... | ..... | .....     |

### A pris connaissance que les vaccinations suivantes sont recommandées :

- 4) **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 : ..... | ..... | .....     |

### 5) COVID-19 :

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

### 6) Grippe saisonnière :

| Nom du vaccin | Date  | N° de lot |
|---------------|-------|-----------|
| .....         | ..... | .....     |

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

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

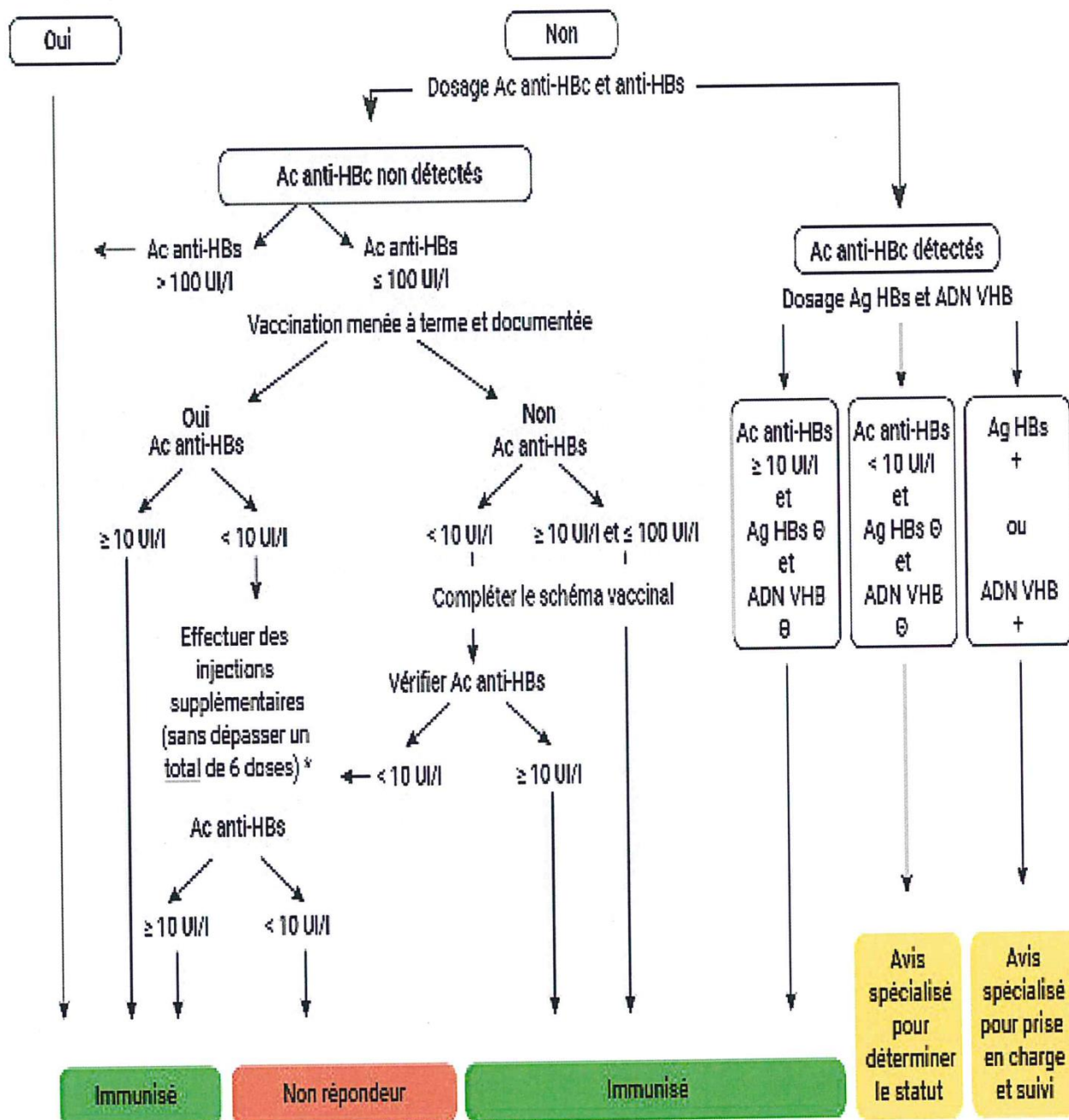
Fait à ..... le ...../...../.....

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 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 : .....                                                                                                                          |                                                                                               |
| <b>Etablissement d'inscription (IFSI)</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Saint-Pierre<br><b>Année d'inscription en</b> 1 <sup>ère</sup> année 2024 | <b>Visa du directeur de l'institut</b><br><br><b>Stéphane LE ROUZIC</b><br>Directeur de Soins |

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



IFSI – DEMANDE  
DE VALIDATION DES ACQUIS ANTERIEURS  
Campagne 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.



## Campagne 2024

### 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



**IFSI – DEMANDE  
DE VALIDATION DES ACQUIS ANTERIEURS**

**Campagne 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    |



# IFSI - DOSSIER DE DEMANDE DE VALIDATION DES ACQUIS ANTERIEURS - Campagne 2024



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) |      |
|                      |                           |                                                     |                   |                                                                       |      |
|                      |                           |                                                     |                   |                                                                       |      |
|                      |                           |                                                     |                   |                                                                       |      |
|                      |                           |                                                     |                   |                                                                       |      |
|                      |                           |                                                     |                   |                                                                       |      |
|                      |                           |                                                     |                   |                                                                       |      |
|                      |                           |                                                     |                   |                                                                       |      |



## DEMANDE DE VALIDATION DES ACQUIS ANTERIEURS-2024

| 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.        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>MODALITES D'OCTROI DE DISPENSES D'ENSEIGNEMENTS</b></p> <p><b>Art. 7</b> - 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.</p> <p><b>Art. 8</b> - Les candidats déposent auprès de l'établissement d'inscription leur demande de dispense sur la base des documents suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1° la copie d'une pièce d'identité</li> <li>2° le(s) diplôme(s) originaux détenu(s)</li> <li>3° le cas échéant, une attestation de validation d'ECTS de moins de 3 ans</li> <li>4° le cas échéant, le(s) certificat(s) du ou des employeurs attestant de l'exercice professionnel de l'intéressé</li> <li>5° un curriculum vitae</li> <li>6° une lettre de motivation</li> <li>7° une attestation de niveau de langue B2 française pour les candidats étrangers.</li> </ul> <p>La demande sera présentée à la section compétente pour le traitement pédagogique des situations individuelles des étudiants, pour décision.</p> | <p><b>UE 2.10 semestre 1</b> : Infectiologie hygiène</p>                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <p><b>UE 4.1 semestre 1</b> : Soins de confort et de bien-être</p>                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <p><b>UE 5.1 semestre 1</b> : Accompagnement de la personne dans la réalisation de ses soins quotidiens</p> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                             |