

Inscriptions

à l'École de Sages-Femmes

RENTREE 2024-2025

Vendredi 23 août 2024 et Lundi 26 août 2024
(de 08 h 00 à 12 h 00)

Faculté de santé de Terre-Sainte
Secrétariat ESF (porte B209)
77 Avenue du Dr Jean-Marie Dambreville
97410 Saint-Pierre
Tél : 0262 75 24 84



UNION EUROPEENNE



IES St Denis/E/FOR

Version : 0

INSTITUT D'ETUDES EN
SANTE

DOSSIER ADMINISTRATIF

MAJ 25/01/2017

N°	Documents à fournir	Remis
1	Fiche inscription administrative	<input type="checkbox"/>
2	Copie de la carte d'identité ou passeport	<input type="checkbox"/>
3	Original + copie de votre Diplôme du baccalauréat (ou Autres : Infirmier, ...)	<input type="checkbox"/>
4	1 photo d'identité avec vos nom et prénom au dos	<input type="checkbox"/>
5	Certificat de vaccinations complété par le médecin traitant	<input type="checkbox"/>
6	Certificat du médecin agréé. Liste via le lien ci-dessous : https://www.lareunion.ars.sante.fr/obtenir-la-liste-des-medecins-agrees-4	<input type="checkbox"/>
7	Attestation MDPH en cas de handicap reconnu (afin d'adapter la formation à la situation)	<input type="checkbox"/>
8	Extrait du Casier judiciaire N°3 de moins de 3 mois faire la demande sur le site : https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1420	<input type="checkbox"/>
9	Attestation inscription Pôle Emploi (si inscrit)	<input type="checkbox"/>
10	En cas de congé de formation : Attestation de prise en charge employeur ou organisme de promotion professionnelle	<input type="checkbox"/>
11	Copie d'un justificatif d'adresse de moins de 3 mois (<i>Ex : Cise, EDF, tel...</i>) à votre nom (<i>sinon : attestation d'hébergement avec copie de la pièce d'identité de l'hébergeur + facture à son nom</i>).	<input type="checkbox"/>
12	Si vous êtes titulaire du permis de conduire : copie de la carte grise au nom de l'intéressé et du permis de conduire	<input type="checkbox"/>
13	Attestation d'assurance responsabilité civile individuelle pour l'année scolaire en cours.	<input type="checkbox"/>
14	Attestation Régime Général de la sécurité sociale	<input type="checkbox"/>
Pièces complémentaires		
	La lettre de motivation pour suivre la formation de Sage-Femme	<input type="checkbox"/>
	Le courrier manuscrit daté et signé confirmant votre inscription à l'Ecole de Sages-Femmes	<input type="checkbox"/>
	Le relevé de notes obtenues en PASS-LAS	<input type="checkbox"/>
	Le relevé de notes de votre Diplôme du baccalauréat	<input type="checkbox"/>
	La copie du livret de famille (page d'information sur les parents et les enfants qui composent la famille).	<input type="checkbox"/>
	L'attestation de réussite au Concours de PASS-LAS	<input type="checkbox"/>
	Photocopie de la journée d'appel de préparation à la défense (<i>à défaut si celle-ci n'est pas encore effectuée : fournir l'attestation de recensement</i>)	<input type="checkbox"/>
	Deux relevés d'identité bancaire (<i>compte courant</i>) à votre nom (<i>nom de jeune fille au dos du RIB pour les femmes mariées</i>).	<input type="checkbox"/>
	Certificat de nationalité pour les candidats de nationalité étrangère	<input type="checkbox"/>
	Le candidat titulaire d'un titre étranger doit obligatoirement fournir 1 attestation délivrée par le pays d'origine, certifiant que le titre en question ouvre l'accès à l'enseignement supérieur dans ce pays.	<input type="checkbox"/>
	Attestation CVEC (Contribution de Vie Etudiante et de Campus)	<input type="checkbox"/>

 Cofinancé par l'Union européenne		 REGION REUNION www.regionreunion.com	 C.H.U. LA REUNION	IES/A/ DOC
				Version : 3
INSTITUT D'ETUDES EN SANTE	<u>CERTIFICAT MEDICAL</u> MEDECIN AGREE			MAJ : 05/07/2024

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

 Cofinancé par l'Union européenne		 REGION REUNION www.regionreunion.com	 CHU LA REUNION	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 : 05/07/2023

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-HBcUI / 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 :
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 :

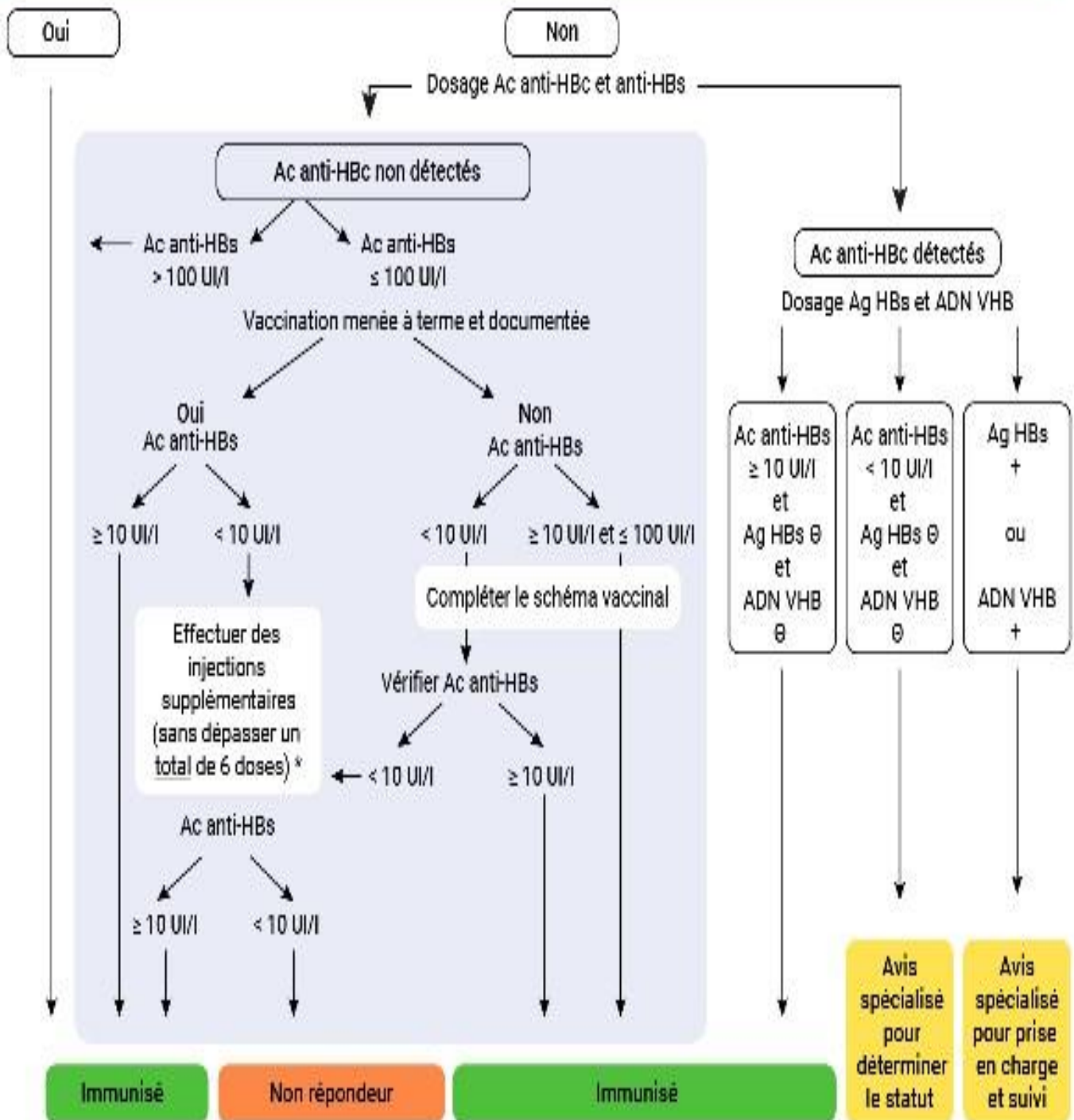
Date	Résultat
.....

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

Signature et cachet du Médecin

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.