



Cofinancé par
l'Union européenne

Institut d'Etudes en Santé



Institut de Formation en Soins Infirmiers



Cher(e) candidat(e),

Saint-Denis, 18 février 2025.

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 Nord

Gilbert DALLE-MULE – Cadre Formateur

Téléphone : 0262 90 67 16

Email : gilbert.dalle-mule@chu-reunion.fr

Martine TECHER - Adjoint administratif

Téléphone : 0262 90 51 42

Email : martine.techer@ies-reunion.fr

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

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 :

ETAPE 1 -Dès le 24 février 2025, 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. **Une photo d'identité (format passeport en jpeg)**
2. **Fiche d'inscription** ci-jointe (remplie, datée et signée) **(format pdf)**
3. **Photocopie de la Carte d'identité (recto/verso) nationale ou passeport (format pdf)**
(avec visa en cours de validité pour les étudiants étrangers)
4. **Relevé d'Identité Bancaire à votre nom (format pdf)**
(nom de jeune fille au dos du RIB pour les femmes mariées)
5. **Copie de l'attestation de la sécurité sociale justifiant l'affiliation (format pdf)**
(avec votre numéro CGSS & nom)
6. **Livret de famille (si vous êtes père ou mère de famille) (format pdf)**

ETAPE 2 -Du 13 au 15 MAI 2025

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 I - Mardi 13/05/2025** de 8 à 12 heures
 - Noms de : **J à R - Mercredi 14/05/2025** de 8 à 12 heures
 - Noms de : **S à Z - Jeudi 15/05/2025** de 8 à 12 heures
7. **Pièces complémentaires à fournir si vous êtes concernés : originaux + copies (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 (facture EDF, 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.
 11. **Attestation d'assurance responsabilité civile individuelle (obligatoire)** pour l'année 2025-26 (la responsabilité civile professionnelle est conseillée mais facultative)
 12. **Justificatif du paiement de la Contribution de Vie Etudiant et de Campus (CVEC)**
(<https://cvec.etudiant.gouv.fr>) (ne concerne pas les étudiants pris en charge par un organisme financeur (TRANSITION PRO ou employeur).
 13. **Attestation d'inscription à Pôle emploi + compte rendu d'entretien (seulement si vous êtes concerné)**
 14. **Photocopie de votre carte grise (à votre nom ou au nom des parents)**
 15. **Extrait du casier judiciaire n°3** de moins de 3 mois, à récupérer sur le site : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1420>
 16. **Prévoir carte bancaire** pour effectuer les paiements (droit de scolarité ~175€+recueil de texte et portfolio~20€)
 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, des certifications, titres et diplômes obtenus et de leur parcours professionnel ». Fournir les photocopies de justificatifs, les originaux seront exigés pour vérification.

Les demandes de Validation d'Acquis Antérieurs doivent être remises au plus tard le 18 Août 2025.



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, entraînera l'annulation de l'inscription du candidat.



Cofinancé par l'Union européenne



INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

FICHE D'INSCRIPTION ADMINISTRATIVE

IFSI de ST DENIS

Collez une photo d'identité

Date de rentrée 2025 : Lundi 01 septembre 2025

ÉTAT CIVIL

Madame Monsieur
 Nom patronymique (de naissance) :
 Nom marital :
 Prénoms : (dans l'ordre de l'état civil – pièce identité)
 Date de naissance :/...../..... Département de naissance : Lieu de naissance :
 Téléphone portable :
 Situation familiale : Marié(e)/Pacsé(e) Célibataire Vie maritale Divorcé(e)/séparé(e) Veuf(ve)
 N° INE
 Nationalité : Française Autre :

GÉNÉRAL

N° SS -

RESIDENCE PENDANT LES ETUDES

Adresse :
 Code postal : Ville :
 Téléphone fixe :
 Email1 (attribué par l'institut) : @ies-reunion.fr
 Email2 (perso à renseigner) : @.....
 Enfant : OUI si oui, nombre NON

SITUATION AVANT L'ENTREE EN FORMATION

<input type="checkbox"/> Sans activité	<input type="checkbox"/> En activité
<input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi <input type="checkbox"/> Étudiant <input type="checkbox"/> Indemnisé <input type="checkbox"/> Non indemnisé N° d'identifiant : Date d'inscription :/..../.... Agence :	Profession : Employeur Tel :

SITUATION À L'ENTREE EN FORMATION

<input type="checkbox"/> Sans activité	<input type="checkbox"/> En activité
<input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi <input type="checkbox"/> Étudiant <input type="checkbox"/> Indemnisé <input type="checkbox"/> Non indemnisé	Profession : Employeur Tel : Adresse Entreprise : Code Postal : Ville :

NIVEAU SCOLAIRE :

DATE	DIPLÔME	SERIE	MENTION

ACTIVITES PROFESSIONNELLES ANTERIEURES :

DATE	METIER	EMPLOYEUR

INSTITUTS DE FORMATION DEJA FREQUENTES :

DATE	FORMATION	INSTITUTS

INFO. COMPLÉMENTAIRES

Personne(s) à prévenir en cas d'accident :

NOM	PRÉNOM	TÉLÉPHONE	LIEN PARENTÉ

Situation des parents :

	NOM	PRENOM	PROFESSION
PÈRE			
MERE			

Permis : OUI NON

Véhicule : Néant Voiture Motocyclette >=50cm³ Vélomoteur – Scooter <50cm³

Modèle : Immatriculation :

FINANCIER

Rémunération pendant la formation :

Pôle Emploi Employeur CIF Bourse Régionale Aucune rémunération Autre (laquelle)

Prise en charge des frais de scolarité :

Conseil Régional Paiement personnel Employeur CPF CIF Autre (laquelle)

COORDONNEES BANCAIRE A VOTRE NOM/PRENOM

IBAN :

BIC :

AUTRES INFORMATIONS

Handicap à déclarer : Non oui*

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

Je soussigné(e), (Nom/Prénom).....

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus et confirme mon acceptation pour intégrer l'IFSI du CHU de la Réunion site Nord pour l'année 2025. Je m'engage à répondre à tous les statistiques demandées par l'IFSI, y compris après la formation. J'autorise l'institut à fournir tous renseignements nécessaires aux organismes financeurs.

Tout changement de situation doit être signalé au secrétariat.

Signature de l'élève

Saint-Denis, le...../...../ 2025



Saint-Denis, le 18 février 2025

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 importante 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 ☎ 02.62.90.67.16.



CERTIFICAT MEDICAL
MEDECIN AGREE

(Ces documents sont à fournir à l'IFSI au plus tard le 16/05/2025)

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
et	Anticorps Anti-HBs UI / L
	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.		
Vaccination hépatite B		Date
1 ^{ère} dose :
2 ^{ème} dose :
3 ^{ème} dose :
4 ^{ème} dose :
5 ^{ème} dose :
6 ^{ème} dose :

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

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 (obligatoire).

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 :

1) **Varicelle** : Contractée : oui non date :

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 :

2) **Grippe saisonnière** :

Nom du vaccin	Date	N° de lot
.....

3) **COVID-19** :

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

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

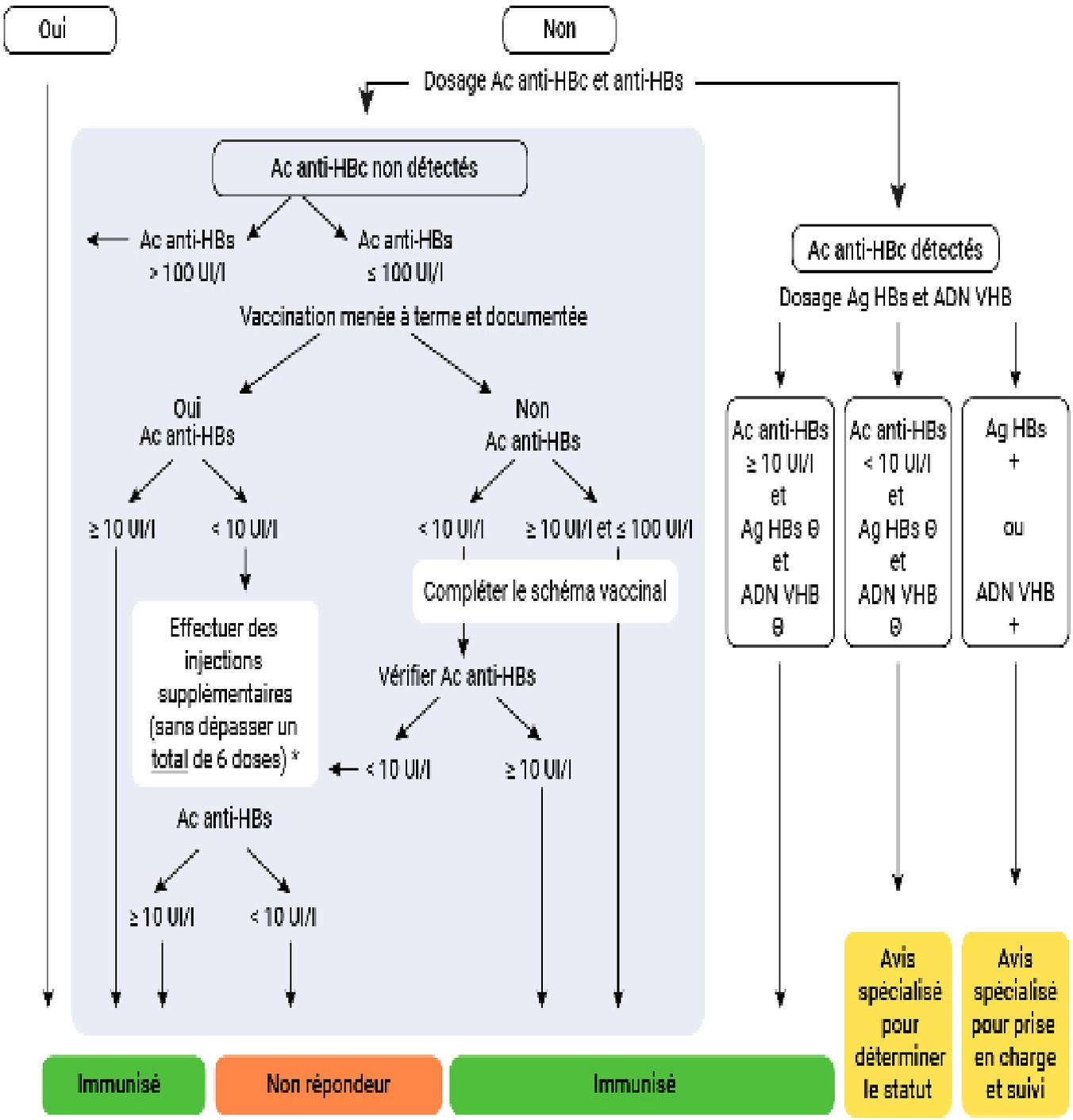
IDR	Date	Résultat
.....

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 2025-2026

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-Denis Année d'inscription en 1 ^{ère} année 25-26	Visa du directeur de l'institut Mme Valérie DOUVILLE

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



Campagne 2025-2026

--	--

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 2025-2026

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 2025-2026

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 25-26

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 :

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.
<p><u>MODALITES D'OCTROI DE DISPENSES D'ENSEIGNEMENTS</u></p> <p>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.</p> <p>Art. 8 - 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">1° la copie d'une pièce d'identité2° le(s) diplôme(s) originaux détenu(s)3° le cas échéant, une attestation de validation d'ECTS de moins de 3 ans4° le cas échéant, le(s) certificat(s) du ou des employeurs attestant de l'exercice professionnel de l'intéressé5° un curriculum vitae6° une lettre de motivation7° une attestation de niveau de langue B2 française pour les candidats étrangers. <p>La demande sera présentée à la section compétente pour le traitement pédagogique des situations individuelles des étudiants, pour décision.</p>	<p>UE 2.10 semestre 1 : Infectiologie hygiène</p>
	<p>UE 4.1 semestre 1 : Soins de confort et de bien-être</p>
	<p>UE 5.1 semestre 1 : Accompagnement de la personne dans la réalisation de ses soins quotidiens</p>