



**Cofinancé par
l'Union européenne**



Saint-Pierre, le 18/07/2025

Cher(e) candidat(e),

Vous êtes admis à l'un des Instituts de Formation des IES du CHU de la Réunion et nous vous en félicitons.

Afin de valider votre inscription, nous vous demandons de bien vouloir respecter les étapes décrites ci-dessous (cf. *Etape 1 et Etape 2 page suivante*).

Pour votre information, les Instituts d'études en santé (IES) sont accessibles à tous les étudiants :

- Ayant été sélectionnés et admis dans une de nos filières,
- Présentant un certificat d'aptitude physique et psychologique à suivre la formation,
- Disposant d'une couverture vaccinale conforme à la réglementation et leur permettant la mise en stage.

Afin que chaque apprenant dispose des mêmes chances de réussite au diplôme, les IES sont engagés dans une démarche volontariste d'accompagnement à la réussite de tous nos étudiants, ainsi que dans une politique inclusive pour les apprenants en situation de handicap.

Concernant le dispositif d'aide à la réussite :

Un test de positionnement sera proposé à chaque étudiant (via un mail d'inscription) évaluant les compétences socles nécessaires à l'entrée en formation. Des ateliers de mise à niveaux seront programmés une semaine avant la rentrée universitaire du 07 au 20 juillet 2025 inclus, chaque étudiant étant invité à s'y inscrire au regard de ses résultats auprès du correspondant « aide à la réussite » : reussite@ies-reunion.fr

Concernant les situations de handicap :

Tout étudiant en situation de handicap est invité à se rapprocher de nos Référents Handicap lors de son inscription administrative afin de co-construire les mesures d'accompagnement envisageables et d'anticiper les éventuels aménagements nécessaires au bon déroulement des études.

- Chaque année universitaire, 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 ou évolutif,
- Concernant l'aménagement des examens, les demandes seront à présenter au moins un mois avant la date des examens pour permettre aux équipes d'anticiper l'organisation des mesures nécessaires,
- En cas de situation de handicap intervenant en cours de scolarité, l'étudiant concerné prend contact avec les référents handicap.

Contacts et coordonnées

Les référents handicap des IES sont :

Site des 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

Site des 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

Pour les étudiants en études promotionnelles du CHU, le référent handicap de l'établissement pourra être sollicité :

Magalie PALACIOS

Téléphone : 0262 71 98 14
Email : magalie.palacios@chu-reunion.fr



Cofinancé par
l'Union européenne



DÉROULEMENT DES ÉTAPES OBLIGATOIRES POUR L'INSCRIPTION ADMINISTRATIVE À L'IFAS ET IFAP DU CHU DE LA REUNION POUR LA RENTREE SCOLAIRE 2025/2026

1ERE ETAPE : RDV sur site des IES SUD DU 19, 20, 21 et 22 AOUT 2025

1°) Inscription administrative :

RDV en présentiel au secrétariat de la Vie Etudiante (*ex bâtiment UFR SANTE en face de l'Aurax*) pour votre inscription administrative avec les pièces demandées (cf liste des pièces) selon les modalités suivantes :

• Pour les admis à l'IFAS CHU SUD :

- 19/08/2025 de 09h30 à 12h00 : Rang N° 1 à 14
- 20/08/2025 de 08h30 à 12h00: Rang N° 15 à 30
- 21/08/2024 de 08h30 à 12h00: Rang N° 31 à 45
- 22/08/2025 de 13h00 à 14h00: ASHQ FPH, les revalidants, les reprises de scolarité, les personnes appelés sur liste complémentaire, et les reports bénéfiques concours des années antérieures à 2025.

• Pour les admis à l'IFAP CHU SUD :

- 22/08/2025 de 08h30 à 12h00: Rang N° 1 à 15

2°) Paiements

A prévoir paiement des droits annuels, et documents obligatoires (recueil de textes et portfolio)

LES PAIEMENTS PEUVENT SE FAIRE UNIQUEMENT PAR CARTE BLEUE LE JOUR DE L'INSCRIPTION

	IFAS	IFAP
Frais droit annuel d'inscription	82€	82€

3°) Passage autres services (obligatoire)

Après votre passage au secrétariat de l'IFAS et de l'IFAP, vous devez vous présenter obligatoirement dans les services suivants (*voir plan en annexe*):

- 1 DTST
- 2 Blanchisserie
- 3 Visite médecine du travail (communication ultérieure)

2EME ETAPE : RENTREE le Lundi 25 Août 2025 à 08h00



Cofinancé par
l'Union européenne



Merci de présenter votre dossier dans l'ordre des pièces demandées ci-dessous

A remettre lors de l'inscription administrative

N°	DOCUMENTS ADMINISTRATIF A FOURNIR	Remis
1	Fiche inscription administrative	☐
2	2 Photos d'identité (indiquez vos nom/prénom, le nom de l'école + promo 2025/2026 au dos	☐
3	Photocopie du passport ou de la carte d'identité nationale (en cours de validité, recto/verso sur la même page) ;	☐
4	Photocopie de l'attestation de sécurité sociale valable pour l'année 2025/26 ;	☐
5	Si vous êtes inscrit(e) à France Travail fournir n° identifiant avec l'attestation d'inscription ;	☐
6	1 Justificatif d'adresse de moins de 3 mois (facture EDF, CISE à votre nom..., sinon : attestation s/honneur d'hébergement avec pièce d'identité de l'hébergeur + facture) ;	☐
7	Photocopie de tous les diplômes obtenus : Si vous détenez l'un des diplômes suivants (Bac ASSP, SAPAT, AES (réf 2016), AES (réf 2021), AP (réf 2006), AP (Réf 2021), AS (Ref. 2005), AS (Ref. 2021), ambulancier (Réf 2006), Assist. Régulation méd (ARM Ref 2019), ADVF, fiche parcours ASMS (Agent de Service Médico-social, AMP) veuillez adresser OBLIGATOIREMENT un courrier de demande de dispense des enseignements correspondant, au Directeur de l'IFAS concerné	☐
8	Livret de famille si enfant (toutes les pages) ;	☐
9	Attestation d'accord de financement pour les promotionnaires (ANFH, transition pro...)	☐
10	Si vous êtes porteur d' handicap , fournir tout document justifiant votre situation	☐
11	Extrait du casier judiciaire n°3 de moins de 3 mois, faire la demande sur le site/ https://www.cjn.justice.gouv.fr/cjn/b3/eje20c	☐
12	Attestation responsabilité civile individuelle (valable pour 2025/2026) ;	☐
13	Attestation d'éligibilité du participant à l'opération FSE+ (ci-joint) avec une copie de la CNI valide pour l'année de formation en cours	☐
14	Autorisation de publication des résultats DEETS (imprimé ci-joint)	☐
DOCUMENTS MEDICAUX A FOURNIR		
15	Certificat médical (ci-joint) établi obligatoirement par un médecin agréé attestant que vous ne présentez pas de contre-indications physiques et psychologiques à l'exercice de la profession, merci de consulter la liste sur ce site : https://www.lareunion.ars.sante.fr/obtenir-la-liste-des-medecins-agrees-4	☐
16	Attestation d'immunisation et de vaccinations obligatoires , remplie par votre médecin traitant (ci-joint)	☐

Cette inscription sera définitive dès lors que l'ensemble des pièces demandées sera fourni
et que les paiements seront versés.



Cofinancé par
l'Union européenne



FICHE D'INSCRIPTION ADMINISTRATIVE

☐ 1^{ère} inscription ☐ Redoublant ☐ Report de scolarité ☐ Autre.....

Coller
Une
Photo

Rentrée des élèves à l'IFAS et IFAP CHU SUD

Le Lundi 25 Août 2025 à 08h00

ÉTAT CIVIL

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom patronymique (de naissance) :

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

Nom marital :

Date de naissance : / / Département de naissance : Lieu de naissance :

Téléphone portable :

Situation familiale : ☐ Marié(e)/Pacsé(e) ☐ Célibataire ☐ Vie maritale ☐ Divorcé ☐ Autres

Nationalité : ☐ Française ☐ Autre :

AFGSU 2 : ☐ OUI Obtention le : / / ☐ NON

GÉNÉRAL

N° SS -

RESIDENCE PENDANT LES ETUDES

Adresse :

Code postal : Commune :

Téléphone fixe :

Email (perso) :

VOTRE SITUATION AVANT L'ENTREE EN FORMATION

☐ En activité ☐ Étudiant/Elève

☐ Demandeur d'emploi non indemnisé ☐ Demandeur d'emploi indemnisé

Employeur :

N° France Travail : Lieu de votre France Travail : Date inscription :

NIVEAU SCOLAIRE

.....

.....

DIPLOMES

DATE	DIPLÔME (+préciser spécialité)	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

Enfant : ☐ OUI *si oui, nombre* ☐ NON

	NOM	PRENOM	PROFESSION
PÈRE			
MÈRE			
CONJOINT(E)			

Permis : ☐ OUI ☐ NON Date :

Véhicule 1 : ☐ Néant ☐ Voiture ☐ Motocyclette $\geq 50\text{cm}^3$ ☐ Vélomoteur – Scooter $< 50\text{cm}^3$

Modèle : Immatriculation : Nb de chevaux : CV

Véhicule 2 : ☐ Néant ☐ Voiture ☐ Motocyclette $\geq 50\text{cm}^3$ ☐ Vélomoteur – Scooter $< 50\text{cm}^3$

Modèle : Immatriculation : Nb de chevaux : CV

FINANCIER

QUI FINANCE VOTRE FORMATION ?

☐ France Travail ☐ Transition Pro ☐ CPF ☐ Autofinancement ☐ Aucun financement ☐ Autre (lequel).....

Cliquez sur le lien pour connaître le coût de la formation (*montant 2024/2025 susceptible d'être modifié*)

QUE PERCEVEZ-VOUS PENDANT LA FORMATION ?

☐ France Travail (ARE,...) ☐ Bourse Régionale ☐ OPCO (Transition Pro, ANFH,...) ☐ Employeur ☐ ASP

☐ Aucune rémunération ☐ Prestations sociales (CAF,...) ☐ Autre (laquelle).....

FRAIS DE SCOLARITE ET/OU INSCRIPTION

PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE SCOLARITE

Montant : 82€

☐ Paiement personnel ☐ Employeur

AUTRES INFORMATIONS

Avez-vous un handicap déclaré ? ☐ OUI (*si oui, apporter un document justifiant votre situation*) ☐ NON

Je soussigné(e), (*Nom/Prénom*)

Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis sur la fiche d'inscription administrative et confirme mon acceptation pour intégrer l'IFAS ou l'FAP (*entourez l'école concerné*) du CHU de la Réunion pour l'année scolaire 2025/2026.

Tout changement de situation doit être signalé au secrétariat.

Signature de l'étudiant

Saint-Pierre,

le...../...../2025



Cofinancé par
l'Union européenne



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



Cofinancé par
l'Union européenne



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.		
Vaccination hépatite B	Date	N° de lot
1 ^{ère} dose : .....	.....	.....
2 ^{ème} dose : .....	.....	.....
3 ^{ème} dose : .....	.....	.....
4 ^{ème} dose : .....	.....	.....
5 ^{ème} dose : .....	.....	.....
6 ^{ème} dose : .....	.....	.....

2) **Diphthérie-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 :		
2 ^{ème} 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 :		
2 ^{ème} dose :		

2) **Grippe saisonnière** :

Nom du vaccin	Date	N° de lot
.....		

3) **COVID-19** :

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

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

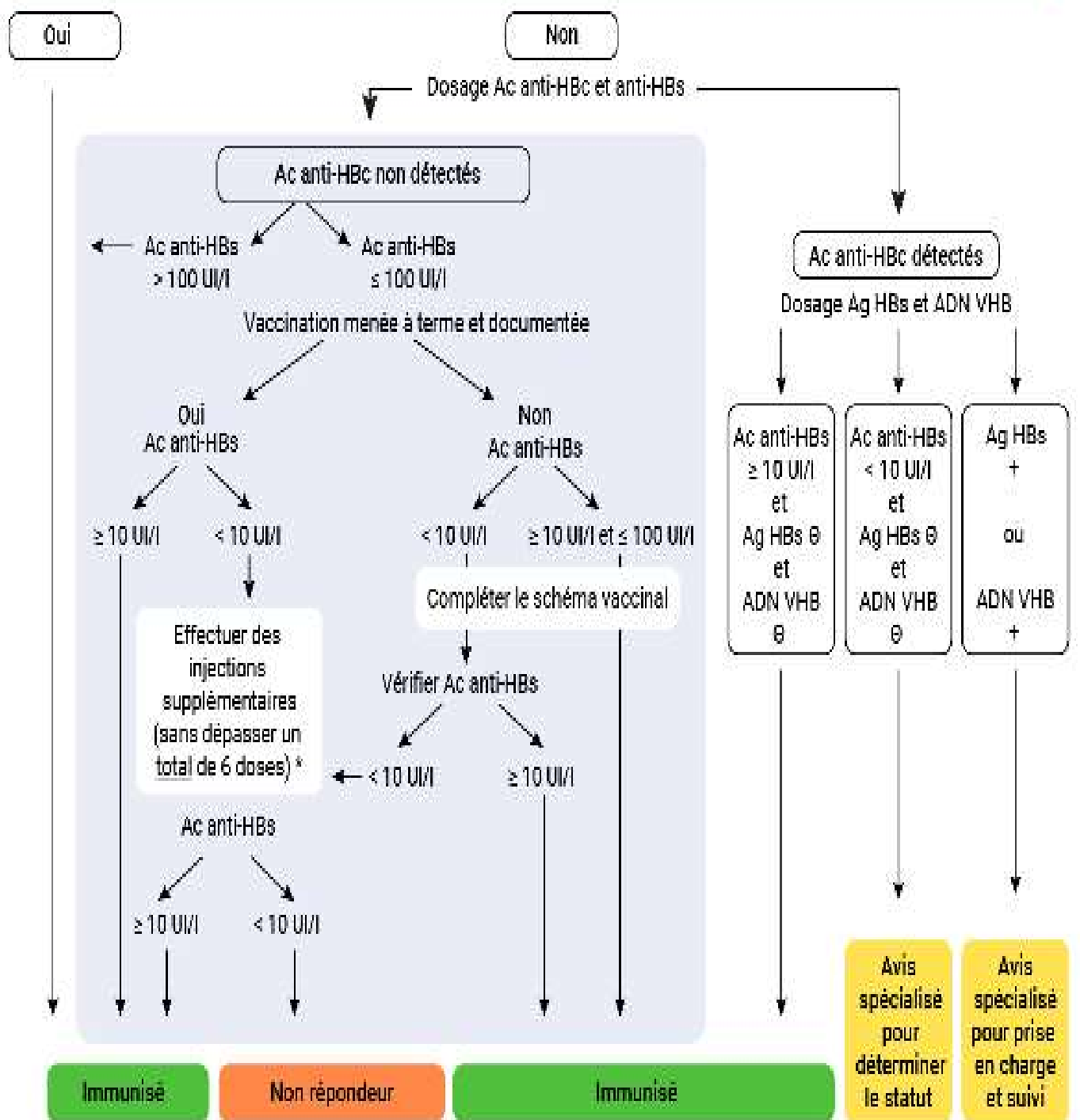
IDR	Date	Résultat
.....		

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.