



Cofinancé par  
l'Union européenne

Institut d'Etudes en Santé



Institut de Formation en Soins Infirmiers



Cher(e) candidat(e),

Saint Denis le 20 février 2026

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/élèves :

- 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/élèves, 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/élève (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 en juillet 2026, chaque étudiant/élève étant invité à s'y inscrire au regard de ses résultats auprès du correspondant « aide à la réussite » : [reussite@ies-reunion.fr](mailto:reussite@ies-reunion.fr)

#### Concernant les situations de handicap :

Tout étudiant/élève 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/élève 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/élève 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](mailto:isabelle.fontaine.ies-reunion.fr)  
**Sabine DIJOUX** - Adjoint administratif  
Téléphone : 0262 35 95 70  
Email : [sabine.dijoux@ies-reunion.fr](mailto: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](mailto:gilbert.dalle-mule@chu-reunion.fr)  
**Sophie LAUDE** - Adjoint administratif  
Téléphone : 0262 90 51 97  
Email : [sophie.laude@ies-reunion.fr](mailto:sophie.laude@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](mailto:magalie.palacios@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 02 mars 2026, par retour de mail à : [inscriptions.seve-nord@ies-reunion.fr](mailto:inscriptions.seve-nord@ies-reunion.fr)

**Confirmer** votre inscription et **Transmettre par retour de mail** les documents personnels suivants :

1. Une photo d'identité récente au format passeport (*scanné en jpeg*)
2. Fiche d'inscription ci-jointe (remplie, datée et signée) (*format pdf*)
3. Photocopie lisible de la Carte d'identité nationale (recto/verso) 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 26 au 28 MAI 2026

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 26/05/2026** de 8 à 12 heures
  - Noms de : **J à R** - **Mercredi 27/05/2026** de 8 à 12 heures
  - Noms de : **S à Z** - **Jeudi 28/05/2026** de 8 à 12 heures
7. Pièces complémentaires à fournir si vous êtes concernés : **originaux + copies (BAC, Diplôme d'Etat, autres diplômes...)** + N° INE ou N° BEA (**OBLIGATOIRE**)
  8. **Attestation d'immunisation et vaccinations obligatoires** ci-jointe remplie par votre médecin traitant + **sérologie d'hépatite B**.
  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 TRANSITION PRO ou employeur*).
  13. **Attestation des périodes d'inscription à France Travail + 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 ~178 € - montant 2025-2026)
  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 10 Août 2026.**



**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



LA RÉUNION



REGION REUNION  
www.regionreunion.com

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

# FICHE D'INSCRIPTION ADMINISTRATIVE

## IFSI de ST DENIS

Collez une photo  
d'identité

Date de rentrée 2026 : Lundi 07 septembre 2026

### 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<br>.....<br><input type="checkbox"/> Indemnisé <input type="checkbox"/> Non indemnisé<br>N° d'identifiant : .....<br>Date d'inscription : .../.../...<br>Agence : ..... | Profession : .....<br>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<br>.....<br><input type="checkbox"/> Indemnisé<br><input type="checkbox"/> Non indemnisé | Profession d'origine : ..... Tél : .....<br>Employeur .....<br>Adresse: .....<br>Code Postal : ..... Ville : .....<br>SIRET employeur : .....<br>Organisme financeur : ..... |

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 :**

☐ France Travail ☐ 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](mailto: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 2026. 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...../...../ 2026

Saint-Denis, le 19 février 2026

## **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** (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+ sérologie d'hépatite B**

**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 ☎ 02.62.90.51.97.*



## **CERTIFICAT MEDICAL** **MEDECIN AGREE**

(Ces documents sont à fournir à l'IFSI au plus tard le 28/05/2026)

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, 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      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------|
| et                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Anticorps Anti-HBs ..... UI / L | .....     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Anticorps Anti-HBc .....UI / L  | .....     |
| <b>Si attestation d'un résultat, même ancien, montrant des Ac Anti-HBs &gt; 100 UI/L : sujet immunisé.</b>                                                                                                                                                                                                            |                                 |           |
| <b>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>.</b>                                                                                                                                  |                                 |           |
| <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> |                                 |           |
| 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.                                                                                                                                                      |                                 |           |
| <b>Si anticorps Anti-HBc détectés : dosage des antigènes HBs et de l'ADN VHB.</b>                                                                                                                                                                                                                                     |                                 |           |
| Vaccination hépatite B                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                 | N° de lot |
| 1 <sup>ère</sup> dose : .....                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                 | .....     |
| 2 <sup>ème</sup> dose : .....                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                 | .....     |
| 3 <sup>ème</sup> dose : .....                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                 | .....     |
| 4 <sup>ème</sup> dose : .....                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                 | .....     |
| 5 <sup>ème</sup> dose : .....                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                 | .....     |
| 6 <sup>ème</sup> dose : .....                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                 | .....     |

<sup>1</sup> 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 |
|-------|-------|----------|
| ..... | ..... | .....    |

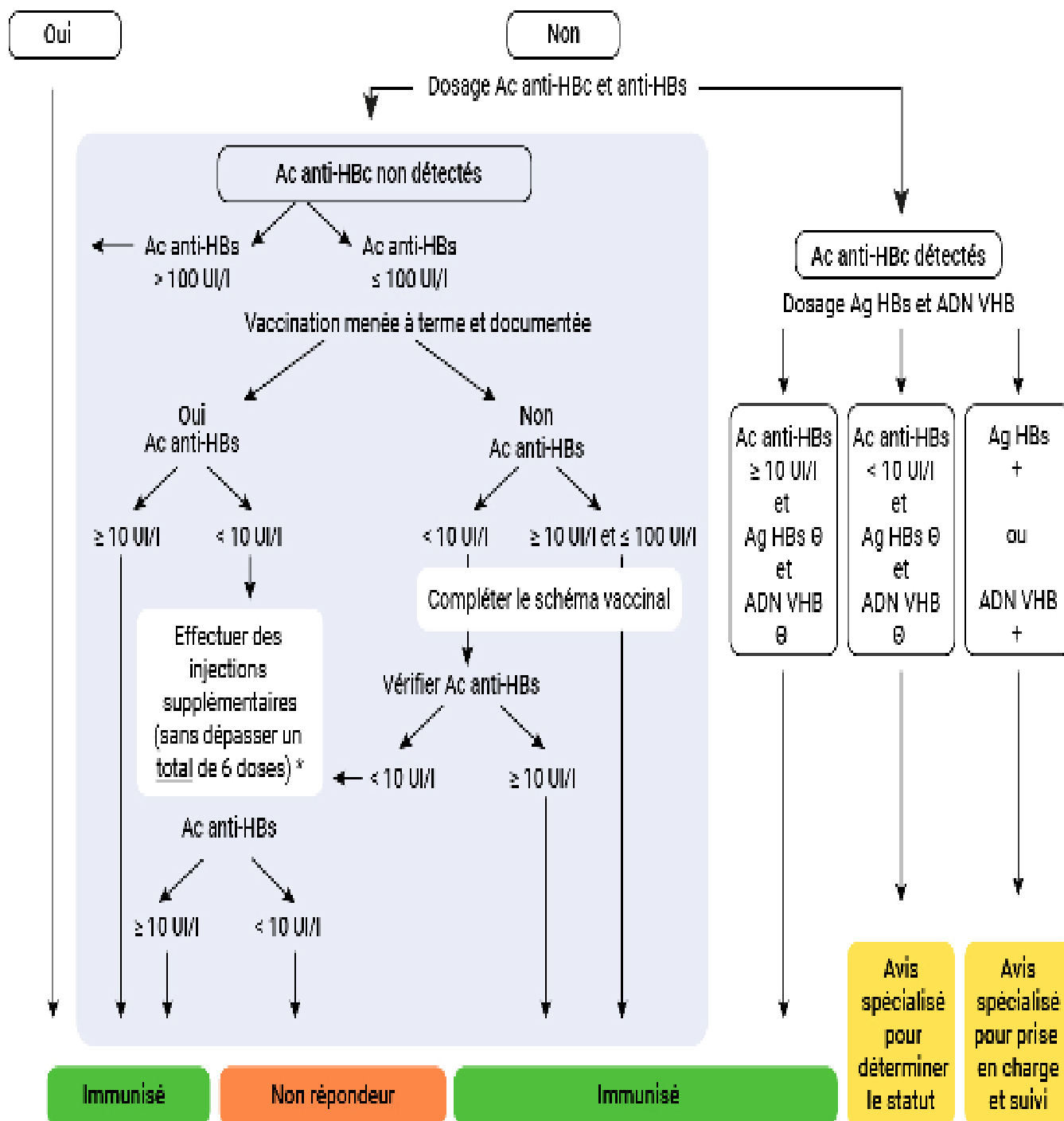
Fait le ...../...../.....

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 2026-2027

### 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-Denis<br><b>Année d'inscription en</b> 1 <sup>ère</sup> année 26-27 | <b>Visa du directeur de l'institut</b><br><b>Mme Valérie DOUVILLE</b> |

| 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 |

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

#### 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 2026-2027

### 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

## Campagne 2026-2027

### 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 26-27

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><b><u>MODALITES D'OCTROI DE DISPENSES D'ENSEIGNEMENTS</u></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> | UE 2.10 semestre 1 : Infectiologie hygiène                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | UE 4.1 semestre 1 : Soins de confort et de bien-être                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | UE 5.1 semestre 1 : Accompagnement de la personne dans la réalisation de ses soins quotidiens        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                      |