

# INFORMATIONS

## RENTREE FORMATION INFIRMIERE

### Le 1<sup>er</sup> septembre 2025

#### PRISE EN CHARGE FINANCIERE :

➤ **Dossier de Bourses.**

La demande de bourse sera à effectuer par vous-même.

**Nous vous communiquerons les informations ultérieurement (procédure en cours).**

➤ Si vous pouvez bénéficier d'une **promotion professionnelle, d'un C.I.F., d'un D.I.F., ou d'une prise en charge FRANCE TRAVAIL**, informez-nous rapidement afin que nous puissions compléter le document de demande que vous nous transmettez et auquel nous joindrons un devis de formation.

#### REUNION D'ACCUEIL ADMINISTRATIF OBLIGATOIRE et UNIQUEMENT POUR LES CANDIDATS RECUS :

**Le mardi 26 août 2025 de 9H30 à 17H30**

- Objet :**
- Formalités administratives,
  - Prise de photographie individuelle pour dossier scolaire,
  - Remise du déroulement de la formation (périodes de stages...),
  - Information relative aux vaccinations obligatoires,
  - Présence des partenaires : MACSF, MNH, GMF, LCL, BFM...
  - Présence de France Travail,
  - Réponses à vos questions.

**DATE RENTRÉE : Le lundi 1<sup>er</sup> septembre 2025 à 9 H 00**

*N'hésitez pas à consulter notre site internet  
pour toutes informations complémentaires*

*<https://www.ch-cnp.fr/>*

# LISTE DES PIÈCES A FOURNIR

## DOCUMENTS ADMINISTRATIFS :

- ✚ « Fiche d'inscription » ci-jointe à compléter.
- ✚ Curriculum vitae actualisé.
- ✚ Pour les bacheliers, fournir :
  - votre relevé de notes au baccalauréat où figure votre numéro d'identifiant national étudiant (I.N.E.) ou numéro de base élève académique (B.E.A.),
  - vos bulletins de notes de la classe de terminale.
- ✚ Photocopie de l'attestation sécurité sociale jointe à la carte vitale justifiant vos droits. (document à demander à votre CPAM).
- ✚ Copie de la pièce d'identité recto-verso.
- ✚ Attestation d'assurance responsabilité civile, les étudiants doivent être garantis pour l'ensemble des risques suivants couvrant la responsabilité civile, tant lors du stage que des trajets occasionnés par celui-ci :
  - accidents corporels causés aux tiers ;
  - accidents matériels causés aux tiers ;
  - dommages immatériels.*(Cf « Note d'information » jointe)*  
**Fournir une attestation mentionnant explicitement la couverture de ces risques.**
- ✚ Si obtention : photocopie de l'Attestation de Formation aux Premiers Secours ou Premiers Secours Civils niveau 1 ou Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgences niveau 1.

## DOCUMENTS MEDICAUX :

✚ **Un certificat médical** émanant d'un médecin **agréé** attestant que le candidat présente les aptitudes physiques et psychologiques nécessaires à l'exercice de la profession. *(document joint à compléter par le médecin agréé)*

Liste des médecins agréés de Loire-Atlantique accessible sur internet :

<https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/consulter-la-liste-des-medecins-agrees-en-pays-de-la-loire>

ou demander cette liste à la mairie de votre domicile.

✚ **Un certificat médical** de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France.

**Le document sur les « Conditions médicales d'admission à l'entrée à l'IFSI » ci-joint à compléter par le médecin agréé ou votre médecin traitant.**

Pour rappel les **vaccins obligatoires** : tout étudiant d'un établissement préparant à l'exercice des professions médicales et des autres professions de santé, qui est soumis à l'obligation d'effectuer une part de ses études dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention ou de soins, doit être immunisé contre :

- l'hépatite B (**preuve sérologique avec dosage des anticorps anti-HBs**),
- la diphtérie,
- le tétanos,
- la poliomyélite.

✚ Une sérologie Hépatite B récente.

✚ Photocopie du carnet de santé avec les pages concernant les vaccinations, les maladies infantiles. **Toutes ces pages doivent comporter vos nom, prénom et date de naissance.**

## DOCUMENTS FINANCIERS :

- ↪ Document de la région : « éligibilité au financement des coûts de formation », ci-joint à compléter.
- ↪ Un **Relevé d'Identité Bancaire** pour le paiement des indemnités de stages et frais de déplacements.
- ↪ Apporter pour la réunion du mardi 26 août 2025, le chèque des droits d'inscription annuels à l'ordre du trésor public d'un montant de 178 euros pour l'année 2025-2026.
- ↪ Fournir l'attestation d'inscription CVEC. [cvec.etudiant.gouv.fr](https://cvec.etudiant.gouv.fr)  
Contribution CVEC (Contribution Vie Etudiante et de Campus), pour « favoriser l'accueil et l'accompagnement social, sanitaire, culturel et sportif des étudiants ». Les démarches se font directement sur le site CVEC, qui est directement accessible depuis <https://cvec.etudiant.gouv.fr>, le paiement par carte bancaire est immédiat, ainsi que la délivrance de l'attestation d'inscription.  
**Si vous êtes inscrit(e) en formation continue : vous n'êtes pas concerné(e) par cette contribution. Vous n'avez rien à faire.**  
*En formation continue : c'est-à-dire que votre formation est prise en charge par un employeur ou par un organisme collecteur*

**Tout dossier administratif et/ou médical incomplet ou non conforme entraîne un refus d'accès à la formation, en cours et/ou en stage.**

**FICHE D'INSCRIPTION**

**NOM de famille :**

**NOM d'usage :**

**Prénoms :**

Date et lieu de naissance :

N° Sécurité sociale :

Situation de famille :

Profession du conjoint :

Nombre d'enfants :

Adresse personnelle et/ou pendant la formation :

N° téléphone personnel fixe :

N° téléphone personnel portable :

Activité professionnelle antérieure :

**Coordonnées de la personne à prévenir en cas de problème (nom et n° de téléphone) :**

**Adresse Mail :**

Adresse des parents :

N° téléphone parents :

Profession du père :

Profession de la mère :

Nombre de frères et soeurs :

Assurance maladie des parents :

Rattaché(e) au foyer fiscal des parents : OUI  NON

**Avez-vous occupé un emploi dans le secteur de la santé :**                      **Oui**                       **non**

Si oui :                      Nom de l'établissement : .....  
                                  Lieu : .....  
                                  Fonction occupée : .....

**Permis de conduire :**                       Oui                       Non

**Véhicule personnel :**                       Oui                       Non

**Possibilités d'hébergement :**

Ancenis	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Angers	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Blain	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Châteaubriant	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Nantes	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Redon	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Rennes	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Autres (à préciser) .....		

**Aides financières demandées :**

➤ Bourses	<input type="checkbox"/>	
➤ France Travail	<input type="checkbox"/>	
➤ Promotion professionnelle des établissements de santé publics	<input type="checkbox"/>	Préciser nom et adresse de l'établissement : .....
		.....
		.....
➤ C.I.F. / D.I.F.	<input type="checkbox"/>	Préciser l'organisme : .....
		.....
➤ Aide individuelle à la formation du Conseil régional Pays de la Loire	<input type="checkbox"/>	
➤ Autres (à préciser)	<input type="checkbox"/>	.....

**Situation au moment du remplissage du dossier :**

En formation  préciser type et lieu : .....

Salarié(e)  préciser l'établissement et l'activité : .....

.....

.....

Autre :  à préciser.....

**Pour les bacheliers**, veuillez noter votre numéro d'identifiant national étudiant (I.N.E.) ou numéro de base élève académique (B.E.A.) : .....

Nous vous remercions de préciser, pourquoi vous avez choisi l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Châteaubriant pour suivre votre formation ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

La Région des Pays de la Loire prévoit une prise en charge partielle ou totale des coûts de formation pour les personnes **éligibles**, c'est-à-dire les **personnes en poursuite de scolarité** ou **à la recherche d'un emploi** dans le respect du règlement d'éligibilité. Des délais de carence peuvent s'appliquer également entre deux formations sanitaires et sociales financées par la Région (*cf. règlement d'éligibilité*).

Votre institut de formation tient à votre disposition le **règlement d'éligibilité**. Votre éligibilité sera appréciée en fonction du présent **questionnaire** et des **justificatifs** apportés. La direction de l'institut de formation, au nom de la Région des Pays de la Loire, vous notifiera la prise en charge ou non des coûts de formation.

**Votre institut est votre seul interlocuteur pour toutes les questions relatives à l'éligibilité au financement total ou partiel des coûts de formation.**

INSTITUT DE FORMATION
Institut de formation : <b>IFSI DU CENTRE HOSPITALIER CHATEAUBRIANT-NOZAY-POUANCE</b>
Site : <b>CHATEAUBRIANT</b>
Formation : <b>FORMATION INFIRMIERE</b>
Année d'étude (cycle de formation) : <b>1<sup>ère</sup> année (2025-2026)</b>
Date de rentrée : <b>Lundi 1<sup>er</sup> septembre 2025</b>
APPRENANT
Nom de naissance : _____
Nom d'usage : _____
Prénoms : _____
Date de naissance : _____

*Seules les personnes éligibles à la prise en charge partielle ou totale des frais de formation peuvent bénéficier, si elles en respectent les critères d'attribution, des aides aux conditions de vie attribuées par la Région (bourses, rémunération publique de stage...).*

### Situation avant votre entrée en formation (N-1)

**En poursuite de scolarité :**

Formation suivie : \_\_\_\_\_

Dernier établissement scolaire fréquenté : \_\_\_\_\_

**J'ai suivi une formation sanitaire ou sociale**

Nom du diplôme : \_\_\_\_\_ Date d'obtention : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Sous quel statut : \_\_\_\_\_ Financée par : \_\_\_\_\_

### Situation à la date de votre entrée en formation

**Je serai :**

- en emploi  
Nombre d'heures hebdomadaires : \_\_\_\_\_
- en recherche d'emploi :
- sans activité professionnelle
- auto-entrepreneur(se)
- titulaire ou stagiaire de la fonction publique en disponibilité ou dans une autre position statutaire
- J'ai fait une demande de congé de formation professionnelle :  oui  non
- J'ai fait une demande de rupture conventionnelle :  oui  non  
Pour laquelle j'ai obtenu une réponse  favorable  défavorable

**Je suis dans une autre situation :**

- en congé parental, en congé maternité,
- en parcours emploi compétences (PEC),
- démissionnaire d'un CDI ou d'un emploi public.  
⇒ J'ai déposé une demande pour l'accès à une indemnisation chômage en raison de la démission. J'ai reçu un avis de la commission paritaire interprofessionnelle auprès de l'association Transitions Pro Pays de la Loire  
 favorable  défavorable  en attente de décision
- bénéficiaire d'une allocation d'étude versée par un centre hospitalier ou un autre employeur couvrant les frais de formation et apportant une rémunération
- autre situation : \_\_\_\_\_

## Prise en charge de votre formation

J'ai fait une demande de prise en charge par :

- le Compte personnel de formation de Transition professionnelle
- auprès de mon employeur : \_\_\_\_\_
- dans le cadre des actions de formation de reconversion/promotion ou contrat de professionnalisation
  - oui
  - non
- autre(s) financement(s). Précisez : \_\_\_\_\_

### Avertissement

**Sanction en cas de fausse déclaration : Est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende le fait de fournir sciemment une fausse déclaration ou une déclaration incomplète en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir, de faire obtenir ou de tenter de faire obtenir d'une personne publique, d'un organisme de protection sociale ou d'un organisme chargé d'une mission de service public une allocation, une prestation, un paiement ou un avantage indu (article 441-6 du code pénal).**

Je soussigné.e Mme / M. \_\_\_\_\_, certifie l'exactitude des renseignements portés sur ce formulaire sachant que toute erreur ou omission dans ces renseignements peut entraîner le rejet ou le retrait de l'aide accordée par la Région des Pays de la Loire.

Je m'engage à signaler, auprès de l'institut, tout changement dans ma situation.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature du demandeur précédée de la mention « Lu et approuvé » :

## Liste des pièces justificatives à fournir en fonction des cases cochées précédemment

- Copie du dernier diplôme ou certificat de scolarité
- Curriculum Vitæ
- Contrat(s) de travail ou certificat(s) de travail ou attestation employeur justifiant votre statut
- Copie de rupture du contrat (démission, rupture conventionnelle, fin de CDD...)
- Copie de l'avis pour l'indemnisation et/ou courrier d'attribution d'une bourse d'étude
- Copie de la notification de l'organisme prenant en charge votre formation (opérateurs de compétence association transitions pro),
- Arrêté de nomination et notification de l'organisme prenant en charge votre formation
- Attestation d'inscription France Travail
- Arrêté de mise en disponibilité ou autres positions
- Autre(s) justificatif(s)

Au moment de l'admission, au vu des renseignements et justificatifs fournis, M./Mme \_\_\_\_\_  
directeur/directrice de l'institut, certifie que M. / Mme \_\_\_\_\_ :

- remplit les conditions pour bénéficier du financement régional des coûts de formation,
- ne peut pas bénéficier du financement régional des coûts de formation,
- demande un examen de ce dossier par les services de la Région des Pays de la Loire au regard d'une situation particulière.

Le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Cachet de l'institut :

Signature du directeur de l'institut de formation :

***Les informations recueillies dans ce document seront conservées par l'institut de formation qui vous accueille et pourront faire l'objet d'un traitement par les services régionaux dans le cadre de vérification de la prise en charge des coûts de formation ainsi qu'à des fins administratives et statistiques. Pour tout renseignement, contactez la direction de l'institut de formation, auprès duquel vous pourrez également exercer vos droits (accès, modification, oubli, opposition, portabilité...) aux informations vous concernant, conformément à la loi « Informatique et Libertés » et au RGPD applicable depuis le 25 mai 2018. Dans le cadre de la convention liant la Région des Pays de la Loire à votre centre de formation, les informations recueillies peuvent être transmises par l'institut de formation et conservées informatiquement par la Région.***

## **CERTIFICAT D'APTITUDE**

*A compléter par un médecin agréé par l'ARS (Agence Régionale de Santé)*

Conformément à l'Article 91 (Titre III) de l'arrêté du 21 avril 2007 modifié par les arrêtés des 29 juillet 2022 et 9 juin 2023 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux

### **CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE A LA FONCTION D'INFIRMIER(IERE)**

Je soussigné(e), Médecin Agréé par l'ARS, Dr.....,

certifie avoir examiné ce jour Mme – M. ....

né(e) le ..... à .....

et avoir constaté « *que le candidat ne présente pas de contre-indication physique ou psychologique à l'exercice de la profession infirmière* ».

« *qu'il est à jour de ses vaccinations obligatoires et notamment de la vaccination contre l'hépatite B (dosage des anticorps anti-HBs à ..... UI)* ».

Fait à .....,

Le.....

Cachet et Signature du médecin agréé

## CONDITIONS MEDICALES D'ADMISSION A L'ENTREE A L'IFSI

*DOCUMENT A RENDRE AU PLUS TARD  
LE JOUR DE LA RENTREE*

### CERTIFICAT MEDICAL

**Certificat médical émanant d'un médecin conformément à l'arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 du code de la Santé Publique.**

\*\*\*\*\*

**Je soussigné, Dr..... , docteur en médecine, atteste que :**

M., Mme                    NOM de famille : ..... Prénom.....  
                                  NOM d'usage : .....

Né(e) le .....

Domicilié(e) à .....

.....

est immunisé(e) contre la **DIPHTERIE, LE TETANOS, LA POLIOMYELITE** selon les modalités suivantes :  
**Compléter dûment le tableau ci-après**

Vaccination contre la :	Dénomination de la spécialité vaccinale	N° de lot	Doses	Dates d'injections
DIPHTERIE				
TETANOS				
POLIOMYELITE				

- Est immunisé contre l' HEPATITE B conformément à l'arrêté du 2 août 2013 Compléter dûment le tableau ci-après et notamment le taux d'Anticorps anti-HBs

Dénomination de la spécialité	N° de lot	Doses	Dates d'injections	Taux d'Anticorps anti-HBs

⊗ Les résultats des sérologies sont couverts par le secret médical, néanmoins nous vous remercions de fournir le justificatif rendant compte que votre sérologie antihépatite B correspond aux normes préconisées conformément à l'arrêté du 2 août 2013, annexe I.

- Présente une preuve de la vaccination par le B.C.G : **(pour ceux ayant réalisé la vaccination)**  
Compléter dûment le tableau ci-après

Dénomination de la spécialité	N° de lot	Doses	Dates d'injections

Fait à

le

CACHET DU MEDECIN

SIGNATURE DU MEDECIN

**NOTE D'INFORMATION RELATIVE A L'ASSURANCE  
DES ETUDIANTS INFIRMIERS ET ELEVES AIDES-SOIGNANTS**

En référence à l'instruction DGOS/RH1 n° 2010-243 du 5 juillet 2010 concernant l'assurance couvrant les risques professionnels et la responsabilité civile des étudiants et des élèves : les frais d'assurance de responsabilité civile sont à la charge des élèves et étudiants.

Il vous appartient de souscrire un **avenant limité** dans le temps auprès de la compagnie d'assurance qui gère votre contrat « multirisque habitation-responsabilité civile » ou celui de vos parents. Le choix du montant des garanties assurées relève de **votre seule responsabilité**.

Vous devez être garantis pour l'ensemble des risques couvrant la responsabilité civile, tant **lors du stage qu'à l'institut et lors des trajets** en lien avec ces activités :

- accidents corporels causés au tiers,
- accidents matériels causés au tiers,
- dommages immatériels.

**Une attestation mentionnant explicitement la couverture de ces risques est à transmettre.**

Classiquement, les conventions de stage signées entre l'IFSI/IFAS et les établissements sanitaires et médico-sociaux prévoient la souscription – **par l'élève ou l'étudiant** – d'une police d'assurance responsabilité civile pour chaque année universitaire.

A l'exception des promotions professionnelles, l'élève ou l'étudiant n'est ni un agent titulaire, ni un contractuel ; de sorte, qu'il est indispensable qu'il s'assure contre la mise en cause de sa responsabilité civile du fait de ses actes ou agissements.

Il est important cependant de préciser que le contrat responsabilité civile « vie privée » n'aura pas vocation à s'appliquer en présence d'un éventuel dommage causé par un élève ou étudiant.

La souscription du **contrat responsabilité civile spécifique « élève ou étudiant en santé »** permet d'assurer une pratique sereine et ce, même si celle-ci n'est pas obligatoire en tant que telle. Car, un contrat d'assurance spécifique souscrit par l'étudiant permet – en cas de faute d'une particulière gravité ou détachable du service – de prendre en charge les éventuelles **conséquences pécuniaires** ainsi que la prise en charge des **frais de défense** devant les juridictions civiles, administratives et pénales.

Vous êtes en formation professionnelle paramédicale, votre assureur doit le mentionner sans aucune ambiguïté en soulignant la référence à l'instruction citée ci-dessus.

Vous engagez personnellement votre responsabilité sur la nature même de votre assurance.

La Directrice,

Caroline DEROCHE