



**CONFIRMATION D'INSCRIPTION rentrée du 02 septembre 2024**  
**IFSI Simone Veil Sarrebourg**

Nom et Prénom : .....

Date de naissance : ..... Lieu : .....

Age : .....

Nationalité : ..... Sexe :  F  M

**Adresse personnelle:**

.....  
.....  
.....

☎ Fixe : ..... ☎ Portable : .....

Email : .....

**Documents à joindre :**

- 3 photos d'identité couleur normalisées identiques (3,5x4,5 cm)
- Un RIB à **votre nom**
- Une copie de votre **attestation de sécurité sociale ou carte vitale**
- Une copie de la **carte d'identité**
- L'attestation CVEC (Contribution de Vie Etudiante et de Campus) \*
- L'attestation d'assurance « responsabilité civile »
- Une photocopie de l'attestation d'assurance du véhicule à votre nom ou le contrat vous mentionnant
- Une photocopie de la carte grise (**peut être au nom d'une autre personne**)
- Une photocopie de votre relevé de notes du baccalauréat
- Une photocopie de votre diplôme du baccalauréat (pour les nouveaux bacheliers, dès réception)
- Une photocopie du dernier diplôme obtenu (si différent du baccalauréat)
- Une photocopie du certificat de Participation à la Journée Défense et citoyenneté (JDC)
- Un certificat de scolarité de l'année 2023/2024 ou 2022/2023
  
- Une photocopie du courrier de prise en charge de l'employeur ou de l'OPCO **pour les personnes financées uniquement** (promotion professionnelle, Transition pro, Unifaf, Uniformation, ANFH....)

Les formulaires administratifs ci-joints renseignés.

- Fiche de renseignements (Grand Est)
- Attestation sur l'honneur
- Attestation pôle emploi (si vous êtes concerné)

*\*concerne uniquement les étudiants en poursuite d'étude*

**Frais d'inscription**

**175 €** (année universitaire 2024-2025).

Les frais d'inscription de 175 € sont à régler par chèque bancaire à l'ordre de :

**« REGIE DES RECETTES – CH SARREBOURG »**

Et à envoyer à :

**Centre Hospitalier de Sarrebourg  
REGIE DES RECETTES  
25 Avenue du Général de Gaulle  
57400 SARREBOURG**

**Document à rendre impérativement avant le 30 août 2024**


- Un certificat médical émanant d'un médecin **agrée ARS** attestant que le candidat ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession.

Arrondissement de SARREBOURG			
ARZVILLER - 57405	GASS Michel	4 rue des Fontaines	03 87 07 94 54
AVRICOURT - 57810	SANNER Daniel	62 rue des Halles	03 87 24 63 90
MITTERSCHHEIM - 57930	KRANZ-BLETTERER Michèle	68 Grand'Rue	03 87 07 60 33
SARREBOURG - 57400	GERARD André	41 Grand 'Rue	03 87 03 43 66
DIEUZE – 57260	PRZYCHOCKI Christophe	133 promenade du Canal	03 87 86 00 42

*(Vous pouvez également consulter la liste des médecins agréés ARS de votre région)*

- L'attestation médicale de vaccinations obligatoires pour l'entrée en formation (ci-joint) + une photocopie du carnet de vaccination.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_  
Signature de l'étudiant(e)

	<b>ATTESTATION MEDICALE DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES POUR L'ENTREE EN FORMATION DE</b> .....	DRHS/PNM P-002 V6-05/2020
Département des Ressources Humaines en Santé		

CETTE ATTESTATION EST A REMPLIR PAR VOTRE MEDECIN TRAITANT ET A REMETTRE AU CENTRE DE FORMATION au plus tard le .....

**Compléter impérativement les dates en précisant JJ/MM/AA**

**DIPHTERIE-TETANOS-POLIO-COQUELUCHE**

1ère injection le :    .../.../.....	1 <sup>er</sup> Rappel :    .../.../.....	Age:
2ème injection le :    .../.../.....	2 <sup>ème</sup> Rappel :    .../.../.....	Age:
3ème injection le :    .../.../.....	3 <sup>ème</sup> Rappel :    .../.../.....	Age:
	4 <sup>ème</sup> Rappel :    .../.../.....	Age:
	5 <sup>ème</sup> Rappel :    .../.../.....	Age:

**HEPATITE B**

La vérification de l'immunisation et de l'absence d'infection par le VHB est obligatoire pour tous les étudiants et personnels de santé relevant de la vaccination obligatoire contre le VHB.

Taux d'anticorps : .....

Taux d'anticorps anti Hbs	>100 UI/L	immunisé
	10 -100 UI/L	réaliser Ag HBs (si Ag HBs négatif : immunisé)
	<10	non protégé : Reprendre le schéma vaccinal
En cas de doute : <b>CONSULTER LE MEDECIN AGREE REFERENT ARS</b>		

Immunisation :  Oui  Non

**FIEVRE TYPHOIDE - A vérifier avant une entrée en stage à risque**

Obligatoire : pour les élèves, étudiants ou professionnels de santé ayant un stage dans un **laboratoire de biologie médicale**

Recommandé : pour les élèves, étudiants ou professionnels de santé ayant un stage ou une activité à risque de contamination (*i.e. lors de la manipulation d'échantillons biologiques, en particulier de selles, susceptibles de contenir des salmonelles*)

**VACCINS RECOMMANDES\***

Vaccins	Oui / Date	Non
ROR		
Rougeole		
Rubéole		
Varicelle		
Coqueluche		
Hépatite A		
Grippe (annuellement)		

\*Cf. recommandations et modalités sur <https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Recommandations-vaccinales-specifiques/Professionnels-exposes-a-des-risques-specifiques/Professionnels-de-sante>

**BCG - pour information**

Le **décret n°2019-149 du 27 février 2019** suspend l'obligation de vaccination contre la tuberculose des professionnels visés aux articles **R.3112-1 C** et **R.3112.2** du code de la santé publique.  
Ainsi, la vaccination par le BCG ne sera plus exigée lors de la formation ou de l'embauche de ces professionnels dès le **1<sup>er</sup> avril 2019**. Toutefois, il appartiendra aux **médecins du travail** d'évaluer ce risque et de proposer, le cas échéant, une vaccination par le vaccin antituberculeux BCG au cas par cas aux professionnels du secteur sanitaire et social non antérieurement vaccinés, ayant un test immunologique de référence négatif et susceptibles d'être très exposés

**ATTENTION** : le certificat d'aptitude de l'élève à l'entrée en formation dépend de ces indications.

Je soussigné(e), Docteur .....

Certifie que Mme – Mr .....

a répondu à ses obligations vaccinales selon le texte en vigueur et a reçu les vaccinations obligatoires précédentes.

**SIGNATURE DU MEDECIN :**

**CACHET :**

Pour toute information, vous pouvez vous rendre sur le site Vaccination InfoService.fr  
<https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Recommandations-vaccinales-specifiques/Professionnels-exposes-a-des-risques-specifiques/Professionnels-de-sante>



**VACCINATION  
INFO SERVICE.FR**

Le site de référence qui répond à vos questions



 <p>INSTITUTS DE FORMATION Simone VEIL (IFSI - IFAS - Formation Continue)</p>	<p>CERTIFICAT MEDICAL D'ENTRÉE EN FORMATION EN SOINS INFIRMIERS</p>	<p>Système de classement :  Version N°1 Date de rédaction : 02/02/2022</p>
--	---	--

A REMPLIR PAR UN MEDECIN AGREE

(liste des médecins agréés consultable sur le liste de l'Agence Régionale de Santé de votre région)

NOM ..... Prénom .....

Né(e) le ..... à .....

Adresse .....

AVIS MEDICAL

Je soussigné, Médecin agréé .....

Adresse .....

Atteste que Mme, M. ....

Né(e) le ..... à .....

Ne présente pas de contre-indication physique et/ou psychologique à l'exercice de la profession d'infirmier(ère) en référence à l'arrêté du 31 juillet 2009 modifié relatif au diplôme d'état d'infirmiers)

A ses vaccinations à jour pour rentrer en formation

A des vaccinations en cours (lesquelles) :

Fait à ..... le .....

Signature et cachet du médecin

---

DECLARATION DU (DE LA) CANDIDAT(E)

Je déclare ne dissimuler aucun fait de maladie

A ..... le .....

Signature du (de la) candidat

FICHE DE RENSEIGNEMENTS - SITUATION DE L'APPRENANT

LES DONNEES PERSONNELLES

Civilité :

Nom de naissance :  Nom d'usage (marital) :

Prénoms :

Adresse postale :

CP :  Ville :

Etat civil : (cochez la case correspondant à votre situation)

Célibataire  Veuf(ve)  
 Marié(e)/Pacsé(e)  Divorcé(e)  
 Vie maritale

Date de naissance :

Téléphone :

Personne reconnue travailleur handicapé (O/N) ?

Adresse électronique :

Statut avant l'entrée en formation : (cochez la case correspondant à votre situation)

Etudiant(e) en poursuite d'études  Salarié(e)  
 Demandeur d'emploi  Autres .....

Frais de formation pris en charge par : (cochez la case correspondant à votre situation)

Région Grand Est y compris mesure dérogatoire  OPCO, ANFH ...  
 Pôle Emploi  Employeur  
 A titre personnel  Autres (par exemple CPF/DIF) : .....

Coordonnées de l'organisme finançant les frais de formation :  
(sauf si REGION GRAND EST)

Rémunération et autres aides dont je bénéficie ou suis susceptible de bénéficier durant la formation : (cochez la case correspondant à votre situation)

Bourse de la Région  Contrat en alternance (apprentissage, contrat professionnallsaton)  
 Indemnités de chômage (ARE, ASS, RFF, ASR,...)  Allocations d'études  
 MinIma soclaux et autres allocations (RSA,...)  Autres types d'aides publiques (LADOM...)  
 Promotlon professionnelle hospitalière  Aucune aide financière  
 Plan de formation de l'employeur  Autre(s) prise(s) en charge  
 Transltion Pro (ex CIF)

Coordonnées de l'organisme finançant ou sollicité pour financer la  
rémunération et/ou d'autres aides (sauf si REGION GRAND EST) :

## SITUATION DE L'APPRENANT AVANT L'ENTREE EN FORMATION

Pièces à produire à l'institut quel que soit le profil de l'apprenant :

- curriculum vitae actualisé récapitulant les antécédents professionnels depuis la sortie du système scolaire
- copie du dernier diplôme

### PARCOURS SCOLAIRES

Dernier diplôme obtenu (niveau le plus élevé) :

Année d'obtention	Intitulé du diplôme	Spécialité/discipline/série

Date de sortie de formation initiale (études) :

Année scolaire	Cursus de formation	Etablissement

### ANTECEDENTS PROFESSIONNELS

Dernier emploi exercé avant l'entrée en formation (employeur principal en cas de cumul d'activités) :

Date d'embauche	Employeur et lieu de travail	Emploi occupé	Type de contrat	Temps de travail	Motif de fin ou de rupture de contrat	Date de fin ou de rupture de contrat

Situation au regard des derniers emplois occupés durant la période de référence :

- pour AS-AP : 6 mois avant l'entrée en formation de l'année de réussite à la sélection et le démarrage effectif de la formation
- pour AMBULANCIER : entre la date de clôture des inscriptions aux épreuves de sélection et le démarrage de la formation
- pour les niveaux post-bac quelles que soient les modalités de sélection : entre le 02 mars 2024 et le démarrage effectif de la formation

soit : du : **du 02 mars 2024** au : **2 septembre 2024**

Date d'embauche	Employeur et lieu de travail	Emploi occupé	Type de contrat	Temps de travail	Motif de fin ou de rupture de contrat	Date de fin ou de rupture de contrat

Toute fausse déclaration est passible de peines et d'amendes prévues par les articles 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal.

Je certifie exact les renseignements fournis.

Fait à :

Le :

Signature de l'apprenant ou du responsable légal

## ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) :  déclare avoir pris connaissance :

- du coût de la formation :

Tarif applicable par année ou par session de formation :

Autres frais à charge de l'apprenant :

- des conditions de prise en charge fixées par la Région Grand Est (voir fiches synthétiques relatives aux conditions générales et aux conditions spécifiques de prise en charge des formations sanitaires)

- et j'atteste :

remplir les conditions pour bénéficier d'une prise en charge régionale en tant que :

- Jeune de -26 ans en poursuite d'études (certificat de scolarité 2022/2023 ou 2023/2024)
- Demandeur d'emploi non démissionnaire durant la période de référence :
  - pour AS-AP : 6 mois avant l'entrée en formation de l'année de réussite à la sélection et le démarrage effectif de la formation
  - pour AMBULANCIER : entre la date de clôture des inscriptions aux épreuves de sélection et le démarrage de la formation
  - pour les niveaux post-bac quelles que soient les modalités de sélection : entre le 2 mars et le démarrage effectif de la formation
- Salarié(e) bénéficiant d'un financement à titre dérogatoire
- Salarié(e) en situation précaire dont le contrat de travail est inférieur à 18 heures par semaine ou 78 heures par mois dans les 9 mois avant l'entrée en formation
- Salarié(e) en tant que Vendeur à Domicile Indépendant (VDI) ou auto-entrepreneur dont le salaire moyen dans les 6 mois avant l'entrée en formation n'excède pas 610 € par mois

financer la formation à titre personnel étant donné que je ne remplis pas les conditions d'éligibilité fixées par la Région

bénéficier de la prise en charge du coût pédagogique par le biais d'un dispositif de formation professionnelle continue (Transition Pro, CFP, OPCO, ANFH, Pôle Emploi, plan de formation employeur...)

- intégrale
- partielle et m'engage à financer le reste à charge à titre personnel

Coordonnées du financeur :

Je m'engage à :

- signaler au plus tôt tout changement de situation qui serait susceptible de remettre en cause ou d'impacter le financement de la Région Grand Est ;
- m'acquitter des frais à titre personnel en cas d'omission ou d'erreur dans la présente déclaration, de non production des pièces demandées par l'institut de formation ou par la Région en cas de contrôle ;
- être assidu durant toute la formation et respecter le règlement intérieur de l'institut de formation.

Toute fausse déclaration est passible de peines et d'amendes prévues par les articles 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal.

Je certifie exact les renseignements fournis.

Fait à :

Le :

Signature de l'apprenant ou du responsable légal



FORMATIONS SANITAIRES

Document à renseigner pour toutes les personnes inscrites comme demandeur d'emploi

IDENTITE DE L'APPRENANT

Nom de naissance et/ou nom d'usage :

Prénoms :

Date de naissance :

PROJET DE FORMATION

Etablissement de formation :

IFSI Simone Veil Sarrebourg

Formation suivie :

Formation en Soins Infirmiers

Lieu de formation :

SARREBOURG

Année scolaire ou universitaire :

2024/2025

Année de réussite aux sélections :

2024

Date de la rentrée :

02/09/2024

Période de référence :

du :

2 mars 2024

au :

2 septembre 2024

ANTECEDENTS PROFESSIONNELS

Situation au regard des derniers emplois occupés durant la période de référence :

- pour AS-AP : 6 mois avant l'entrée en formation de l'année de réussite à la sélection et le démarrage effectif de la formation
- pour AMBULANCIER : entre la date de clôture des inscriptions aux épreuves de sélection et le démarrage de la formation
- pour les niveaux post-bac quelles que soient les modalités de sélection : entre le 2 mars 2024 et le démarrage effectif de la formation

soit :

du : 2 mars 2024

au : 2 septembre 2024

Date d'embauche	Employeur	Lieu de travail	Emploi occupé	Type de contrat	Temps de travail	Motif de fin ou de rupture de contrat	Date de fin ou de rupture de contrat

INSCRIPTION A POLE EMPLOI

N° d'identifiant Pôle Emploi :

Agence d'inscription Pôle Emploi référente :

Suivi assuré par une Mission Locale ou un PAIO (O/N) ?

Dans l'affirmative, quelle structure ?

Date de dernière inscription ou réactualisation en tant que demandeur d'emploi :

Si vous percevez une allocation de Pôle Emploi, depuis quand ?

Le changement de situation lié à l'entrée en formation doit être signalé à Pôle Emploi dans le mois qui précède la rentrée.

Je soussigné(e) :

- atteste remplir les critères d'éligibilité fixés par la Région Grand Est - tels que rappelés dans les fiches récapitulatives "Conditions générales et conditions spécifiques de prise en charge des formations sanitaires",
- déclare avoir cessé toute activité professionnelle salariée ou non salariée et ne plus être lié contractuellement à un employeur (sauf en cas d'activité réduite si la quotité de travail n'excède pas 18h/semaine ou 78h/mois dans les 9 mois avant l'entrée en formation ,
- et ne pas être placé(e) soit en disponibilité de la fonction publique, soit en congé (congé de formation, congé sabbatique, congé parental...).

J'autorise Pôle Emploi à transmettre les informations ci-après à la Région.

Toute fausse déclaration est passible de peines et d'amendes prévues par les articles 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal.

Fait à :

Le :

Signature de l'apprenant ou du responsable légal

## PARTIE A RENSEIGNER PAR POLE EMPLOI

Attestation à remplir dans le mois précédent l'entrée en formation

Pôle Emploi atteste que :

- l'apprenant est inscrit en tant que demandeur d'emploi :

depuis le :

est inscrit en catégorie :

depuis le :

dernier jour d'actualisation :

justifie d'une activité déclarée à cette date (O/N) :

- l'apprenant justifie du statut suivant, au cours de la période de référence (voir dates précises au verso) :

non démissionnaire

démissionnaire pour motifs légitimes reconnus **exclusivement** par la Région Grand Est soit : rupture d'un contrat aidé, emploi avenir ou service civique... - pour cause de non paiement des salaires - pour suivre le conjoint suite à mutation ou mariage - pour suivre son enfant handicapé admis dans une structure d'accueil - pour cause de violences conjugales - pour cause d'actes délictueux dans le cadre du contrat de travail

non renouvellement de CDD

autre motif de rupture \*

\*Motif de fin ou de rupture de contrat - choisir parmi les options suivantes : Convention de Reclassement Personnalisé (CRP), démission, démission contrat 18 h/semaine au maximum, licenciement, rupture conventionnelle/amicable, fin de contrat, dispositif démission-reconversion

Date de la rupture :

non défini, Pôle Emploi n'étant pas en mesure de vérifier la situation de l'apprenant et d'attester de son statut au regard des critères fixés par la Région Grand Est

- son projet de formation professionnelle a fait l'objet d'une validation auprès d'un conseiller de Pôle Emploi.

L'apprenant justifie-t-il de droits ouverts au titre de l'ARE (O/N) ?

Nom du signataire :   
Prénom :   
Qualité :   
Agence :   
Lieu :   
Date :

Signature et cachet de Pôle Emploi