

Directrice des relations humaines  
**Laëtitia Jéhanno**  
Tél. : 05 55 05 80 47  
Directrice adjointe des relations humaines  
**Fabienne Lauze**  
Tél. : 05 55 08 71 99

REF : PC/ NÇ/CG/JM/2022

Coordonnatrice générale des écoles et  
instituts de formation paramédicale  
Directrice des soins  
**Patricia Champeymont**

Madame, Monsieur,

Responsable de l'IFSI  
**Nadège Crouzy**  
nadege.crouzy@chu-limoges.fr

Vous avez choisi de faire confiance à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers du Centre Hospitalier Universitaire de LIMOGES et nous vous en remercions.

Secrétariat  
**Yvonne Besse**  
**Emmanuelle Betouille**  
**Vanessa Dam**  
**Christelle Girard**  
Tél. : 05 55 50 96 85  
ifsi@chu-limoges.fr

Nous vous souhaitons d'ores et déjà de mener à bien votre projet.

Formateurs  
**Véronique Aboyans**  
**Jean-François Baudry**  
**Jean Chocat**  
**Sylvie Dalliène**  
**Isabelle Deléron**  
**Jean-Yves Faubert**  
**Richard Garnier**  
**Sylvie Grard**  
**Bérangère Laroudie**  
**Sandrine Louis**  
**Gisèle Maire**  
**Sandrine Manaud**  
**Catherine Pautet**  
**Jérôme Perrier**  
**Chantal Rouchette**  
**Joëlle Vedrenne**

Vous trouverez ci-joint la liste des documents nécessaires à la constitution de votre dossier. Il est impératif de nous remettre **l'ensemble du dossier** suivant les dates mentionnées sur Parcoursup lors de votre acceptation par **voie postale uniquement** à l'adresse suivante :

**CHU DE LIMOGES**

**IFSI**

**2 avenue Martin Luther King**

**87042 LIMOGES**

**La date de la pré-rentrée est fixée le Vendredi 2 Septembre 2022  
au Campus des formations sanitaires- Site VANTEAUX- 39 F rue Camille Guérin –  
87036 LIMOGES**

**Les horaires vous seront communiqués ultérieurement.**

Nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, à l'assurance de nos salutations distinguées.

Patricia CHAMPEYMONT  
La Coordonnatrice générale des écoles et  
instituts de Formation Paramédicale,  
Directrice des soins

La Responsable de l'IFSI,  
Nadège CROUZY  
Cadre supérieur de santé



LISTE DES DOCUMENTS NECESSAIRES A LA CONSTITUTION  
DU DOSSIER ADMINISTRATIF DE L'ETUDIANT à envoyer **UNIQUEMENT** à :  
CHU de Limoges- IFSI- 2 avenue Martin Luther King – 87042 LIMOGES  
(Rentrée Septembre 2022)

1. La fiche individuelle dûment complétée
2. Deux photos d'identité (indiquer le nom et le prénom au verso)
3. La photocopie de votre relevé de notes du baccalauréat ou de votre baccalauréat (Pour les bacheliers de 2022, fournir obligatoirement la photocopie du diplôme du Baccalauréat dans les 2 mois suivant la rentrée)
4. La photocopie de l'attestation de participation à la journée de la Citoyenneté
5. Deux photocopies de votre carte nationale d'identité en cours de validité recto-verso
6. Un chèque de 170 € à l'ordre du Trésor Public correspondant aux droits d'inscription universitaire 2021
7. Un chèque de 11 € à l'ordre du Trésor Public pour l'achat du portfolio
8. L'attestation d'acquiescement de la Contribution à la Vie étudiante et de Campus (CVEC)-  
<https://cvec.etudiant.gouv.fr/>
9. La fiche de renseignements concernant l'organisation des stages.
10. Le feuillet signalétique pour la DRH pour réaliser le paiement des indemnités de stage (joindre un RIB à votre nom)
11. La fiche « autorisation de traitement » dûment complétée
12. Une attestation d'assurance :

↳ **Cette attestation doit garantir l'ensemble des risques suivants, couvrant la responsabilité civile, tant lors des stages que des trajets occasionnés par ceux-ci (référence circulaire du 5 juillet 2000) :**

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

**Ces éléments doivent être indiqués sur l'attestation.**

13. Un dossier médical
  - ↳ Certificat médical établi par un médecin agréé ARS d'aptitude physique et psychologique et aptitude à travailler en collectivité auprès de jeunes enfants (modèle joint)
  - ↳ Feuillet « certificat de santé au travail » + Fiche médicale ARS
14. La photocopie de l'attestation de droits à la sécurité sociale
15. La photocopie de l'avis d'attribution de bourse de l'année scolaire 2020/2021 s'il y a lieu.

↳ La date d'ouverture de la plate-forme en ligne est fixée au **3 juin 2022** sur le site [Bourses d'Études sur critères sociaux 2022 \(étudiants en formations sociales, paramédicales et de santé\) \(nouvelle-aquitaine.fr\)](#)

Les demandes seront à déposer sur **la plateforme « Mes démarches en Nouvelle-Aquitaine »**, qui sera accessible à partir du portail jeunes de la Région, à l'adresse indiquée ci-dessus.

L'ensemble des pièces de ce dossier doit être transmis à l'IFSI suivant les recommandations de Parcoursup.



## FICHE INDIVIDUELLE D'INSCRIPTION PROMOTION 2022-2025

Site de Limoges       Site de Saint-Yrieix-La-Perche

Coller ici

1 photo  
d'identité

### FICHE DE RENSEIGNEMENTS :

Nom de naissance : ..... Prénom : .....

Nom d'usage : ..... Sexe :  Masculin  Féminin

Date et lieu de naissance (Code Postal et Ville) : .....

Département et Pays de naissance : .....

Numéro de Portable : ..... Mail : .....

Situation de Famille :     Célibataire                       Vie Maritale                       Marié(e)

Pacsé(e)                               Divorcé(e)                       Veuf(ve)

Enfant(s) :                       Oui                                       Non

### NATURE DE L'ADMISSION :

PARCOURSUP :             Oui (joindre l'attestation d'admission)             Non

FORMATION PROFESSIONNELLE CONTINUE :     Oui                                       Non

↳ Date du concours : .....(joindre l'attestation de désinscription de Parcoursup si nécessaire)

### INFORMATIONS ADMINISTRATIVES :

Statut actuel (étudiant, salarié) : .....

N° Sécurité Sociale personnel : .....

Rémunération pendant la formation :     CIF (préciser l'organisme).....  CPF (préciser l'organisme).....

Pôle Emploi (joindre l'attestation) et préciser le numéro d'identifiant.....

Bourse (joindre notification)             Dispositif IRIS (rémunération de la Région selon condition)

Promotion Professionnelle Etablissement : .....             Public             Privé

Aucune

### INFORMATIONS CREATION CARTE ETUDIANT :

Identifiant National Etudiant (INE: Pour les bacheliers ce numéro figure sur le relevé de notes du baccalauréat) :

-----

Année de 1ère inscription dans l'enseignement supérieur français : ..... / .....

Année de 1ère inscription dans une université française publique : ..... / .....

Nom de l'établissement : .....

Baccalauréat:     Général                      Spécialités choisies ou série : .....

Technologique                      Série : .....

Professionnel                      Filière : .....

Année d'obtention : ..... Département : .....

Adresse avant la formation : .....

Adresse durant la formation : .....

**Tout changement d'adresse, de téléphone ou de mail en cours de scolarité  
doit être impérativement signalé au secrétariat.**

**INFORMATIONS NECESSAIRES A L'ORGANISATION DES STAGES  
DES ETUDIANTS DE PREMIERE ANNEE D'ETUDES**

Nom de famille (naissance) : ..... Prénom : .....

Nom d'usage (marital):.....

Date de naissance : ..... Age : .....

Enfant(s) :  OUI  NON Age(s) : .....

Adresse personnelle (au cours de la formation) :

.....

Tél : ..... Email : .....

Autres adresses susceptibles d'être utilisées pendant la formation :

1- .....

2- .....

3- .....

Permis de conduire :  OUI  NON

Véhicule :  OUI  NON

Si oui, joindre la photocopie du permis de conduire, de la carte grise du véhicule et de l'attestation d'assurance

Si non, veuillez indiquer votre moyen de déplacement : .....

Rémunération pendant la formation :  OUI  NON

Si oui :  Promotion professionnelle  Autre : .....

Etablissements et services fréquentés lors de votre exercice professionnel antérieur et poste(s) occupé(s)

(ASH, AS....) :

.....

.....

N.B : Si des membres de votre famille sont professionnels de santé, veuillez indiquer leur fonction et leur lieu d'exercice :

.....

Votre projet professionnel :

.....

.....

**« Je m'engage à signaler au secrétariat et aux coordinatrices des stages, toute modification des informations ci-dessus et je déclare sur l'honneur l'exactitude des informations fournies »**

Date :

Signature :

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS  
C.H.U. de LIMOGES  
39 F rue Camille Guérin  
87036 LIMOGES  
Tél : 05 55 50 96 85  
Email : ifsi@chu-limoges.fr

**Feuillet signalétique pour le paiement des indemnités de stages  
Etudiants Infirmiers**

**PROMOTION 2022/2025**

**Nom :**

**Prénom :**

**Nom époux :**

**Date de naissance :**

**Lieu de naissance :**

**Nationalité :**

**N° matricule de Sécurité Sociale :**

**Situation de famille :**

**Adresse :**

**Tél :**

**E-mail :**

**CCP ou Compte bancaire :**

(Agrafer ici un R.I.B. ou R.I.P.)

**Photocopie carte grise : (à joindre)**

Limoges, le

Signature



Institut de Formation en Soins Infirmiers  
du C.H.U.  
39 F rue Camille Guérin  
87036 LIMOGES  
Tél : 05 55 50 96 85  
Email : ifsi@chu-limoges.fr



**PROMOTION 2022/2025**

**AUTORISATION DE TRAITEMENT**

Je soussigné(e).....

Déclare autoriser le Directeur de l'Institut à prendre, sur avis médical, en cas de maladie ou d'accident, toutes mesures d'urgence me concernant tant médicales que chirurgicales, y compris éventuellement l'hospitalisation.

Indiquez le numéro de téléphone, le nom et l'adresse complète de la personne à prévenir en cas d'hospitalisation ou en cas d'urgence :

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

Fait à : ..... le .....

Signature :

Signature des parents si l'étudiant(e) est mineur(e) :

## CERTIFICAT MÉDICAL

Ce certificat médical est à faire remplir et signer **impérativement** par un médecin agréé par la délégation territoriale de l'ARS (Agence Régionale de Santé).

La liste des médecins agréés est consultable sur internet en recherchant « liste des médecins agréés ARS + numéro de votre département ».

Je soussigné(e) Docteur (nom, prénom) : .....

Agréé(e) sur le département de : .....

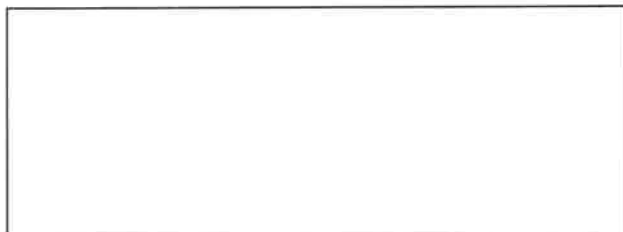
Certifie que :

- Nom : .....
- Prénom : .....
- Date de naissance : .....

Présente les aptitudes physiques et psychologiques nécessaires à l'exercice de la profession d'infirmier(ère) et est apte à la vie en collectivité auprès des jeunes enfants.

Fait le : .....à.....

**Signature et cachet du médecin**



**NOM :**

**PRENOM :**

**DATE DE NAISSANCE :** / / /

**FONCTION :** ETUDIANT(E) EN SOINS INFIRMIERS  
**PROMOTION 2022/2025**

Vu l'article L. 3111-4 du Code de Santé Publique.

Vu le dernier avis du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France.

Au terme de l'arrêté du 2 août 2013 et de l'instruction du 21 janvier 2014.

**Il est fait obligation**, à toute personne sollicitant un stage dans un établissement de soins ou de prévention, et ce **AVANT sa venue en stage**, d'être immunisée contre différents risques infectieux et d'en apporter la preuve : **attestation médicale**.

**Les tableaux suivants devront donc être complétés par votre médecin traitant. Ils constituent un document exigible à l'accord de venue en stage.**

\* **Obligatoire à l'entrée dans l'établissement :**

**B . C . G .**

Scarif / Monovax / BCG ID (à préciser)	Date
-	/ / /
-	/ / /

**TEST TUBERCULINIQUE**

I.D.R. (10 UI) ou Tubertest (5 UI)	Date	Résultat (en mm)
-	/ / /	-
-	/ / /	-
-	/ / /	-

**DIPHTERIE - TETANOS - POLIO**

Date des 2 derniers rappels	Nom du vaccin
/ / /	-
/ / /	-

**HEPATITE B**

	Date	Nom du vaccin		Date	Nom du vaccin
1 <sup>ère</sup> Inj	/ / /	-	2 <sup>ème</sup> rappel	/ / /	-
2 <sup>ème</sup> Inj	/ / /	-	3 <sup>ème</sup> rappel	/ / /	-
1 <sup>er</sup> Rappel	/ / /	-	4 <sup>ème</sup> rappel	/ / /	-

**Dosage des anticorps Anti-HBS :** Oui  Non

Les résultats des anticorps sont couverts par le secret médical et ne doivent être remis qu'au médecin du travail lors de la visite médicale.

\*\* **Vaccination recommandée :**

**RUBEOLE / OREILLONS / ROUGEOLE**

	Date		Date
1 <sup>ère</sup> Injection	/ / /	Rappel	/ / /

En l'absence de la mise à jour des vaccinations obligatoires en milieu hospitalier, le médecin du travail sera dans l'impossibilité d'émettre un avis à votre venue en stage.

Fait le :

Signature et cachet du médecin :



## - Inscription des étudiants en santé - Fiche médicale à valider par un médecin

**Filière universitaire :** ..... **NOM :** ..... **NOM de naissance :** .....

Médecine **Prénom :** ..... **Date de naissance :** .. / .. / ....

Odontologie **Tél. :** ..... **Email :** .....

Pharmacie **ou Institut de formation :** ..... **Département de naissance :** ..... **Code postal lieu de résidence :** .....

Sage-femme **Année d'admission :** ..... **Commune de naissance ou pays si né(e) à l'étranger :** .....

Avant votre entrée en formation, vous devez apporter la preuve que vous êtes vacciné(e) contre différents risques infectieux. **Si vous n'êtes pas à jour des vaccinations obligatoires, vous ne serez pas autorisé(e) à aller en stage. Les tableaux suivants devront être complétés par votre médecin sauf si le carnet de vaccination électronique a été créé sur [www.mesvaccins.net](http://www.mesvaccins.net) et validé par un professionnel de santé. Cette fiche devra être communiquée, avec les résultats\*\*, en même temps que votre dossier d'inscription (article L3111.4 du Code de la Santé Publique).**

Si carnet de vaccination électronique créé et validé par un professionnel de santé : code de partage   
Le médecin n'a rien de plus à compléter. Joindre uniquement les résultats demandés sous pli confidentiel.

### Diphtérie-Tétanos-Polio (dTP)\* / Diphtérie-Tétanos-Polio-Coqueluche (dTPca)

Rappel dTPca si un vaccin coquelucheux n'a pas été administré dans les 5 dernières années (respecter un délai de 1 mois après le dernier dTP). Lors des rappels à âge fixe (25, 45 et 65 ans), sera réalisé systématiquement un dTPca.

Dernier rappel dTP => Date : .. / .. / .... Nom : ..... Dernier rappel dTcaP => Date : .. / .. / .... Nom : .....

### Hépatite B\*

Joindre les résultats sérologiques quelle que soit la date\*\*

Rappel des conditions d'immunisation :

- 1) Ac anti-HBs > 100 UI/l (quels que soient l'historique vaccinal et l'ancienneté des résultats)
- 2) Ac anti-HBs ≥ 10 UI/l et Ac anti-HBc négatif (si schéma vaccinal complet)

Les différents schémas complets :

- soit classique (3 doses) : 2 doses à 1 mois d'intervalle, la 3<sup>ème</sup> au moins 5 mois après la 2<sup>ème</sup> dose
- soit à l'adolescence (de 11 à 15 ans) : 2 doses espacées de 6 mois } avec un vaccin contre l'hépatite B dosé à 20 µg
- soit accéléré (à titre exceptionnel) : 3 doses en 21 jours, rappel à 1 an }

- Première dose => Date : .. / .. / .... Nom : .....

- Deuxième dose => Date : .. / .. / .... Nom : .....

- Troisième dose => Date : .. / .. / .... Nom : .....

- Injections supplémentaires => Date : .. / .. / .... Nom : .....

=> Date : .. / .. / .... Nom : .....

=> Date : .. / .. / .... Nom : .....

### Covid-19\*

Antécédent de COVID => Date : .. / .. / .... Première dose => Date : .. / .. / .... Deuxième dose => Date : .. / .. / .... Rappel => Date : .. / .. / ....

### Rougeole-Oreillons-Rubéole (ROR)

Personnes nées avant 1980 :

Antécédent de rougeole => Date : .. / .. / ....

Pas d'antécédent de rougeole ou doute => vaccination 1 dose recommandée sans contrôle sérologique préalable

Personnes nées depuis 1980 :

vaccination 2 doses recommandées quels que soient les ATCD

**Schéma vaccinal :**

- Première dose => Date : .. / .. / .... Nom : .....

- Deuxième dose => Date : .. / .. / .... Nom : .....

### Varicelle

Antécédent de maladie

Pas d'antécédent ou doute

Si pas d'antécédent ou doute => Sérologie à faire  
**Joindre le résultat\*\***

Si sérologie négative => Vaccination recommandée

- Première dose => Date : .. / .. / .... Nom : .....

- Deuxième dose => Date : .. / .. / .... Nom : .....

### Méningocoque C

Vaccination recommandée jusqu'à l'âge de 24 ans inclus => Date : .. / .. / .... Nom : .....

### Tuberculose (vaccination non obligatoire à compter du 1<sup>er</sup> avril 2019) recueillir uniquement des éléments ci-dessous

**BCG**  
=> Date : .. / .. / ....

**Test tuberculinique (IDR)** quelle que soit la date de réalisation  
(une valeur de référence post-vaccinale est indispensable)

- Taille de l'induration en mm :

Je, soussigné Dr \_\_\_\_\_ certifie que les renseignements inscrits ci-dessus sont exacts.

Fait le :  
Signature et cachet du praticien :

\* Obligatoire  
\*\* Nous vous rappelons que tous les éléments demandés doivent être joints sous pli confidentiel.