

INSTITUT DE FORMATION DES PROFESSIONS PARAMEDICALES :
Institut de Formation en Soins Infirmiers & Institut de Formation d'Aides-Soignants
216 avenue de Verdun – BP 585 – 36019 CHATEAUROUX Cedex
Tél. : 02.54.29.60.31 Fax : 02-54-29.60.76 Courriel : ifsi@ch-chateauroux.fr – Site : www.ch-chateauroux.fr

INSCRIPTION ADMINISTRATIVE POUR L'ENTREE EN FORMATION AU DIPLOME D'ETAT INFIRMIER

Dossier d'inscription

IFSI du Centre Hospitalier de Châteauroux – Le Blanc

Site de Châteauroux

Châteauroux, le 23/05/2019

Madame, Monsieur,

Vous avez accepté la proposition d'admission à l'IFSI de Châteauroux ou du Blanc, sur la plateforme Parcoursup.

Il vous appartient maintenant de finaliser votre inscription administrative pour l'entrée en formation au Diplôme d'Etat d'Infirmier, qui aura lieu le lundi 2 septembre 2019.

Nous vous invitons à télécharger et compléter le dossier d'inscription sur ce site, et à nous le remettre en main propre au secrétariat.

Vous pouvez prendre rendez-vous auprès du secrétariat, afin d'organiser au mieux la finalisation de votre inscription.

Restant à votre disposition pour tout renseignement complémentaire, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

La Directrice,
C. GIRAULT

INSTITUT DE FORMATION DES PROFESSIONS PARAMEDICALES :
Institut de Formation en Soins Infirmiers & Institut de Formation d'Aides-Soignants
216 avenue de Verdun – BP 585 – 36019 CHATEAUROUX Cedex
Tél. : 02.54.29.60.31 Fax : 02-54-29.60.76 Courriel : ifsi@ch-chateauroux.fr – Site : www.ch-chateauroux.fr

INSCRIPTION ADMINISTRATIVE POUR L'ENTREE EN FORMATION AU DIPLOME D'ETAT INFIRMIER Rentrée le 2 septembre 2019

1. PUBLIC CONCERNE

- ✓ **Candidat ayant accepté la proposition d'admission à l'IFSI de Châteauroux, sur la plateforme Parcoursup**

Jusqu'au 19 juillet, si le candidat a accepté définitivement la proposition d'admission avant le 15 juillet
Jusqu'au 27 août, si le candidat a accepté et confirmé la proposition d'admission après le 15 juillet

- ✓ **Candidat relevant de la formation professionnelle continue ayant satisfait aux épreuves de sélection (A.S./A.P., personne en reconversion)**

2. CONDITION D'ADMISSION ¹

Etre âgé de 17 ans au moins au 31 décembre de l'année des épreuves de sélection

3. REPORT D'ADMISSION

Le bénéfice d'une autorisation d'inscription dans la formation n'est valable que pour l'année universitaire de l'année pour laquelle le candidat a été admis. Par dérogation, le directeur d'établissement accorde, pour une durée qu'il détermine, dans la limite cumulée de 3 ans, un report pour l'entrée en scolarité dans son établissement :

De droit pour :

- ◆ congé de maternité,
- ◆ rejet du bénéfice de la promotion professionnelle ou sociale,
- ◆ rejet de demande de congé de formation,
- ◆ rejet de demande de mise en disponibilité,
- ◆ garde d'un enfant de moins de 4 ans,

De façon exceptionnelle :

- ◆ sur la base des éléments apportés par l'étudiant justifiant de la survenance d'un évènement grave l'empêchant d'initier sa formation.

Toute personne ayant bénéficié d'un report d'admission doit, six mois avant la date de rentrée, confirmer son intention de reprendre sa scolarité à la rentrée suivante.

¹ Arrêté du 31 juillet 2009 modifié

4. VALIDATION D'INSCRIPTION EN FORMATION

Pour pouvoir prétendre à une inscription administrative dans l'enseignement supérieur, le candidat admis doit s'acquitter :

- des droits d'inscription auprès de l'IFSI de Châteauroux. Le montant est fixé par arrêté du ministère chargé de l'enseignement supérieur. En 2018 ils s'élevaient à **170 euros**.
- De la Contribution de Vie Etudiante et Campus (C.V.E.C.) via la plateforme du CROUS d'un montant de **91 euros**

5. FINANCEMENT ET REMUNERATION PENDANT LA FORMATION

Dans le cadre de la loi de décentralisation, l'Etat a confié, depuis juillet 2005, la gestion des écoles paramédicales aux conseils régionaux.

Ainsi le conseil régional Centre-Val-de-Loire prend en charge, sur son budget le fonctionnement des instituts de Châteauroux et du Blanc. Il gère également l'attribution et le règlement des bourses sanitaires et sociales. Vous trouverez ci-dessous, à titre d'information, les différentes possibilités d'aides en fonction de la situation individuelle de chaque candidat, et sous réserve du maintien des dispositions et de l'acceptation de la prise en charge par les organismes concernés (cf. annexe 3)

Financement du coût de la formation et Rémunération pendant la formation

Coût pédagogique de la formation en soins infirmiers :

- **6 700,00 euros l'année scolaire (2018-2019) en autofinancement**
- **7 200,00 euros l'année scolaire (2018-2019) en financement employeur**

Le financement des formations et/ou la rémunération pendant les formations peuvent, éventuellement selon la situation individuelle du candidat, lui être accordés par :

- ⇒ le Conseil Régional : cf. Conditions de prise en charge du financement des formations du Conseil Régional Centre-Val de Loire ;
- ⇒ le Pôle Emploi :
 - ✓ Rémunération : l'inscription comme demandeur d'emploi doit être effectuée avant l'entrée en formation et la demande « d'attestation d'inscription à un stage de formation » (AIS) pour le demandeur d'emploi indemnisé doit être complétée et validée par le Pôle Emploi ;
- ⇒ l'Employeur (établissement public) :
 - ✓ Financement et Rémunération au titre de la Promotion Professionnelle : demande écrite à faire auprès de l'employeur à l'inscription aux épreuves de sélection ou lors de l'inscription sur Parcoursup pour la formation en soins infirmiers ;
- ⇒ l'Employeur et l'OPCA (établissement privé ou public) :
- ⇒

Attention : les conditions risquent de changer courant 2019

- ✓ Financement au titre du Congé Individuel de Formation (CIF : établissement privé) ou Congé de Formation Professionnelle (CFP : établissement public) : demande de dossier à faire auprès de l'OPCA (privé : Fongécif, Uniformation, ou public : ANFH) dont dépend l'employeur ; demande à faire à l'inscription aux épreuves de sélection ou lors de l'inscription sur Parcoursup pour la formation en soins infirmiers et au minimum 4 mois (privé) ou 6 mois (public) avant le début des formations ;
- ✓ Rémunération au titre du Congé Individuel de Formation (CIF : établissement privé) ou Congé de Formation Professionnelle (CFP : établissement public) : l'employeur rémunère le candidat en CDI et se fait rembourser par l'OPCA ou l'OPCA rémunère le candidat ayant eu un CDD.

6. LA BOURSE SANITAIRE ET SOCIALE

Une demande de bourse sanitaire et sociale est à déposer auprès du Conseil Régional Centre-Val de Loire pour :

- ↳ l'apprenant sans droit à rémunération ;
- ↳ le bénéficiaire d'une rémunération Pôle Emploi ;
- ↳ le bénéficiaire d'un congé parental et autre prestation versés par la CAF (se renseigner auprès de la CAF) ;
- ↳ le bénéficiaire du RSA (se renseigner auprès de l'assistante sociale du Conseil Départemental et de la CAF).

ATTENTION :

- ↳ La bourse est calculée selon les revenus de la famille.
- ↳ En règle générale, il n'y a pas de possibilité d'octroi d'une bourse en cas de démission ou de disponibilité d'un établissement de santé public ou privé si ce dernier offre des possibilités d'emploi d'aide-soignant ou infirmier, ou en cas de prise en charge d'un organisme collecteur de fonds de formation ou de l'employeur.

La bourse sanitaire et sociale se compose de 8 échelons qui correspondent à un versement minimum de 1 009 Euros (échelon 0 bis) à un maximum de 5 551 € (échelon 7) pour l'année scolaire 2018-2019 (sous réserve de modifications régionales).

Le règlement intérieur de la bourse sanitaire et sociale est accessible sur www.aress.regioncentre.fr

7. CONDITIONS MEDICALES D'ENTREE EN FORMATION

L'admission définitive des candidats est subordonnée à la **production obligatoire des documents suivants :**

Au plus tard le 1^{er} jour de la rentrée

1°). Un certificat médical par un médecin agréé (par l'Agence Régionale de Santé, délégation Départementale) attestant que le candidat ne présente pas de contre-indication physique ou psychologique à l'exercice de la profession.

Au plus tard, le jour de la première entrée en stage

2°). Un certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France (cf. annexe 4)

- Anti diphtérique
- Anti tétanique
- Anti poliomyélitique
- Anti Hépatite B

3°). Une IDR à la tuberculine datant de moins d'un an

ATTENTION

Les étudiants entrant en formation doivent apporter la preuve de leur immunisation contre l'hépatite B. Ils doivent produire une attestation médicale (du médecin traitant) comportant un résultat même ancien, indiquant la présence, dans le sérum, d'anticorps anti HBs à une concentration supérieure à 100 UI/L.

La vaccination ou la vérification de la concentration d'anticorps anti HBs contre l'hépatite B doit être anticipée dès l'inscription.

8. MODALITES D'OCTROI DE DISPENSES D'ENSEIGNEMENTS

1) Public concerné

Les personnes admises 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 obtenues et de leur parcours professionnel.

2) Modalités :

Les candidats ci-dessus déposent **au plus tard le 2 septembre 2019 auprès de l'I.F.S.I.** leur demande de dispense sur la base des documents suivants :

- La copie d'une pièce d'identité
- Le(s) diplôme(s) originaux détenu(s)
- Le cas échéant, une attestation de validation d'ECTS de moins de 3 ans
- Le cas échéant, le(s) certificat(s) du ou des employeurs attestant de l'exercice professionnel de l'intéressé
- Un curriculum vitae
- Une lettre de motivation
- Une attestation de niveau de langue B2 française pour les candidats étrangers

9. FICHE D'INSCRIPTION ADMINISTRATIVE

La fiche d'inscription administrative ainsi que tous ses justificatifs devront être retournés au secrétariat afin de valider votre inscription définitive.

10. ANNEXES

Annexe 1 : Check liste des pièces à fournir

Annexe 2 : Fiche d'inscription administrative

Annexe 3 : Formulaire relatif aux critères de prise en charge financière de la Région Centre –Val de Loire

Annexe 4 : Dossier santé

CHECK-LIST

Nom :		Prénom :	
Date de naissance :			
Adresse mail :			
Numéro téléphone :			
Année scolaire : 2019-2020		Promotion :	

- Fiche d'inscription administrative à l'entrée en formation complétée et signée
 - Attestation d'admission Parcoursup téléchargeable sur le site de Parcoursup (www.parcoursup.fr)
 - Attestation de désinscription de Parcoursup : les **candidats admis par la voie de la formation professionnelle continue (FPC)**, et **UNIQUEMENT** ceux-là, doivent fournir une attestation de désinscription (ou de non inscription) de Parcoursup.
 - Attestation de paiement de la Contribution à la Vie Etudiante et Campus (CVEC) à télécharger sur le site du CROUS (www.cvec.etudiant.gouv.fr) après paiement des 91 euros pour l'année 2019-2020.
- ATTENTION : cette contribution ne s'applique pas aux étudiants en études promotionnelles**
- Attestation de paiement des droits d'inscriptions (Projet d'inscription en ligne à l'université de Tours en étude) de l'ordre de 170 euros en 2018.
 - Photocopie de la pièce d'identité, recto – verso, en cours de validité :
 - Carte d'identité : date de validité :
 - Passeport : date de validité :
 - Photocopie du baccalauréat.
 - 2 Photocopies de votre attestation d'assuré social, sur lesquelles figure la date de vos droits.
 - Photocopie de la carte grise au nom de l'ESI + permis de conduire valide.
 - Attestation d'assurance désignant l'étudiant comme **conducteur principal du véhicule**.
 - Formulaire relatif aux critères de prise en charge financière de la Région Centre-Val de Loire dûment complété et signé (cf. annexe 3)
 - 3 Relevés d'identités bancaires.

- Certificats médicaux établis : l'admission définitive dans un IFSI est subordonnée à la production, au plus tard :
 - . Le premier jour de la rentrée, par un médecin agréé attestant que le candidat ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession (Vous trouverez la liste des médecins agréés de votre département sur le site de l'ARS de votre région (ex. pour les candidats du 36, le site est : <https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/trouver-un-medecin-agree-0>)
 - . Le jour de la première entrée en stage, d'un certificat médical de vaccination conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France (cf. annexe 4 : dossier santé)
- 6 Photos d'identité récentes avec le nom au verso
- 1 chèque de 90,00€ à l'ordre de « Régie de recettes 15 IFSI» L'essayage des tenues se fera lorsque vous déposerez votre dossier au secrétariat.
- Demande de bourse : vous trouverez l'imprimé de demande sur le site : www.ars.regioncentre-valdeloire.fr
- Repas commandés pour la 1^{ère} semaine de formation :
 - Lundi
 - Mardi
 - Mercredi
 - Jeudi
 - Vendredi

				
INSTITUT DE FORMATION DES PROFESSIONS PARAMEDICALES : Institut de Formation en Soins Infirmiers & Institut de Formation d'Aides-Soignants 216 avenue de Verdun – BP 585 – 36019 CHATEAUROUX Cedex Tél. : 02.54.29.60.31 Fax : 02-54-29.60.76 Courriel : ifsi@ch-chateauroux.fr – Site : www.ch-chateauroux.fr				

FICHE D'INSCRIPTION ADMINISTRATIVE POUR L'ENTREE EN FORMATION INFIRMIERE 2019

Nom d'usage : Prénoms :

Nom de famille (nom de naissance) :

Date de naissance :

Lieu de naissance (avec Numéro Département) :

Sexe : Féminin - Masculin Nationalité :

Adresse :

CP : Ville :

Téléphone : (fixe + portable)

Adresse mail **obligatoire** :

N° Sécurité Sociale, et caisse d'affiliation :

Situation de famille : Vie maritale Pacsé Marié
 Divorcé/séparé Veuf Célibataire

Nombre d'enfants à charge :

Personne à prévenir en cas d'accident :

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone (fixe + portable) :

Lien de parenté :

Pour les candidats mineurs :

Renseignements concernant la mère :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Profession :

Renseignements concernant le père :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Profession :

Diplômes Obtenus : (année d'obtention à préciser)

.....
.....

N° INE pour les bacheliers (n° se trouvant sur le relevé de notes du baccalauréat) :

Niveau d'étude acquis :

.....

Êtes-vous titulaire de l'AFGSU Niveau 2 ? Oui Non
(Formation aux Gestes et Soins d'Urgence)

Si oui, date d'obtention :

Situation actuelle :

Emploi actuel :

Lieu :

Depuis le :

CDD CDI Titulaire Intérim CAE

Autre :

Avez-vous démissionné du secteur sanitaire depuis moins de 2 ans ? Oui Non
(L'abandon de poste et la rupture conventionnelle ne sont pas considérés comme une démission)

En congé parental :

Depuis le :

En disponibilité :

Depuis le :

Ferez-vous une demande de Congé Individuel de Formation ? **OUI :** **NON :**

Demanderez-vous une bourse ? : **OUI :** **NON :**

Les données administratives seront utilisées dans le cadre d'enquêtes régionales conformément à la loi « Informatique et liberté » du 6 janvier 1978 modifiée. En cas de refus de votre part, le signaler au secrétariat lors du dépôt de votre dossier.

Je soussigné(e) atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document.

A _____, le _____

SIGNATURE DU CANDIDAT et SIGNATURE DES PARENTS POUR LE CANDIDAT MINEUR



Conseil régional du Centre-Val de Loire

Financement des formations du secteur sanitaire et social

(articles L. 451-1, L. 451-2 et L. 451-3 du code de l'action sociale et des familles)

Dans le cadre de la loi du 13 août 2004 relative aux Libertés et Responsabilités Locales, la Région Centre-Val de Loire est compétente depuis le 1^{er} janvier 2005 pour attribuer des aides aux étudiants inscrits dans les établissements mentionnés à l'article L. 451-1 du code de l'action sociale et des familles, ainsi qu'aux élèves et étudiants préparant des diplômes de sage-femme et des professions paramédicales.

CRITERES DE PRISE EN CHARGE FINANCIERE DE LA REGION CENTRE-VAL DE LOIRE POUR LES FORMATIONS DU SECTEUR SANITAIRE ET SOCIAL :
coût pédagogique de la formation et bourse régionale d'études sur critères sociaux
(hors droit d'inscription, frais de sécurité sociale et frais de scolarité)*

PUBLICS ELIGIBLES
Elèves, étudiants issus du cursus scolaire
Demandeurs d'emploi , lorsqu'ils sont : - bénéficiaires ou non de l'allocation de Pôle Emploi - en congé parental

Ne sont pas éligibles les demandeurs d'emploi, lorsqu'ils sont :

- En disponibilité de la Fonction Publique (Etat, Territoriale, Hospitalière)
- Démissionnaires de moins de 2 ans ayant exercé une activité propre au secteur sanitaire et social (CDI/Titulaire/Stagiaire), y compris suivi d'un CDD après la démission
- En congé sans solde ayant exercé une activité propre au secteur sanitaire et social (CDI/Titulaire/Stagiaire)
- En congé parental ayant exercé une activité propre au secteur sanitaire et social (CDI/Titulaire/Stagiaire)

PUBLICS NON ELIGIBLES
Salariés du secteur sanitaire et social , y compris : - En disponibilité de la Fonction Publique Hospitalière - Démissionnaires de moins de 2 ans (CDI/Titulaire/Stagiaire), y compris suivi d'un CDD après la démission - En congé individuel de formation, en congé de formation professionnelle - En congé sans solde - En congé parental - En contrat aidé (Parcours Emploi Compétences) - En contrat à durée déterminée - En contrat d'apprentissage
Salariés hors secteur sanitaire et social , y compris : - En disponibilité de la Fonction Publique (Etat, Territoriale, Hospitalière) - Démissionnaires de moins de 2 ans ayant exercé une activité propre au secteur sanitaire et social (CDI/Titulaire/Stagiaire), y compris suivi d'un CDD après la démission - En congé individuel de formation, en congé de formation professionnelle - En contrat d'apprentissage - En contrat aidé (Parcours Emploi Compétences) - En congé sans solde - En congé parental

Sont éligibles les salariés du secteur sanitaire et social, lorsqu'ils sont :

- Lauréats du diplôme d'infirmier ou de sage-femme et souhaitent intégrer la formation de puéricultrice dans les 18 mois après l'obtention du diplôme d'Etat (produire la copie du diplôme)
- En CDI en rupture conventionnelle ⁽¹⁾

Sont éligibles les salariés hors secteur sanitaire et social, lorsqu'ils sont :

- En contrat à durée déterminée ⁽²⁾
- A temps partiel en CDD ou CDI inscrits à Pôle Emploi
- En reconversion professionnelle ⁽¹⁾ : CDI, titulaires de la Fonction Publique (Etat/Territoriale) démissionnaires de moins 2 ans, vous poursuivez une formation diplômante qui vous permet de changer de secteur d'activité. **Vous devez produire une attestation de votre employeur certifiant : « ne pas employer de personnel disposant de la qualification que le demandeur souhaite obtenir et ne pas avoir vocation à recruter au regard de son activité »**

⁽¹⁾ La rupture du contrat de travail notifiée par l'employeur doit intervenir avant la date d'entrée en formation

⁽²⁾ La fin du contrat ou la rupture du contrat de travail notifiée par l'employeur doit intervenir avant la date d'entrée en formation

Les critères de prise en charge du coût pédagogique de la formation doivent être réunis à l'entrée en formation

Seules les personnes éligibles à la prise en charge du coût pédagogique de la formation sont autorisées à déposer une demande de bourse régionale d'études sur critères sociaux (cf règlement www.regioncentre-valde Loire.fr)



Les aides financières de la Région Centre-Val de Loire ne s'adressent pas :

- Aux personnes titulaires d'un diplôme d'infirmier obtenu hors de l'Union européenne et aux personnes titulaires d'un diplôme de médecin étranger pour la formation au diplôme d'Etat d'infirmier (arrêté du 31 juillet 2009, articles 27, 28, 34)

Vous êtes issu du secteur sanitaire et social : le financement de votre formation relève de votre employeur ou de l'Organisme Paritaire Collecteur Agréé (OPCA) de l'employeur.

^(*)

Les droits d'inscription : ils sont à la charge des étudiants et fixés chaque année par arrêté ministériel

Les frais de sécurité sociale : ils sont à la charge des étudiants et fixés chaque année par arrêté ministériel

Les frais de scolarité : librement définis par les établissements et correspondent à la rémunération de services rendus aux étudiants (loi du 13 août 2004, article 54)

Expérience professionnelle

Année	Employeur	Fonction	Statut (cdd, cdi, stagiaire, titulaire)

Situation actuelle

Etudiant Demandeur d'emploi Salarié

Statut salarié

Employeur	Fonction	Statut

Pièces à fournir

En reconversion professionnelle	En rupture conventionnelle	Lauréat du diplôme d'infirmier	Secteur sanitaire et social
Produire l'attestation de votre employeur certifiant « ne pas employer de personnel disposant de la qualification que le demandeur souhaite obtenir et ne pas avoir vocation à en recruter au regard de son activité »	Produire la copie de la convention de rupture conventionnelle	Produire la copie du diplôme	Produire la copie des contrats de travail ou des arrêtés

Si le coût pédagogique de votre formation est pris en charge par la Région Centre-Val de Loire, vous êtes autorisé(e) à déposer une demande de bourse régionale d'études sur critères sociaux.

Voir conditions www.regioncentre-valde Loire.fr

Pour tout renseignement sur les aides financières de la Région Centre-Val de Loire, contactez directement votre institut de formation

Nom :

Prénom :

J'atteste l'exactitude des éléments mentionnés ci-dessus.

Fait à :

Le

Signature :

Dossier Santé

Pour l'entrée en institut de formation paramédicale

I.F.A.S

I.F.S.I

Date d'entrée en institut de formation

.....

Site de l'institut de formation

Châteauroux

Le Blanc

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

FICHE D'IDENTIFICATION

LIEU DE NAISSANCE :

SITUATION FAMILIALE :

ADRESSE :

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

TELEPHONE :

MAIL :

MEDECIN TRAITANT :

FORMATIONS SCOLAIRES OU PROFESSIONNELLES

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

ACTIVITES PROFESSIONNELLES ANTERIEURES

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

Vous avez choisi un métier de soins et de communication qui exige de répondre à certains critères de santé physique et psychologique.

Au terme de l'arrêté relatif à votre diplôme **vous devez, pour votre entrée en formation :**

I- **Faire compléter le certificat de vaccinations** pour les futurs professionnel/-les de santé par **votre médecin traitant** et apporter les preuves demandées

II- **Compléter le questionnaire de santé**

III- **Fournir :**

- un certificat « attestant que l'étudiant ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession » par un **médecin agréé** par la préfecture.
- **Le certificat des vaccinations obligatoires dûment complété.**
- Les photocopies du carnet de santé (vaccinations et maladies infantiles)
- La photocopie de la sérologie HEPATITE B.
- Le compte-rendu d'une radiographie pulmonaire de moins de 3 mois
- Le questionnaire de santé

Ce document recense donc l'ensemble des éléments médicaux obligatoires pour votre dossier de rentrée scolaire.

Vous devez le présenter au médecin agréé qui signera le certificat de non contre-indication physique et psychologique en fonction de la profession que vous avez choisi.

Toute vaccination obligatoire non à jour sera clause invalidante de la mise en stage en attendant la régulation

PIECES INCLUSES AU DOSSIER

- **Le certificat des vaccinations obligatoires** incluant une demande de radiographie pulmonaire de moins de 3 mois et la sérologie HEPATITE B (3 pages)

- Un questionnaire de santé (2 pages)

L'ensemble de ce dossier dûment rempli est à retourner au Service Santé au Travail sous enveloppe au site concerné.

IFSI/IFAS SITE CHATEAUROUX	IFSI /IFAS SITE LE BLANC
<p>Service Santé au Travail 216 avenue de Verdun BP 585 Châteauroux cedex</p> <p>MAIL : amelie.riviere@ch-chateauroux.fr 02.54.29.62.70</p>	<p>Service Santé au Travail 5 rue Pierre Milon 36300 LE BLANC</p> <p>MAIL : aurelie.piget@ch-leblanc.fr 02.54.28.28.28</p>

NOM : **PRENOM** : **Né(e) le** :

TELEPHONE : **MAIL** :

Ce questionnaire est à remplir par le futur étudiant.

QUESTIONNAIRE DE SANTE										
Poids :		Existence de plaintes ou de signes cliniques		Est-ce une gêne dans le travail ?		Consommation de médicaments		Pathologie diagnostiquée		Commentaire
Taille :	Néant									
Tension artérielle (au repos) :										
CARDIO RESPIRATOIRE										
- appareil respiratoire	<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
- appareil cardio-vascu	<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
- HTA	<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
NEURO-PSYCHIQUE										
- fatigue, lassitude	<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
- anxiété, nervosité, irritabilité	<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
- troubles du sommeil	<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
DIGESTIF										
-constipation	<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
-diarrhée	<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
OSTEO-ARTICULAIRE										
- membres sup										
épaule	<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
coude	<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
poignet	<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
- membres inférieurs	<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
- vertèbres cervicales	<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
- vertèbres dorso-lombaires	<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
GYNECO										
	<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
DERMATO										
	<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
ORL										
Troubles de l'audition	<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
OPHTALMO										
Troubles visuels	<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	

ANTECEDENTS MEDICAUX : (et familiaux)

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

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX :

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

Est-ce que vous fumez ? Oui Non

Est-ce que vous consommez de l'alcool ?

Oui : de temps en temps chaque semaine tous les jours

Non

Faites-vous du sport ? Non Oui

Le(s)quel(s) :

Traitement en cours :

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

Date

Signature

CERTIFICAT DES VACCINATIONS OBLIGATOIRES

NOM : **PRENOM** :

DATE DE NAISSANCE :

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

Vu le dernier avis du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France du 15 Mars 2011.

Au terme de l'arrêté du 2 août 2013.

Il est fait obligation, avant l'embauche, à toute personne sollicitant un emploi dans un établissement de soins ou de prévention d'être immunisée contre différents risques infectieux et d'en apporter la preuve par le biais d'une attestation médicale.

Les tableaux suivants **(les 5 points obligatoires)** devront être complétés par votre médecin traitant. Ils constituent un document exigible à l'entrée en institut de formation.

1. B.C.G

Mode de vaccination (scarification/BCG...)	DATE
.....

2. TEST TUBERCULINIQUE

(OBLIGATOIRE A L'ENTREE EN FORMATION et lecture résultat 72h après) :

Date du tubertest :

Date de la lecture :

Résultat :mm.

3. DIPHTERIE-TETANOS-POLIO-(COQUELUCHE)

Date des 3 derniers rappels	NOM DU VACCIN
.....
.....
.....

4. HEPATITE B

(Pour le personnel exposé aux agents biologiques)

	DATE	NOM DU VACCIN
1 ^{ère} injection
2 ^{ème} injection
3 ^{ème} injection
RAPPEL

5. Sérologie HEPATITE B (obligatoire)

Date de la sérologie :.....

Dosage des anticorps anti- HBs=..... mUI.mL

Dosage des anticorps anti- HBc=.....mUI.mL

Dosage de l'antigène-HBs =.....mUI.mL

JOINDRE LA COPIE DU RESULTAT DE LA SEROLOGIE (preuve laboratoire)

6. Vaccinations recommandées :

- R.O.R :

Date des vaccins	NOM DU VACCIN
.....
.....

- Méningite :

Date des vaccins	NOM DU VACCIN
.....
.....

Cette attestation doit être remplie par votre médecin traitant qui doit se référer au « Calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2018 selon l'avis du Haut Conseil de la santé publique »

Cette attestation est à adresser au Service de Santé au Travail du centre hospitalier de Châteauroux.

Une radiographie pulmonaire est obligatoire lors de votre entrée à l'institut de formation. Votre médecin doit vous compléter la prescription ci-jointe.

SIGNATURE DU MEDECIN :

DATE :.....

PRESCRIPTION RADIOGRAPHIE PULMONAIRE

NOM : PRENOM :

Né(e) le :

Réaliser une radiographie pulmonaire à l'entrée en formation.

Nom du médecin

Signature