



**Campus Tohannic**  
**11 rue André Lwoff**  
**56000 VANNES**  
**Tel : 02 7 46 84 00**  
[WWW.ifsivannes.fr](http://WWW.ifsivannes.fr)  
**Courriel : ifsi@ch-bretagne-atlantique.fr**

**Nous vous remercions d’avoir choisi l’IFPS de Vannes et nous vous félicitons pour votre réussite à la sélection d’entrée en formation infirmière.**

**Afin de confirmer votre inscription, vous trouverez ci-dessous la liste des documents à nous adresser,**

**⇒ DANS UN DELAI DE 5 JOURS SUIVANT VOTRE ACCORD DEFINITIF**

Documents à fournir en recommandé / accusé de réception ou déposer directement à l’IFPS de Vannes	
<input type="checkbox"/> Le <b>dossier pédago-administratif joint</b> , dûment complété	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Une <b>photocopie de votre carte d’identité</b> (recto et verso) ou de votre passeport en cours de validité	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Une <b>copie du livret de famille</b> pour les couples mariés avec enfants.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Une <b>copie de la carte vitale</b>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Un <b>chèque de 170 euros</b> libellé à l’ordre du Trésorier Principal de Vannes correspondant aux Droits annuels de scolarité. En cas d’interruption de formation en cours d’année, les droits d’inscription restent dus. (le chèque vous sera restitué en cas de non réussite aux épreuves du baccalauréat)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <b>L’attestation d’acquiescement de la Contribution de Vie Etudiante et de Campus (CVEC)</b> , année universitaire 2020-2021 (Vous trouverez cette attestation sur le site <a href="http://Cvec.etudiant.gouv.fr">Cvec.etudiant.gouv.fr</a> ). La CVEC est mise en œuvre par le Centre Régional des Œuvres Universitaires et Scolaires (CROUS) pour tous les étudiants de l’enseignement supérieur. Elle est d’un montant de 92 euros. Les étudiants issus de la Formation Professionnelle (CIF, CHBA ...) sont exemptés de la CVEC. Les étudiants boursiers pourront se faire rembourser.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Une <b>copie de votre diplôme</b> du baccalauréat ou équivalence niveau IV ou du diplôme professionnel d’aide-soignant ou d’auxiliaire de puériculture. <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Pour les élèves en terminale : attestation de scolarité.</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Le relevé de notes du baccalauréat	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Un <b>chèque d’un montant de 12 euros</b> libellé à l’ordre du Trésorier Principal de Vannes pour le financement du portfolio (support indispensable de l’étudiant infirmier pendant les 3 années d’études) libellé à l’ordre du Trésor Public.	

**⇒ LE PLUS RAPIDEMENT POSSIBLE ET LE JOUR DE LA PRERENTREE  
(25/08/2020) DERNIER DELAI**

<b>Documents à fournir</b> en recommandé / accusé de réception ou directement à l'IFPS de Vannes (quelle que soit la voie d'accès : Parcoursup ou Formation Professionnelle Continue)	
<input type="checkbox"/> Pour les élèves en classe de Terminale en 2019-2020 : <b>une copie du relevé de notes du baccalauréat</b>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Un <b>RIB</b> au nom de l'étudiant (Relevé d'Identité Bancaire)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <b>une attestation d'assurance responsabilité civile individuelle</b> , valide pour l'année de formation, couvrant votre responsabilité civile tant lors des stages que des trajets occasionnés par ceux-ci : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Accidents corporels causés aux tiers</li> <li>- Accidents matériels causés aux tiers</li> <li>- Dommages immatériels.</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <b>une attestation d'assurance responsabilité civile professionnelle et protection juridique</b> (pour stages en milieu hospitalier) - <b>Obligatoire</b> (possibilité d'une souscription gratuite auprès de la MACSF : marie-pierre.le_berre@macsf.fr)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Un <b>certificat médical d'aptitudes émanant d'un médecin agréé</b> (cf liste des médecins agréés de votre département sur le site de l'ARS) mentionnant que l'étudiant ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession (document joint, dûment complété par le médecin agréé).	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Une <b>attestation médicale d'immunisation et de vaccination</b> (document joint, dûment complété par votre médecin traitant).	<input type="checkbox"/>
<p><b>Attention, le processus vaccinal Hépatite B est long. Vous devez débiter le schéma vaccinal dès votre accord définitif d'entrée en Formation infirmière.</b></p>	

**IMPORTANT**

**L'admission définitive à l'IFSI est subordonnée à la production de l'ensemble des pièces mentionnées.**

Je soussigné ( e ) M (me) (nom et prénom)..... Certifie avoir pris connaissance des pièces constitutives du dossier d'inscription et m'engage à les fournir dans le respect des délais indiqués.

Date

Signature



# DOSSIER PEDAGO-ADMINISTRATIF FORMATION INFIRMIERE

IFPS

Rentrée 2020

## 1 - IDENTIFICATION DE L'ELEVE

NOM : ..... (de naissance pour les femmes mariées)

NOM D'EPOUSE : .....

PRENOM : ..... AUTRES PRENOMS : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... LIEU DE NAISSANCE : ..... DEPARTEMENT : .....

Age : ..... Sexe : F  M N° Sécurité Sociale :            clé Caisse d'affiliation : CPAM  Autre :  précisez : ..... Domiciliation : .....Personne reconnue handicapée :  oui  non

Organisme de rattachement : ..... (joindre justificatif)

N°INE /BEA :           

. (se trouve sur vos bulletins scolaire du lycée ou relevé de note de vos résultats du BAC) BEA (10 caractères+1clé, par ex : 1234567890G)

Journée Défense et Citoyenneté (JDC) :  oui  non

Date de validation : .....

## 2 - ADRESSE

► Personnelle (parentale) :

.....

Code postal : ..... Ville : .....

N° Téléphone fixe : ..... N° Téléphone portable : .....

Si différente :

► Pendant la formation (si non connue à ce jour, indiquez la ville) : .....

.....

Code postal : ..... Ville : .....

Adresse e-mail : ...                        

## 3 – SITUATION FAMILIALE

Célibataire  Marié(e)  Concubin(ne)  Pacsé(e)  Divorcé(e)  Séparé(e)  Veuve (veuf) 

Nombre d'enfants et âge : .....

#### 4 – PERSONNE A JOINDRE EN CAS D'URGENCE - OBLIGATOIRE

J'autorise Mme LORRE, Directrice de l'IFPS de Vannes Tohannic, à prendre contact avec la personne citée ci-dessous en cas d'urgences ou bien situations exceptionnelles (absences prolongées non expliquées etc.)

NOM : ..... PRENOM : .....

Adresse : ..... VILLE : ..... CP : .....

Téléphone domicile ou portable : ..... Téléphone travail : .....

Lien de parenté (éventuel) : .....

Autre personne : NOM ..... PRENOM .....

Téléphone domicile et portable : .....

#### 5 – FORMATION / ETUDES

Cochez case correspondant à votre situation	Titre	Série ou intitulé du diplôme	Année d'obtention
	Classe terminale		
	Titulaire d'un diplôme de niveau IV (Bac, BP,...)		
	Diplôme d'AS ou AP		
	Autres diplômes (précisez)		
	Aucun diplôme détenu (VAE)		

Avez-vous suivi une préparation au concours?

Oui  Non

Si oui, Quel organisme ? : .....

Ville : .....

Durée : .....

## 5 – FINANCEMENT

Statut

Indiquez quel est/sera votre statut à l'entrée en formation (cochez la case correspondant à votre statut) :

- Etudiant/ élève sans autre statut
- Demandeur d'emploi
- Salarié du privé en Congé Individuel de Formation (CIF)
- Agent de la fonction publique hospitalière (contractuel ou titulaire) en congé de formation professionnelle
- Autres, précisez statut et financeur.....

Merci de renseigner les informations complémentaires, si vous êtes concerné :

Si vous êtes demandeur d'emploi

N° d'identifiant : .....

Région d'inscription à Pôle Emploi : .....

Etes-vous indemnisés ?

Oui

Non

(Joindre attestation)

**ATTENTION, si vous vous inscrivez ultérieurement à Pôle Emploi, merci d'en informer l'Institut et de transmettre les informations demandées ci-dessus.**

Si vous êtes salariés du privé

Nom de l'entreprise : .....

Nom de l'organisme financeur : .....

Type de contrat

- CDD
- CDI
- Autre, précisez .....

Si vous êtes agent de la fonction publique hospitalière

Etablissement : .....

- En étude promotionnelle
- En congé de Formation Professionnelle (CFP)
- En disponibilité

## INFORMATIONS PRATIQUES

**Attention ne pas confondre le financement de la formation et la rémunération pendant la formation.**

### **Financement de la formation :**

La formation en soins infirmiers est financée par la Région Bretagne **sous conditions**.

### **Rémunération**

La prise en charge peut être prise par un organisme (Pôle Emploi, OPCO diverses, employeur)

Il est important de prévenir le secrétariat de l'IFPS pour toutes modifications de statuts pendant votre formation.

### **Bourse régionale :**

Bourse d'études possible selon conditions de ressources : demande en ligne à effectuer via le site [bretagne.bzh](http://bretagne.bzh), [www.boursesanitaireetsociale.fr](http://www.boursesanitaireetsociale.fr)

Ouverture fin juin et jusqu'à fin septembre.

Pour plus d'informations, notamment le code établissement il vous faudra joindre le secrétariat de l'IFSI par mail à [secretariat@ifsi-vannes.fr](mailto:secretariat@ifsi-vannes.fr)

### **Dispense d'enseignement :**

Il est possible de demander une dispense d'une ou plusieurs unités d'enseignement sous certaines conditions :  
*Art.7 - (modifié par l'arrêté du 13/12/18 – art.3) : les personnes admises en formations 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.*

⇒ **L'association des étudiants, ADESIF**, vous propose un achat groupé de vos livres avec une remise exceptionnelle. Vous aurez plus d'informations lors de la présentation par l'association. Si vous souhaitez d'ores et déjà avoir plus de renseignements, vous pouvez contacter ADESIF par mail : [adesif@hotmail.fr](mailto:adesif@hotmail.fr) ou sur la page facebook ADESIF IFSI Vannes.

La liste des ouvrages obligatoire et conseillée est téléchargeable sur notre site internet.

### ⇒ **EQUIPEMENT**

Vous devez vous procurer :

- 1 paire de chaussures réglementaires : fermées, lavables en machine, confortables (style basket, avec semelle /talon de 1 à 2 cm, pas plates).
- Une paire de ciseaux mousse droit – 14cm
- Une pince Kocher – 14 cm sans griffe
- Une montre à agraffer avec trotteuse facilement nettoyable
- Une blouse blanche avec manches courtes pour les activités pédagogiques en laboratoire de simulation.

Lors de **la pré-rentree**, vous pourrez :

⇒ Essayer vos tenues de stages (tuniques et pantalons), dotation du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique et Etablissement Public de Santé Mentale – Morbihan.

## Certificat médical d'aptitude

(à faire compléter **par un médecin agréé\*** par l'Agence Régionale de Santé

Selon l'article 13 de l'arrêté du 22 octobre 2005 modifié)

Je soussigné Dr .....

certifie que Mme / M. ....

étudiant (e) entrant en : - 1<sup>ère</sup> année d'Institut de Formation en soins infirmiers

né(e) le .....

→ Ne présente pas de contre-indication d'ordre physique et psychologique avec l'exercice de la profession d'infirmier.

Fait à ....., le .....

Tampon :

Signature :

\*liste disponible par département :

<https://www.bretagne.ars.sante.fr/les-medecins-agrees-1>

Ce certificat médical est à joindre à votre dossier d'inscription. Il doit être remis au plus tard le jour de la prérentrée. A défaut, l'inscription ne sera pas possible.

## Attestation médicale d'immunisation et de vaccination

**OBLIGATOIRE pour réaliser des stages en milieu hospitalier et/ou établissement d'hébergement médico-social**

Je, soussigné(e) Dr....., certifie que Mr / Mme.....

Né(e) le ....., entrant en formation infirmière promotion 2020-2023, a été vacciné(e) :

<b>➔ Contre la Diphtérie, le tétanos, la polio (DTP ou DTCCoqPolio) <span style="color: red;">Obligatoire</span></b>		
Nom du vaccin	Date du dernier vaccin	N°lot

<b>➔ Contre l'Hépatite B <span style="color: red;">Obligatoire</span></b>
---

Selon les conditions définies au verso, il/elle est considéré ( e ) comme (rayer les mentions inutiles) :

- |  |            |            |
|--|------------|------------|
| - immunisé(e) contre l'hépatite B  | <b>oui</b> | <b>non</b> |
| - non répondeur(se) à sa vaccination<br>(après l'administration des 6 doses) : | <b>oui</b> | <b>non</b> |
| - nécessite un avis spécialisé   | <b>oui</b> | <b>non</b> |

<b>➔ Par le test tuberculinique - <span style="color: red;">Obligatoire</span></b>
--

Nom du vaccin intradermique ou Monovax	Date du vaccin	N°lot

IDR à la tuberculine	Date	Résultat (en mm)

Etabli le :

Signature et cachet du médecin :

**Nota bene :** Selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour les professionnels en contact avec des personnes fragiles, il est par ailleurs recommandé d'être immunisé contre la coqueluche, la rougeole, la rubéole, la varicelle et la grippe saisonnière.

## POUR INFORMATION

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

**Article 2** : Les élèves ou étudiants mentionnés à l'Article 1<sup>er</sup> de l'Arrêté du 6 mars 2007 susvisé sont soumis aux obligations d'immunisation mentionnées à l'**Article L.3111-4 du code de la santé publique**. Au moment de leur inscription dans un établissement d'enseignement et, au plus tard, avant de commencer leurs stages dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention ou de soins, **ils apportent la preuve qu'ils satisfont aux obligations d'immunisation mentionnées à l'Article L.3111-4. A défaut, ils ne peuvent effectuer leurs stages.**

### **ANNEXE 1 Conditions d'immunisation contre l'Hépatite B**

I. Les personnes mentionnées aux 1<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup> de l'Article 1<sup>er</sup> du présent arrêté sont considérées comme **immunisées contre l'hépatite B si elles produisent une attestation médicale comportant un résultat, même ancien, indiquant la présence, dans le sérum, d'anticorps anti-HBs à une concentration > à 100 UI/l.**

II. Si les personnes susmentionnées ne présentent pas le résultat mentionné au I., il est effectué un dosage des anticorps anti-HBc et des anticorps anti-HBs en vue de la délivrance d'une attestation médicale attestant ou nom de l'immunisation contre l'hépatite B.

**II-1. Les anticorps anti-HBc ne sont pas détectables dans le sérum, si sérologie > 10 UI/l = immunisé**

II-1.1. La vaccination a été menée à son terme selon le schéma en vigueur dans le calendrier vaccinal :

**II-1.1.1. Le taux d'anticorps anti-HBs dans le sérum est  $\geq$  à 10 UI/l : la personne est considérée comme définitivement protégée contre l'hépatite B. Il n'y a pas lieu de réaliser de dosage sérologique ultérieur ni d'injection vaccinale supplémentaire.**

**II-1.1.2. Le taux d'anticorps anti-HBs dans le sérum est < à 10 UI/l, la conduite à tenir est définie dans l'annexe 2.**

II-1.2. La vaccination n'a pas été réalisée, est incomplète ou sans preuve documentaire :

**1) Si le taux d'anticorps anti-HBs est > à 100 UI/l, les personnes concernées sont considérées comme immunisées contre l'hépatite B sans qu'il y ait lieu de réaliser de dosage sérologique ultérieur ni d'injection vaccinale supplémentaire ;**

**2) Si le taux d'anticorps anti-HBs est compris entre 10 et 100 UI/l, la vaccination doit être complétée. A l'issue de cette vaccination, les personnes concernées sont considérées comme immunisées contre l'hépatite B sans qu'il y ait lieu de réaliser de dosage sérologique ultérieur ni d'injection vaccinale supplémentaire ;**

**3) Si le taux d'anticorps anti-HBs est < à 10 UI/l, la vaccination doit être réalisée ou complétée. Un dosage des anticorps anti-HBs est effectué un à deux mois suivant la dernière injection ;**

**4) Si à l'issue du dosage mentionné au 3), le taux d'anticorps anti-HBs est  $\geq$  à 10 UI/l, les personnes concernées sont considérées comme immunisées contre l'hépatite B sans qu'il y ait lieu de réaliser de dosage sérologique ultérieur ni d'injection vaccinale supplémentaire ;**

**5) Si à l'issue du dosage mentionné au 3), le taux d'anticorps anti-HBs est < à 10 UI/l, la conduite à tenir est définie à l'annexe 2.**

**II-2. Les anticorps anti-HBc sont détectés dans le sérum.** Une détection de l'antigène HBs et une détermination de la charge virale du virus de l'hépatite B sont nécessaires.

**II-2.1. Si le taux d'anticorps anti-HBs est compris entre 10 et 100 UI/l, en l'absence simultanée d'antigène HBs et de charge virale détectable, les personnes concernées sont considérées comme immunisées contre l'hépatite B. Il n'y a pas lieu de réaliser de dosage sérologique ultérieur ni d'injection vaccinale supplémentaire.**

**II-2.2. Si le taux d'anticorps anti-HBs est < à 10 UI/l, en l'absence simultanée d'antigène HBs et de charge virale détectable, un avis spécialisé est demandé pour déterminer si la personne peut être considérée comme immunisée ou non.**

**II-2.3. Si l'antigène HBs et/ou une charge virale sont détectables dans le sérum, la personne est infectée par le virus de l'hépatite B et sa vaccination n'est pas requise.**

### **ANNEXE 2 Conditions à tenir si une personne présente un taux d'anticorps anti-HBs < à 10 UI/l après avoir reçu un schéma complet de vaccination contre l'hépatite B**

1. Une dose additionnelle de vaccin contre le virus de l'hépatite B est injectée. Un dosage des anticorps anti-HBs est effectué à 1 à 2 mois suivant cette injection ;

2. Si, à l'issue du dosage mentionné au 1., le taux d'anticorps anti-HBs est > à 10 UI/l, les personnes concernées sont considérées comme immunisées contre l'hépatite B ;

3. Si, à l'issue du dosage mentionné au 1., le taux d'anticorps anti-HBs est toujours < à 10 UI/l, une dose additionnelle de vaccin contre l'hépatite B est injectée. Un dosage des anticorps anti-HBs est effectué un à 2 mois suivant cette injection. Les injections vaccinales pourront être ainsi répétées jusqu'à obtention d'un taux > à 10 UI/l, sans dépasser un total de 6 injections. Un dosage des anticorps anti-HBs est effectué 1 à 2 mois suivant la dernière injection ;

4. Dans le cas où la personne aurait déjà reçu 6 doses ou plus en vertu d'un schéma vaccinal précédemment en vigueur, le médecin du travail ou le médecin traitant détermine s'il y a lieu de prescrire l'injection d'une dose de vaccin supplémentaire. Dans l'affirmative, un dosage des anticorps anti-HBs est effectué 1 à 2 mois suivant cette injection ;

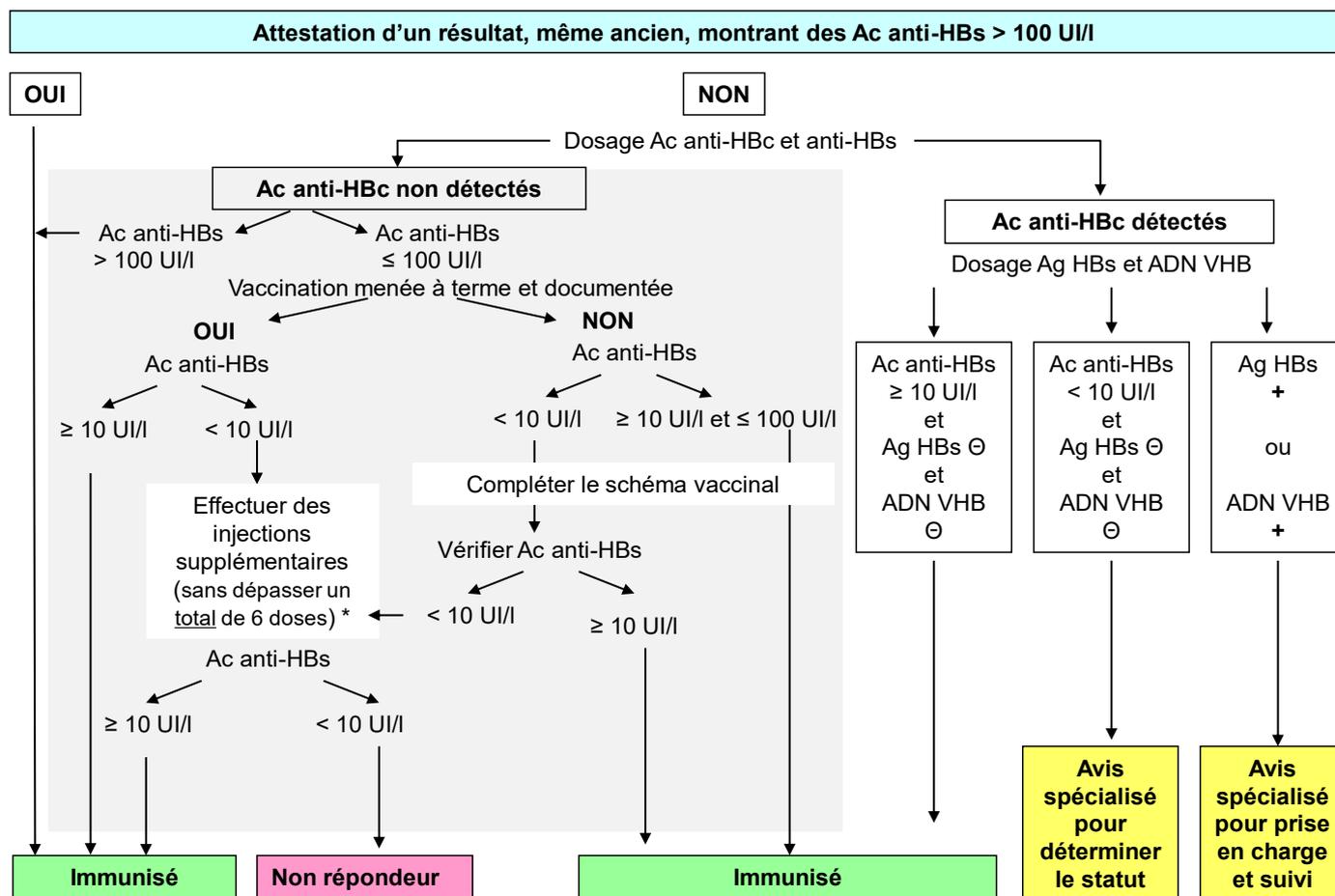
5. Si, à l'issue du dosage mentionné aux 3. et 4., le taux d'anticorps anti-HBs est > à 10 UI/l, les personnes concernées sont considérées comme immunisées contre l'hépatite B sans qu'il y ait lieu de réaliser de dosage sérologique ultérieur ni d'injection vaccinale supplémentaire. A défaut, elles sont considérées comme non répondeuses à la vaccination.

### **ANNEXE 3 Avis du Haut Conseil de la Santé Publique du 20 février 2014**

Vaccination hépatite schéma normal : 3 vaccinations M0, M1, M6.

Vaccination hépatite à titre exceptionnel vaccination accélérée J0, J7-10, J21 et un rappel à M12.

**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**



\* Sauf cas particulier voir 4° de l'annexe 2 de l'arrêté

Légende : Ac: anticorps ; Ag : antigène ; VHB : virus de l'hépatite B

**Textes de référence**

- Articles L.3111-1, L.3111-4 et L.3112-1 du code de la santé publique (CSP).
- Arrêté du 15 mars 1991 fixant la liste des établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins dans lesquels le personnel exposé doit être vacciné, modifié par l'arrêté du 29 mars 2005 (intégration des services d'incendie et de secours).
- Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiques.
- Arrêté du 6 mars 2007 relatif à la liste des élèves et étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des autres professions de santé pris en application de l'article L.3111-4 du CSP.
- Arrêté du 17 avril 2018 modifiant l'arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux (Titre III).
- Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L.3111-4 du CSP.
- Calendrier vaccinal en vigueur (cf. [www.vaccination-info-service.fr](http://www.vaccination-info-service.fr))