



**INSTITUT DE FORMATION
EN SOINS INFIRMIERS**
12 rue du Peloux
01000 BOURG EN BRESSE

Tél. 04 74 52 27 05 - Fax. 04 74 32 63 55
E-mail : ifsiadm@cpa01.fr

**DOSSIER D'INSCRIPTION FORMAT PAPIER ET AVEC PIÈCES COMPLÉMENTAIRES A FAIRE
PARVENIR IMPÉRATIVEMENT PAR VOIE POSTALE
AU SECRETARIAT DE L'IFSI AU PLUS TARD
LE VENDREDI 19 JUILLET 2019 CACHET DE LA POSTE FAISANT FOI**

CANDIDATS RELEVANT DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE CONTINUE / AS / AP

Merci de cocher la liste et de joindre les documents demandés :

Nom – Prénom :

- La fiche de renseignements administrative ci-jointe.
- 1 chèque d'un montant de 150 EUROS à l'ordre « IFSI du CPA » correspondant aux frais de correspondances, copies de dossiers etc... En cas de désistement, ce chèque ne sera pas remboursé.
- 1 chèque de caution de 50 EUROS non débité à l'ordre du « CPA » pour l'utilisation de la bibliothèque médicale (facultatif).
- 1 chèque d'un montant de 10 EUROS pour le self (facultatif).
- 1 attestation de désinscription de Parcours Sup' (générée automatiquement par la plateforme) soit une attestation sur l'honneur de non inscription, pour les candidats non-inscrits sur Parcours Sup'.
- 1 certificat médical émanant d'un médecin agréé (voir liste sur le site de l'ARS) attestant que « vous présentez les aptitudes physiques et psychologiques nécessaires à l'exercice de la profession infirmier(ère) »

☐ 1 certificat médical attestant :

- Etre à jour de la vaccination DTPolio.
- Etre immunisé contre l'hépatite B et fournir un résultat de taux d'anticorps anti-Hbs supérieur à 100 ou si les anticorps anti-Hbs sont entre 10 et 100 un résultat d'anticorps anti-Hbc négatif.
En l'absence de vaccination, celle-ci doit être débutée au plus vite obligatoirement avec un protocole accéléré : J0, J7, J21 et taux d'anticorps 1 mois après la dernière injection (**montrer cette note à votre médecin traitant**).

- Fournir un résultat de tubertest de moins de 3 mois (à défaut il pourra être réalisé dans certains cas lors de la visite médicale au service de santé au travail du CPA).
- Savoir que les vaccinations coqueluche, grippe, rubéole-oreillons-rougeole, varicelle sont recommandées.

☐ 1 photocopie de l'attestation en cours de validité de l'immatriculation à la Sécurité Sociale (site ameli.fr).

☐ 1 attestation de responsabilité civile à votre nom.

☐ 1 attestation de responsabilité professionnelle et protection juridique à votre nom.

☐ 1 photocopie de l'AFGSU niveau 2 (Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence) si vous l'avez effectué et/ou l'attestation de réhabilitation si > 4 ans.

☐ 1 Relevé d'Identité Bancaire à votre nom.

☐ 1 photocopie de la carte grise pour le véhicule utilisé pour les déplacements en stage.

☐ 1 photocopie de l'attestation d'assurance (carte verte) de votre véhicule (année en cours).

☐ 2 photos d'identité en apposant au dos votre nom et prénom.

Dès la rentrée de septembre, vous aurez à acheter des tenues professionnelles. Un chèque vous sera demandé dans la première quinzaine de septembre 2019

Information particulière :

*Pour les dossiers d'aides régionales (bourses d'études...) les modalités sont disponibles sur le site de la région Rhône Alpes : www.aidesfss.auvergnerhonealpes.fr - **Code établissement : ETAB50***

Dès réception de votre dossier d'inscription, le service de santé au travail du CPA vous convoquera pour un rendez-vous dans l'été.

La rentrée est programmée le lundi 2 septembre 2019 à 9h

Dans l'attente, passez un bel été.



**INSTITUT DE FORMATION
EN SOINS INFIRMIERS**
12 rue du Peloux
01000 BOURG EN BRESSE

Tél. 04 74 52 27 05 - Fax. 04 74 32 63 55
E-mail : ifsiadm@cpa01.fr

FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS

Document à rendre dûment complété

NOM **PRENOM**

Nom d'usage **Année Promotion :**

Date de naissance/...../..... **Lieu de naissance**

Situation de famille

Célibataire
Marié (e) **Date de mariage**.....

Pacsé (e) **Date du Pacs**

Conjoint (NOM et Prénom)
Date de naissance du conjoint

Divorcé (e)

Adresse

Code Postal **Ville**

Téléphone fixe **Téléphone portable**

Numéro personnel de sécurité sociale avec la clé (15 chiffres) attribué dès l'âge de 16 ans par la sécurité sociale.

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ / □ □



Bénéficiez-vous d'une prise en charge financière au titre de la Promotion Professionnelle par votre employeur ou par un Organisme Paritaire Collecteur Agréé OPCA (CNASEA, ANFH, Fongecif...) ?

NON OUI Précisez :

Si oui, percevez-vous une rémunération de cet organisme ? OUI NON

Si oui, votre employeur ou l'OPCA prend-il en charge le cout annuel de la formation ?
OUI NON

Etes-vous demandeur d'emploi ?

Quel est votre numéro d'identifiant ?

Etes-vous indemnisé ?

Connaissez-vous la date de fin de cette prise en charge ?

Autre situation :

Faites-vous des démarches auprès d'un organisme financeur, si oui lequel ?

Si non sollicitez-vous une bourse d'étude ?

Ces rubriques sont indispensables pour le versement de vos indemnités. Un seul document manquant ou incomplet ou sans RIB à votre nom personnel entraîne le non-paiement des indemnités de toute la promotion à laquelle vous appartenez.

En cas de modifications durant votre scolarité (familiale, adresse, RIB, prise en charge, etc...) merci de nous en informer le plus rapidement possible.

Date :

Signature :