



**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 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 :