

- La copie recto-verso **couleur** de la carte nationale d'identité ou de la carte de séjour **valide**
- Le document « Financement de la formation – Déclaration de situation »
- 1 photo d'identité (avec inscription nom et prénom au dos)
- 2 relevés d'identité bancaire (au nom de l'étudiant)
- La copie **couleur** de la carte grise du véhicule qui sera utilisé **(en cas d'utilisation d'un véhicule prêté, merci de préciser le lien de parenté et/ou d'indiquer impérativement sur la copie, le nom de l'étudiant utilisant le véhicule).**
- La copie de l'attestation de sécurité sociale et la copie de la carte vitale de l'étudiant
- Un curriculum vitae
- La copie du baccalauréat et du relevé de notes (**pour les élèves de terminale, seul le relevé de notes est nécessaire**)
- La copie de tout diplôme validé supérieur au baccalauréat,
- L'attestation de la CVEC (Contribution Vie Etudiante et de Campus) que vous trouverez sur le site www.cvec.etudiant.gouv.fr (**Obligatoire et dont les frais s'élèvent à 100,00 €**)
- L'attestation JDC (Journée Défense Citoyen)
- Le bon de remise de badge dûment rempli (même si vous ne le recevrez qu'à la rentrée)
- Le formulaire d'autorisation de l'image d'une personne
- La feuille de personne à prévenir en cas d'urgence (**Pour les mineurs, merci de remplir la feuille d'autorisation parentale** pour les soins et hospitalisation d'un mineur)
- Un courrier pour une réservation d'une chambre au foyer (**pour celles et ceux qui sont intéressés**).

Obligatoire pour le jour de la rentrée :

- Attestation responsabilité civile privée (datée à partir de février 2026).** Selon l'instruction du 05 juillet 2010, les frais d'assurance de responsabilité civile sont à la charge des étudiants. Il appartient à ceux-ci de souscrire un avenant limité dans le temps auprès de la compagnie d'assurance qui gère leur contrat « multirisque habitation – responsabilité civile » ou celui de leurs parents. Le choix du montant des garanties assurées relève dorénavant de la seule responsabilité des étudiants. Les étudiants doivent être garantis pour l'ensemble des risques suivants couvrant la responsabilité civile, tant lors du stage que des trajets, occasionnés par celui-ci : Accidents corporels causés aux tiers - Accidents matériels causés aux tiers - Dommage immatériels.

Attestation d'assurance professionnelle (datée à partir de février 2026) où il est indiqué que vous êtes assuré(e) pour les formations paramédicales ou études infirmières (pour les stages et trajets).

Attestation d'assurance habitation faisant apparaître le numéro de la chambre qui vous aura été attribuée (Pour ceux qui auront une chambre au foyer des étudiants)

Le certificat médical d'aptitudes (ci-joint) à compléter par un médecin agréé attestant que vous ne présentez pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession (liste des médecins agréés consultable sur le site de l'ARS : www.normandie.ars.sante.fr)

Attention : la non production du certificat médical d'aptitude au plus tard le 2 février 2026 (jour de la rentrée) remettra en cause l'admission de l'étudiant en formation.

Le certificat médical de vaccinations (ci-joint).

Attention : Il y a lieu de commencer les vaccinations et notamment l'hépatite B, dès réception du dossier car aucun(e) étudiant ne sera admis(e) en stage si les vaccinations ne sont pas à jour.

Date :

Signature de l'étudiant (e) :

ATTENTION :

Tout désistement après inscription entraîne, pour le candidat, la perte des droits d'inscription.

FICHE D'INSCRIPTION DEFINITIVE -
RENTREE 2026

Nom - Prénom : _____ Nom marital : _____
 Date et lieu de naissance : _____ Nationalité : _____
 Adresse : _____ Code Postal, Ville : _____
 Téléphone : _____ Portable : _____
 Adresse mail : _____
 Profession du père : _____ Profession de la mère : _____
 Profession du conjoint : _____ Nombre d'enfants : _____

Baccalauréat : _____ série : _____ année : _____

CODE INE (n° à 10 chiffres et une lettre, se trouvant sur relevé de notes) - (obligatoire) :

 (ou DAEU)

Diplômes professionnels (DPAS, DPAS) : _____ année : _____
 Validation des acquis par la DRASS OUI NON

Etudes suivies depuis le baccalauréat : _____ Diplômes obtenus : _____
 Stages ou expérience professionnelle en milieu sanitaire et social : joindre 1 curriculum vitae

- Bourses (joindre la notification de décision) ou Inscription sur le site du CROUS - OUI NON

- En cas de prise en charge financière par votre employeur, merci de joindre la copie de la décision de la prise en charge

N° de sécurité sociale complet (personnel) : _____
Caisse : _____

Permis de conduire : OUI NON Disposez-vous d'un véhicule : OUI NON

Je soussigné(e) déclare m'inscrire à l'INSTITUT DE
 FORMATION EN SOINS INFIRMIERS DE L'AIGLE pour la rentrée de **FEVRIER 2026**

A.....le.....

SIGNATURE

Cochez la case correspondante. * Rayez la mention inutile

FINANCEMENT DE LA FORMATION
DECLARATION DE SITUATION 25/26
+ LISTE DES PIECES A FOURNIR



à retourner à l'institut

NOM :PRENOM :

ADRESSE :
.....

NOM DE L'INSTITUT DE FORMATION :

POURSUITE DE SCOLARITE

Etablissement fréquenté et diplôme préparé

Année scolaire 2024/2025 :

Année scolaire 2023/2024 :

Année scolaire 2022/2023 :

Année scolaire 2021/2022 :

et

Année d'obtention du baccalauréat :

Justificatifs à fournir :

- Lycéens : certificat de scolarité de l'année scolaire en cours ;
- Personnes titulaires d'un baccalauréat obtenu à compter de juin 2021 : copie du diplôme du baccalauréat ;
- Personnes n'ayant pas interrompu leur scolarité pendant plus d'une année : tous les certificats de scolarité depuis le lycée.

DEMANDEUR D'EMPLOI SANS EMPLOI

N° identifiant Pôle-emploi :

Dernier emploi occupé :

Date de début de contrat :

Date de fin de contrat :

Suivez-vous ou avez-vous suivi une formation au cours des 12 derniers mois ?

oui (préciser quelle formation et son mode de financement) :

non

Justificatifs à fournir : justificatif attestant une inscription à Pôle-emploi en cours de validité (disponible sur le site de pole-emploi.fr à partir de votre espace personnel)

SALARIE EN EMPLOI PRECAIRE

Je suis actuellement en :

- Contrat à Durée Déterminée (CDD droit public ou droit privé) ;
- Contrat de travail aidé (CUI-PEC, contrat d'avenir, etc ...) ;
- Contrat à Durée Indéterminée (CDI) d'une durée inférieure ou égale à 24h hebdomadaires ou 104h mensuelles ;
- Contrat de Sécurisation Professionnelle (CSP).

Justificatifs à fournir : contrat de travail en cours ou CSP

Je suis :

- inscrit dans le cadre du « Dispositif Démissionnaire » de Transition Pro ;
- en service civique ;
- dans une autre situation (précisez, exemple congé parental ou de maternité) :

Suivez-vous ou avez-vous suivi une formation au cours des 12 derniers mois ?

- oui (préciser quelle formation et son mode de financement) :
- non

Justificatifs à fournir : tout document attestant de la situation déclarée.

- Les personnes en position de congé maternité ou de congé parental doivent également fournir un justificatif permettant d'apprécier leur statut la veille du début dudit congé ;
- Les salariés concernés par le « dispositif démissionnaire » doivent fournir un justificatif de dépôt de dossier sur la plateforme de Transition Pro.

AUTRE SITUATION (NON ELIGIBLE AU FINANCEMENT REGIONAL)

Je suis :

- salarié (hors contrats d'insertion, hors CDI inférieur ou égal à 24h/semaine et hors CDD) ;
- agent stagiaire ou titulaire de la fonction publique ;
- retraité ou j'ai dépassé l'âge légal du départ à la retraite

Type d'employeur :

- Fonction Publique Hospitalière
- Fonction Publique de l'Etat
- Fonction Publique Territoriale
- Employeur privé/associatif

Financement de la formation par (précisez, y compris si en attente de réponse) :

Justificatifs à fournir : attestation de prise en charge (employeur, ou organisme financeur) ou dans l'attente d'une réponse une attestation de dépôt d'un dossier de demande de prise en charge.

LES PIECES JUSTIFICATIVES DOIVENT IMPERATIVEMENT ETRE JOINTES A CE DOCUMENT ET RETOURNEES A L'INSTITUT DANS LES MEILLEURS DELAIS. TOUTE DECLARATION DE SITUATION INCOMPLETE ENTRAINERA LA NON PRISE EN CHARGE DE VOTRE FORMATION PAR LA REGION.

Je soussigné(e), M./ Mme déclare avoir pris connaissance des règles de financement des parcours de formations sanitaires et sociales* et atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document.

Date et signature du candidat :

Date et signature des parents ou tuteurs
pour les candidats mineurs :

*Retrouvez le règlement sur le site parcours-metier.normandie.fr/formation/aides/financement-du-parcours-de-formation_FSS

FINANCEMENT DE LA FORMATION

Notice à conserver



Avant d'entrer en institut de formation sanitaire ou sociale en Normandie, vous devez impérativement vous assurer du mode de financement de votre formation et de vos ressources⁽¹⁾ pendant la durée de votre formation.

VOUS ETES	QUI FINANCE VOTRE FORMATION ? (2)
En poursuite de scolarité : - Titulaire du baccalauréat depuis moins de 4 ans ou - En études (scolarité sans interruption pendant plus d'une année)	Région
Demandeur d'emploi sans emploi	Région ou OPCO ⁽³⁾ (si éligible)
Salarié en CDD (droit privé ou public) ou Salarié en CDI inférieur ou égal à 24h / semaine	
Salarié en CDI supérieur à 24h / semaine	Employeur ou OPCO
Contrats aidés, Contrat de Sécurisation Professionnelle, service civique	Région
Agent de la fonction publique (Titulaire, stagiaire, contractuel en CDI, en disponibilité, inscrit ou non à Pôle-Emploi)	Employeur ou OPCO
En formation financée par la Région	Vous-même ⁽⁴⁾
Dans une autre situation	Vous-même

(1) Ressources : bourse régionale sur critères sociaux, allocation chômage, maintien de rémunération, ...

(2) Conformément aux règles de financement régionales et sous réserve de modifications

(3) OPCO : Opérateurs de Compétences (Santé, Cohésion Sociale, ANFH, Dispositif de transition professionnelle ...)

(4) Cf paragraphe 2.5 « délai de carence » des règles de financement régionales

Votre statut est considéré la veille de l'entrée en formation.

Pour les formations pluriannuelles, ce statut est révisable tout au long du cursus de formation (justificatifs à transmettre en début d'année).

En cas de non-production des pièces demandées dans les délais impartis, le coût de la formation vous sera facturé.





SERVICE RESSOURCES HUMAINES
YR / BRH

L'Aigle, le

BON DE REMISE DE BADGE

Je soussigné(e),..... Service

Atteste avoir reçu un **BADGE NOMINATIF** du Centre Hospitalier de l'Aigle

Je prends connaissance des informations suivantes:

- Ce badge est un identifiant auprès des différents acteurs du Centre Hospitalier de l'Aigle et doit être systématiquement porté sur les vêtements de travail.
- Ce badge est le moyen de paiement pour le restaurant du personnel de l'Hôpital. L'alimentation du badge se fait à la caisse du bureau accueil clientèle. Le paiement peut se faire par chèque, carte bancaire ou espèces.
Il n'est pas accepté de compte débiteur, aussi un ticket à chaque passage au restaurant vous donne le solde de votre compte.
En cas de départ, si votre compte est créditeur, vous serez directement remboursé sur votre fiche de paie.
- Il sera demandé un dédommagement de 10 € en cas de perte (un nouveau badge vous sera alors délivré) ou de non restitution lors d'un départ définitif de l'hôpital.

Le Bureau des Ressources Humaines,

Fait en double exemplaire, dont l'un est remis à l'agent.
Signature de l'Agent précédée de la mention
« Lu et approuvé »

FORMULAIRE D'AUTORISATION
DE L'IMAGE D'UNE PERSONNE

FOR

Je soussigné(e) :

Demeurant :

Autorise Le Centre Hospitalier de L'Aigle à utiliser et diffuser à titre gratuit et non exclusif des photographies me représentant, ainsi qu'à exploiter ces clichés, en partie ou en totalité, à des fins de communication interne ou externe.

Les photographies susmentionnées sont susceptibles d'être reproduites sur les supports suivants :

- Site intranet
- Site internet du Centre Hospitalier
- Support papier de présentation des services à destination des professionnels de santé du territoire
- Autre : à préciser.....

Fait à L'Aigle, le en deux exemplaires.

Signature

AUTORISATION PARENTALE POUR SOINS ET HOSPITALISATION D'UN MINEUR

Je soussigné(e) :

Nom et prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Lien avec le mineur : _____

Autorise par la présente les professionnels de santé à pratiquer tous les soins médicaux, chirurgicaux ou hospitaliers nécessaires sur :

Nom et prénom du mineur : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Adresse : _____

En cas d'urgence, si je ne peux être joint dans un délai raisonnable, j'autorise également :

Nom et prénom du représentant temporaire : _____

Lien avec le mineur : _____

Téléphone : _____

Adresse : _____

... à prendre les décisions médicales urgentes nécessaires pour le bien-être de mon enfant.

Cette autorisation est valable du : ____ / ____ / ____ au ____ / ____ / ____

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à : _____

Le : ____ / ____ / ____

Signature du parent ou représentant légal :
(Signature précédée de la mention "Lu et approuvé")

<p style="text-align: center;">PROMOTION INFIRMIER (ERE) 2026 - 2029</p>
--

Votre identité :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom et Prénom :

Lien de parenté:

Tél domicile :

Tél portable :

Tél professionnel :

Adresse :



CERTIFICAT MEDICAL

Selon l'arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux (article 54), l'admission définitive dans un institut de formation en soins infirmiers est subordonnée à la production au plus tard le 1^{er} jour de la rentrée **d'un certificat médical établi par un médecin agréé** attestant que l'étudiant (e) ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession.

Je soussigné (e) Docteur : Médecin agréé certifie que :
Monsieur ou Madame : ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession d'infirmière.

Date,

Signature,

Cachet



RECAPITULATIF DES VACCINATIONS - RENTREE 2026

A préparer par le candidat et à présenter au Médecin avec la notice

NOM, PRENOM :

Formation envisagée :

1 – DIPHTERIE, TETANOS, POLIOMYELITIS :

Dernier rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N° lot

2 – BCG :

Vaccination intradermique ou Monovax ®	Date (dernier vaccin)	N° lot
IDR à la tuberculine	Date	Résultat (en mm)

3 – L’HEPATITE B :

Selon les conditions définies au verso, il/elle est considéré(e) comme (*raier les mentions inutiles*)
(*Cf algorithme au verso*) :

- ✓ Immunisé(e) contre l’Hépatite B : OUI NON
- ✓ Non répondeur (se) à la vaccination : OUI NON
- ✓ Dosage des AC anti HBS :
- ✓ Dosage des AC anti HBC si anti HBS<100 :

Joindre les photocopies des pages du carnet de santé attestant l’ensemble des vaccinations, après avoir vérifié la présence de vos nom et prénom sur chaque page. Aucune autre partie du carnet de santé n’est à transmettre.

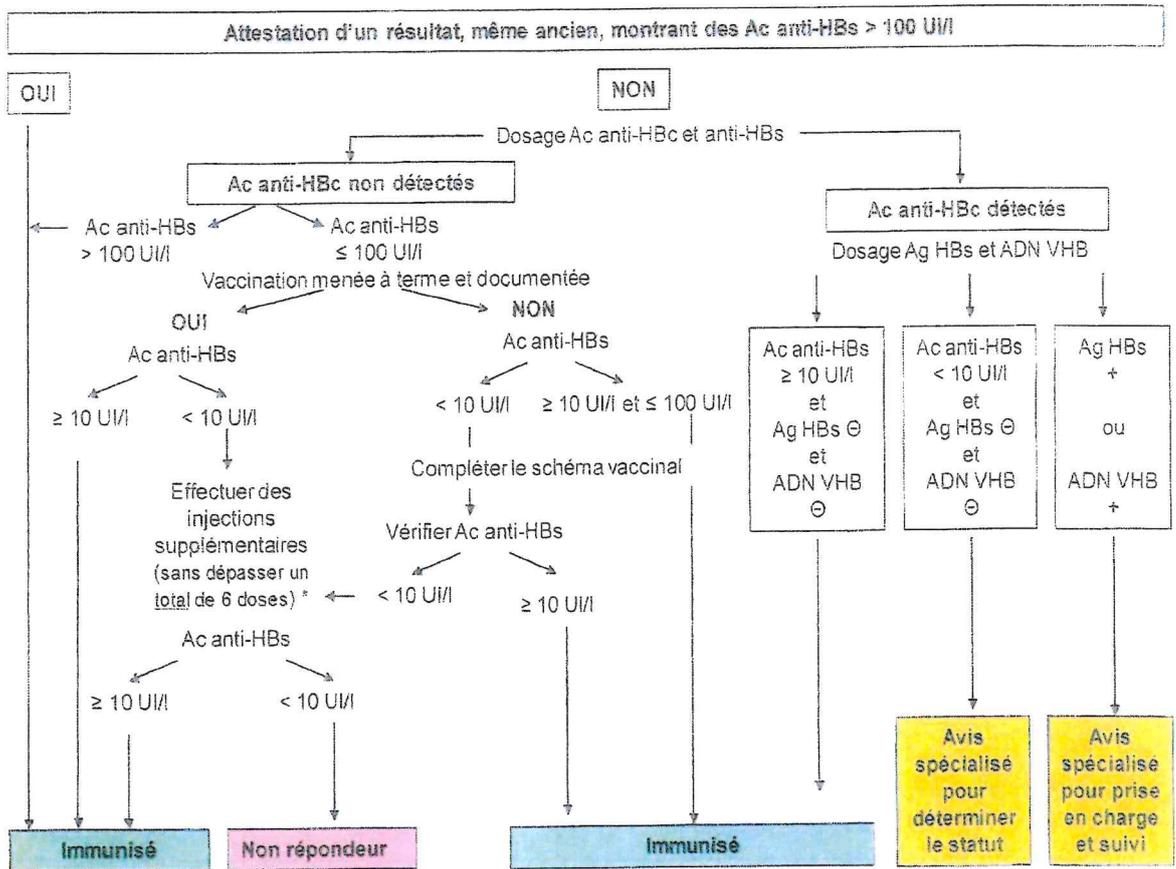
Nota bene : selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour ces futurs professionnels de santé, il est par ailleurs recommandé d’être immunisé contre la coqueluche, la rougeole, la rubéole, la varicelle et la grippe saisonnière.

Signature de l’étudiant (e)

Date :

Signature du médecin et cachet,

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 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. Site du ministère chargé de la santé : <http://www.sante.gouv.fr/vaccinations-vaccins-politique-vaccinale.html>)

RENTREE LUNDI 2 FEVRIER 2026 - 10 H 00
FORMATION INFIRMIER(E) ¥ FOURNITURES

FORMALITES PRÉVUES à l'IFSI

- ◆ **Tenues de stage fournies par le Centre Hospitalier de l'Aigle**

FOURNITURES SCOLAIRES

- ◆ 1 pochette 3 rabats à élastiques rouge
- ◆ 1 classeur souple grand format (VERT).
- ◆ Classeurs ou chemises à votre convenance pour les cours.
- ◆ Crayons feutres pour tableau de papier – 3 couleurs variées.
- ◆ Fournitures diverses : colle, ruban adhésif...
- ◆ Une blouse blanche à manches courtes marquée au nom de l'étudiant (modèle indifférent) : indispensable dès la rentrée, pour la salle de travaux pratiques.
- ◆ Une calculatrice

POUR LE PREMIER STAGE

- ◆ Chaussures pour les stages et accessoires ci-dessus peuvent être commandés le **lundi 2 février 2026** par le biais des prestataires ou commande sur catalogue spécialisé de matériel médical ou chaussures.
Aucun fournisseur ni modèle n'est imposé.
- ◆ Des ciseaux à bout rond.
- ◆ Un cadenas à code pour le vestiaire central.
- ◆ Stylos à bille – prévoir 4 couleurs (noir, bleu, rouge, vert).
- ◆ 1 montre indiquant les secondes (trotteuse recommandée).

