

# DOSSIER ADMINISTRATIF D'ENTRÉE EN FORMATION RENTRÉE 2026-2027



Ce dossier est à nous retourner dans les plus brefs délais ou au plus tard  
le **lundi 17 août 2026** inclus (cachet de la poste faisant foi)

**Institut de Formation en Soins Infirmiers**  
**Promenade de la Digue**  
**BP 20713**  
**55107 VERDUN CEDEX**

**Ouverture du secrétariat – Téléphone 03.29.83.64.14**  
**Lundi au jeudi : 8h30-12h/13h-16h30**  
**Vendredi : 08h30-12h/13h-16h**

Madame, Monsieur,

Suite à votre demande d'intégrer **L'INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS de VERDUN (IFSI) pour votre formation**, et conformément à la législation en vigueur, **vos inscriptions ne seront définitives** qu'après avoir :

- procédé à votre inscription universitaire,
- fourni par voie postale ou déposé à l'IFSI, votre dossier d'entrée en formation – rentrée septembre 2026.

### **LES PIÈCES ADMINISTRATIVES :**

- **L'attestation de l'inscription universitaire 2026/2027 ou copie du mail de confirmation d'inscription**
- **L'attestation d'admission en 1<sup>ère</sup> année en IFSI (téléchargeable sur la plateforme Parcoursup) pour les candidats admis par la voie Parcoursup**
- **L'attestation d'acquiescement de la Contribution Vie Étudiante et de Campus (CVEC) d'un montant de 105 € (cf. page 5)**  
**Si vous êtes en formation professionnelle avec une prise en charge accordée ou demandeur d'emploi indemnisé, vous devez effectuer cette demande sur le site sans avoir à payer.**
- **La copie de votre carte d'identité ou titre de séjour valide : toute pièce d'identité non conforme invalidera votre inscription**
- **1 photo d'identité conforme numérisée en format JPEG, renommez le fichier avec vos nom et prénom et l'envoyer sur [ifsi@ch-verdun.fr](mailto:ifsi@ch-verdun.fr)**
- **La copie de la carte vitale OU de l'attestation de droit de sécurité sociale**
- **2 Relevés d'Identité Bancaire au nom de l'étudiant (compte bancaire personnel)**
- **La fiche d'inscription à renseigner recto-verso (cf. pages 7 - 8 et 9)**
- **2 timbres tarifs lents (timbres verts)**
- **Le « dossier apprenant secteur sanitaire et social » ci-joint (page 15) à renseigner et à rendre accompagné des pièces demandées :**
  - **un Curriculum Vitae détaillant votre parcours scolaire et/ou exercices professionnels**
  - **la copie du diplôme du baccalauréat (ou relevé de notes) ou équivalent**
  - **le dernier certificat de scolarité 2025/2026 ou 2024/2025 (Terminale ou universitaire)**
  - **les dernières attestations de travail ou attestations employeurs destinées à France Travail (Document UNEDIC) pour les salariés ou demandeurs d'emploi**
- **L'attestation d'assurance de responsabilité civile 2026/2027**
- **Pour les demandeurs d'emploi, fournir une attestation de votre CPF (Compte Professionnel de Formation) à télécharger sur le site officiel : [moncompteformation.gouv.fr](http://moncompteformation.gouv.fr). Il permet de visualiser vos droits acquis en vue de votre prise en charge financière partielle de votre formation**
- **Pour les titulaires d'un diplôme universitaire et/ou diplôme professionnel et/ou Attestation de Formation aux Gestes d'Urgences (AFGSU) pouvant donner lieu à une dispense d'ECTS ou de semestre dans la formation infirmière, le candidat peut faire la demande d'aménagement de formation**

après de l'institut au plus tard **le 28 août 2026**. Conformément à l'arrêté du 20 février 2026 relatif au diplôme d'Etat Infirmier qui précise :

### **Article 18**

Lorsqu'ils sont admis en formation, les étudiants peuvent être dispensés d'unités d'enseignement ou de semestres par le président de l'université après avis de la commission d'admission mentionnée à l'article 6. Ces dispenses sont accordées au regard de leur formation antérieure validée, des certifications, titres et diplômes obtenus et de leur parcours professionnel.

### **Article 19**

I. Les étudiants inscrits dans l'une des formations conduisant à l'exercice de l'une des professions d'auxiliaire médical mentionnées au livre III de la quatrième partie du code de la santé publique enregistrées au moins au niveau 6 de qualification du cadre national des certifications professionnelles, peuvent, après avis de la commission d'admission mentionnée à l'article 6, accéder à la première ou la deuxième année de formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier.

II. - Les étudiants inscrits en première année de l'un des parcours de formation mentionnés au 1° ou 2° du I de l'article R. 631-1 du code de l'éducation, peuvent, après avis de la commission d'admission mentionnée à l'article 6, accéder au deuxième semestre de la première année de formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier.

III. - Les étudiants ayant validé la première année de l'un des parcours de formation mentionnés au 1° ou 2° du I de l'article R. 631-1 du code de l'éducation mais qui ne poursuivent pas en deuxième année d'une formation de médecine, maïeutique, pharmacie ou odontologie peuvent accéder à la deuxième année de formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier avec un parcours spécifique fixé par le directeur de l'institut de formation, après avis de la commission d'admission mentionnée à l'article 6, et validé par président de l'université.

IV. - Les étudiants ayant validé la deuxième ou troisième année du premier cycle des filières de médecine, maïeutique, odontologie ou pharmacie, peuvent, après avis de la commission d'admission mentionnée à l'article 6, accéder à la deuxième année de formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier.

V. - Les dispenses d'une ou plusieurs unités d'enseignements et d'examens et de stage de première année pour les candidats mentionnés aux I à IV entrant en deuxième année sont prises par le directeur de l'institut, après avis de la commission d'admission mentionnée à l'article 6, au regard de leur formation antérieure validée, des certifications, titres et diplômes obtenus.

### **Article 60**

III. - Jusqu'à l'installation de l'instance compétente mentionnée aux articles 17, 23, 36, 37, 39, 48, 49, 55, 57, 60 et 61 et au plus tard le 1<sup>er</sup> septembre 2028, la section compétente pour le traitement pédagogique des situations individuelles des étudiants dont les membres et le fonctionnement sont précisés aux articles 12 à 20 de l'arrêté du 21 avril 2007 susvisé, exerce les compétences dévolues à cette instance, mentionnées aux mêmes articles.

Les candidats doivent déposer un dossier de demande de dispense comprenant les documents suivants :

- Un curriculum vitae
- La copie des diplômes, certificats ou autres titres obtenus
- Le cas échéant, le ou les certificats du ou des employeurs attestant de l'exercice professionnel

**- Pour les personnes en situation de handicap : pour toute demande de prise en compte d'aménagement durant la formation, vous devez disposer des documents MDPH (ou autre organisme) mentionnant les besoins à mettre en place.**

**Pour toute demande d'information, veuillez vous adresser au référent Handicap de l'institut (Mme Delphine MEZIANE : 03 29 83 64 14).**

**La non-conformité du dossier administratif au 1<sup>er</sup> jour de la rentrée à l'IFSI annulera votre inscription.**

**- Les stages :**

**Si vous faites le choix d'intégrer l'IFSI, vous devez prendre toutes les mesures nécessaires pour vous rendre sur les terrains de stage obligatoires en milieu hospitalier et extra-hospitalier situés sur VERDUN et dans un rayon de 90 km : une autonomie de déplacement est nécessaire (véhicule personnel ou transport en commun).**

**Pour cela, vous devez joindre impérativement :**

- la copie du permis de conduire



**- La partie médicale :**

**L'admission définitive** dans un institut de formation préparant à l'un des diplômes visés à l'article 1<sup>er</sup> du présent arrêté **est subordonnée** :

**A la production, au plus tard le premier jour de la rentrée, d'un certificat médical de vaccinations** (document ARS) conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France : **Document joint à faire compléter (pages 13 et 14).**

Selon l'arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L 3111-4 du code de la santé publique :

- l'étudiant doit apporter la preuve de la vaccination par **une attestation médicale de vaccinations** contre :

- la diphtérie
  - le tétanos
  - la poliomyélite
- la preuve biologique de l'immunisation contre :
- l'hépatite B

**VOUS DEVEZ ETRE EN POSSESSION DE VOTRE CARNET DE VACCINATION LE JOUR DE LA RENTREE**

**LA RENTRÉE SCOLAIRE EST FIXÉE AU**  
**MARDI 1<sup>er</sup> SEPTEMBRE 2026**  
**Les cours débuteront pour tous à 10h00**

## ➤ RESIDENCE

**DANS UN NOMBRE LIMITE DE PLACES**, une résidence vous donne la possibilité d'obtenir un hébergement dans une chambre individuelle avec un point d'eau, au prix de **150 € par mois** (sous réserve de modification à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2026). Avec possibilité pour les étudiants de demander une aide au logement étudiant auprès de la CAF (Caisse d'Allocation Familiale).

Pour les étudiants qui souhaitent bénéficier d'une chambre à la résidence de l'IFSI, **nous vous demandons de bien vouloir faire votre demande par courrier à joindre aux pièces demandées avec le retour de votre inscription**, les attributions seront définitives à la mi-août 2026. Vous recevrez un courrier de confirmation, dans lequel figurera l'horaire de réception des clés. Les étudiants logés en résidence devront se présenter lundi 31 août 2026 :

- Accueil des résidents de 8h30 heures à 15 heures.

## ➤ RESTAURATION

- Possibilité de prendre le repas de midi au restaurant du personnel du Centre Hospitalier Verdun Saint-Mihiel. Un tarif fixe est déterminé par plateau (repas complet) pour les étudiants à hauteur de 1,00 €.

- Les frais (*Chambre et/ou Repas*) sont facturés par Monsieur le Receveur du Centre Hospitalier de VERDUN SAINT-MIHIEL à qui ils devront être réglés.

## ➤ TENUE DE STAGE

A la rentrée vous devez être en possession d'une seule tenue professionnelle (1 tunique ou 1 T-Shirt blanc uni).

Cette tenue doit être blanche, à manches courtes et devra être entretenue par vos soins. Elle vous servira uniquement pour les travaux pratiques au sein de l'institut.

Les établissements de santé fournissent les tenues aux apprenants pour les stages.

Par ailleurs, pour les stages vous devez être également en possession de chaussures blanches, confortables, fermées et qui ne doivent pas faire de bruit.

## ➤ DROIT D'INSCRIPTION

Ce droit correspondant aux frais d'inscription universitaire est fixé à **178 €** pour l'année scolaire 2026/2027. **Cette inscription est à réaliser auprès de l'université de Lorraine avant votre inscription au sein de l'institut de Verdun**. A l'issue une attestation vous sera remise et devra nous être transmise en tant que pièce constitutive de ce présent dossier d'inscription.

Sans cette inscription, vous ne pourrez pas être considéré comme étudiant intégrant l'institut à la rentrée.

## ➤ CONTRIBUTION VIE ETUDIANTE ET DE CAMPUS (CVEC)

La réglementation prévoit qu'à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2018, tous les étudiants inscrits en formation initiale dans un établissement d'enseignement supérieur doivent **OBLIGATOIREMENT** au préalable de l'inscription s'acquitter de la CVEC auprès du CROUS.

Elle doit être acquittée chaque année universitaire. Son montant est fixé par la loi à **105 €** pour l'année 2026/2027.

Cette contribution, prévue par la loi ORE (Orientation et Réussite des Etudiants), est destinée à « favoriser l'accueil et l'accompagnement social, sanitaire, culturel et sportif des étudiants et à conforter les actions de prévention et d'éducation à la santé réalisées à leur intention ».

Simple et rapides, toutes les démarches se font sur la tuile CVEC, intégrée à [MesServices.Etudiant.gouv.fr](https://MesServices.Etudiant.gouv.fr), qui est directement accessible depuis [CVEC.Etudiant.gouv.fr](https://CVEC.Etudiant.gouv.fr) :

- **Pour les étudiants redevables** : - le paiement par carte bancaire en ligne est immédiat, ainsi que la délivrance de l'attestation d'acquiescement,

- à défaut, une procédure de paiement en espèces en bureau de poste est possible, modulo un délai de 2 jours ouvrés entre le paiement et la délivrance de l'attestation d'acquiescement et des frais de gestion à la charge de l'étudiant.

- **Pour les étudiants exonérés** : \* l'étudiant boursier pourra être remboursé une fois inscrit et détenteur de sa notification de bourse, il demande auprès du CROUS le remboursement, uniquement via l'application CVEC, à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2026 et avant le 31 mai 2027.

\* l'étudiant en formation professionnelle et en apprentissage avec une prise charge accordée ou l'étudiant demandeur d'emploi indemnisé et non indemnisé, doit effectuer cette demande sur le site sans avoir à payer. Il doit télécharger la pièce justificative de l'exonération et fournir l'attestation d'acquiescement de cette exonération.

### ➤ **DOSSIER DE BOURSES AUPRES DU CONSEIL REGIONAL GRAND EST**

Les dossiers de demande de bourse se feront sur le site du Conseil Régional Grand Est, dont le site sera ouvert à **partir du 1<sup>er</sup> juillet 2026**.

La transmission des demandes et pièces justificatives s'effectue uniquement en mode dématérialisé.

Adresse mail : <https://messervices.grandest.fr/>

Code établissement : **dMp-NFc**

### ➤ **AIDES FINANCIERES**

Lien utile : <https://www.grandest.fr/aides/>

### ➤ **MUTUELLE**

Afin de compléter leur couverture sociale, les étudiants peuvent adhérer à différentes mutuelles complémentaires de **leur choix personnel** : MNH, MGEL, etc...

### ➤ **SECURITE SOCIALE**

Si vous vous inscrivez pour la 1<sup>ère</sup> fois dans un établissement d'enseignement supérieur, vous ne changez pas de régime obligatoire d'assurance maladie pour le remboursement de vos frais de santé.

Vous restez affilié(e) en tant qu'assuré autonome à votre régime actuel de protection sociale, généralement celui de vos parents et ce quel que soit le régime. **Vous n'avez aucune démarche à effectuer pour cette affiliation.**

### ➤ **ASSURANCE**

Le CENTRE HOSPITALIER VERDUN SAINT-MIHIEL dont dépend l'INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS a souscrit un contrat collectif auprès de la **BEAH** pour l'ensemble des étudiants dont les garanties couvrent les risques professionnels et responsabilité civile dont le contenu peut être communiqué aux étudiants à leur demande.

Toutefois, il est demandé aux étudiants inscrits à l'INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS de souscrire une assurance qui couvre :

- **La responsabilité civile** (*Domages causés au cours des activités*)

(*Simple extension d'une garantie généralement incluse dans les contrats d'assurance habitation*).

- **La responsabilité civile couvrant les risques liés au domaine du locatif** pour les étudiants qui bénéficient de l'hébergement à l'Institut même.

### ➤ **SITUATION PARTICULIERE**

Les locaux de l'IFSI sont partiellement accessibles aux personnes à mobilité réduite. Pour tout besoin spécifique nécessitant une adaptation de la formation, nous vous invitons à contacter le secrétariat au 03.29.83.64.14. Celui-ci pourra vous mettre en relation avec Mme MEZIANE, référent handicap de l'Institut.

**Je soussigné(e) confirme mon inscription à l'INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS DU CENTRE HOSPITALIER VERDUN SAINT-MIHIEL à compter du 01 septembre 2026 et certifie l'exactitude des renseignements ci-dessous.**

**Vous intégrez l'IFSI par le biais de l'apprentissage, merci de cocher cette case**   
**Préciser votre employeur :** .....

**NOM :** ..... **NOM de jeune fille :** .....

**Prénom :** ..... **Date de Naissance :** .....

**Lieu de Naissance :** ..... **Nationalité :** .....

**Adresse personnelle de l'étudiant :** .....

**Téléphone fixe ☎ :** ..... **Téléphone portable ☎ :** .....

**Mail** .....@ .....

**(Format de l'adresse mail à créer : nom prénom @ gmail.com)**

**N° de sécurité sociale :**  
 .....

**Adresse :** (des parents s'il y a lieu) :  
 .....  
 .....

**Téléphone fixe ☎ :** ..... **Téléphone portable ☎ :** .....

**N° INE ou BEA (sur le relevé de notes du baccalauréat) :** .....

	<b>NOM</b>	<b>Prénom</b>	<b>Année de Naissance</b>	<b>Profession</b>
<b>PERE</b>				
<b>MERE</b>				
<b>FRERES/SOEURS</b>				
<b>CONJOINT</b>				
<b>ENFANTS</b>				

Diplôme le plus élevé : ..... Date d'obtention du dernier diplôme : .....

ETUDES	NOM & ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT	Date Entrée	Date Sortie	DIPLOMES OBTENUS
SECONDAIRES				
SUPERIEURES				
AUTRE				

➤ Inscription à l'université de Lorraine : OUI  NON  - N° d'inscription : .....

➤ Situation avant l'entrée à l'IFSI :  
- Lycéen  - Etudiant   
- Salarié  - Statut particulier   
- Parent au foyer   
- Demandeur d'emploi indemnisé  - Non indemnisé

➤ Dernier employeur et dernier emploi occupé ou employeur actuel et emploi occupé :

NOM : .....

ADRESSE : .....

TYPE DE CONTRAT :  
- CDI  - CDD   
- Fonctionnaire  - Intérim   
- Contrat en alternance  - Contrat aidé   
- Apprentissage  - Autres

ACTIVITÉ EXERCÉE : .....

DATE DE FIN DE CONTRAT : .....

MOTIF DE FIN DE CONTRAT :  
- Démission  - Démission contrat 18h/jour   
- Licenciement  - Fin de contrat   
- Démission pour suivre le conjoint   
- Rupture conventionnelle / amiable   
- Convention de reclassement personnel

Date d'inscription en tant que demandeur d'emploi : .....

N° d'inscription France Travail : .....

Antenne (localisation) France Travail, mission locale ou PAIO : .....

NOM DE L'ETUDIANT .....

N° D'IMMATRICULATION DE LA VOITURE .....

PERMIS DE CONDUIRE OUI  NON

VEHICULE OUI  NON

CARTE GRISE OUI  NON

ASSURANCE OUI  NON

**Cadre réservé à l'administration :**

OUI  NON

OUI  NON

OUI  NON

OUI  NON

**Membre de la famille exerçant en milieu hospitalier**

OUI  NON

Si OUI : **NOM – Prénom :** .....

**Domaine d'exercice :** .....

**Lieu(x) d'exercice :** (*établissement et commune*)

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

**Avez-vous une expérience de travail en milieu hospitalier :** OUI  NON

Si OUI :

**Laquelle :**

.....

**Lieu(x) d'exercice :** (*établissement et commune*)

.....

**Signature de l'étudiant et du représentant légal si étudiant mineur :**

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



# VISITE MEDICALE



## **Institut de Formation en Soins Infirmiers CH VERDUN ST-MIHIEL Vaccinations pour l'entrée en formation et suivi médical**

La visite médicale auprès du médecin du travail de l'institut de formation du CH VERDUN SAINT-MIHIEL est **OBLIGATOIRE**. Cette visite sera organisée par l'IFSI.

Vous voudrez bien, le jour de votre convocation à cette visite médicale, vous munir :

- de votre carnet de santé et de la copie des pages relatives aux vaccinations,
- des résultats biologiques en lien avec la recherche d'immunisation contre **l'hépatite B**,
- du test tuberculique (IDR) interprété par votre médecin,
- du cliché et compte-rendu de la radiographie des poumons prescrite par votre médecin,
- **COVID** (vaccinations recommandées) :
  - de votre attestation papier du schéma vaccinal complet (une copie du QR Code ne sera pas acceptée), **et/ou**
  - de votre certificat de rétablissement (une copie du QR Code ne sera pas acceptée).

Devant la recrudescence **des cas de rougeole en France**, il est vivement conseillé de prendre contact avec votre médecin traitant afin de vérifier la mise à jour du vaccin ROR.

**A défaut d'une présentation de ces documents, l'accès aux stages sera interdit.**

**En cas de non présentation à cette visite médicale, vous prenez le risque de compromettre votre formation et vous serez amené(e)s à régler le montant de cette consultation de 60 €.**

**Il est rappelé l'importance de répondre à l'exigence vaccinale.**

**L'admission définitive en IFSI est subordonnée à l'attestation médicale de vaccination. D'où l'intérêt de vérifier dès réception de ce document votre schéma vaccinal et de le rendre conforme le plus rapidement possible.**



<b>Département des Politiques de Ressources Humaines en Santé</b>	<b>ATTESTATION MÉDICALE DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES POUR L'ENTRÉE EN FORMATION DE IFSI VERDUN</b>	V8-05/2025
<b>Direction de l'Offre Sanitaire</b>		

CETTE ATTESTATION EST À REMPLIR PAR VOTRE MÉDECIN TRAITANT ET À REMETTRE AU CENTRE DE FORMATION AU PLUS TARD LE **01/09/2026**.

Nom de l'étudiant / élève : .....

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Âge : .....

**Compléter impérativement les dates en précisant JJ/MM/AA**

**DIPHTÉRIE-TÉTANOS-POLIO-COQUELUCHE (DTPC)**

1ère injection le : ...../...../.....	1 <sup>er</sup> Rappel : ...../...../.....	Âge :
2ème injection le : ...../...../.....	2 <sup>ème</sup> Rappel : ...../...../.....	Âge :
3ème injection le : ...../...../.....	3 <sup>ème</sup> Rappel : ...../...../.....	Âge :
	4 <sup>ème</sup> Rappel : ...../...../.....	Âge :
	5 <sup>ème</sup> Rappel : ...../...../.....	Âge :

**HÉPATITE B**

La **vérification de l'immunisation et de l'absence d'infection par le VHB est obligatoire** pour tous les étudiants et personnels de santé relevant de la vaccination obligatoire contre le VHB.

Taux d'anticorps : .....

**Joindre les résultats sérologiques quelle que soit la date**

<b>Taux d'anticorps anti Hbs</b>	<b>&gt;100 UI/L</b>	<b>Immunisé</b>
	<b>10 -100 UI/L</b>	<b>Réaliser Ag HBs</b> (si Ag HBs négatif : immunisé)
	<b>&lt;10</b>	<b>Non protégé :</b> Reprendre le schéma vaccinal
<b>En cas de doute : <u>CONSULTER LE MÉDECIN AGRÉÉ RÉFÉRENT ARS</u></b>		

Immunisation :  Oui       Non

**VACCINS RECOMMANDÉS\***

Vaccins	Oui / Date	Non
ROR		
Rougeole		
Rubéole		
Varicelle		
Coqueluche		
Hépatite A		
Grippe (annuellement)		
Infections à méningocoques (rattrapage ACWY de 15 à 24 ans)**		

\*Cf. recommandations et modalités sur <https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Recommandations-vaccinales-specifiques/Professionnels-exposes-a-des-risques-specifiques/Professionnels-de-sante>

\*\*[Méningites et septicémies à méningocoques | Vaccination Info Service](#)

**BCG - pour information**

Le [décret n°2019-149 du 27 février 2019](#) suspend l'obligation de vaccination contre la tuberculose des professionnels visés aux articles [R.3112-1 C](#) et [R.3112.2](#) du code de la santé publique.

La vaccination par le BCG n'est plus exigée lors de la formation ou de l'embauche de ces professionnels depuis le 1<sup>er</sup> avril 2019. Toutefois, il appartiendra aux médecins du travail d'évaluer ce risque et de proposer, le cas échéant, une vaccination par le vaccin antituberculeux BCG au cas par cas aux professionnels du secteur sanitaire et social non antérieurement vaccinés, ayant un test immunologique de référence négatif et susceptibles d'être très exposés.

**FIÈVRE TYPHOÏDE - A vérifier avant une entrée en stage à risque**

Recommandé : pour les élèves, étudiants ou professionnels de santé ayant un stage ou une activité à risque de contamination (i.e. lors de la manipulation d'échantillons biologiques, en particulier de selles, susceptibles de contenir des salmonelles).

Le décret n° 2020-28 du 14 janvier 2020 suspend l'obligation vaccinale contre la fièvre typhoïde.

**ATTENTION : le certificat d'aptitude de l'étudiant / élève à l'entrée en formation dépend de ces indications.**

Je soussigné(e), Docteur .....

Certifie que Mme – Mr .....

a répondu à ses obligations vaccinales selon le texte en vigueur et a reçu les vaccinations obligatoires précédentes.

Fait à ....., le .....

**SIGNATURE DU MÉDECIN :**

**CACHET :**

Pour toute information, vous pouvez vous rendre sur le site Vaccination InfoService.fr  
<https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Recommandations-vaccinales-specifiques/Professionnels-exposes-a-des-risques-specifiques/Professionnels-de-sante>

**DOSSIER APPRENANT SECTEUR  
SANITAIRE et SOCIAL**

Les informations figurant dans le présent dossier sont destinées à la Région Grand Est et sont à renseigner par l'ensemble des apprenants admis en formation à la rentrée 2026/2027.

La Région participe au financement du fonctionnement des instituts de formations sanitaires en fonction des places agréées et financées.

Ne bénéficient de la gratuité du coût pédagogique de leur formation que les apprenants qui remplissent les conditions d'éligibilité fixées par la Région.

Ces conditions sont rappelées dans les fiches récapitulatives "Conditions générales et conditions spécifiques de prise en charge des formations" qui sont téléchargeables sur le site institutionnel de la Région Grand Est via le lien suivant :

<http://www.grandest.fr/actions/formations-sanitaires-sociales/>

\*\*\*\*\*

**Le dossier APPRENANT comporte 3 fiches à renseigner selon le code couleur suivant :**

Renseignements à remplir par l'apprenant



Renseignements à remplir par l'institut



Renseignements à remplir par France Travail



**Fiche 1** Fiche de renseignements - Situation de l'apprenant : à remplir par tout apprenant

**Fiche 2** Attestation sur l'honneur : à remplir par tout apprenant

**Fiche 3** Attestation de France Travail : à remplir par tout apprenant ayant le profil de demandeur d'emploi

**Onglet 4** Documents demandés en cas de contrôle

\*\*\*\*\*

**Ces documents sont à remettre à l'institut de formation, dûment complétés et accompagnés de l'ensemble des justificatifs demandés, impérativement avant le démarrage de la formation.**

**Tout dossier mal renseigné ou incomplet sera rejeté par l'Institut ; et de ce fait, les frais de formation resteront à la charge de l'apprenant.**

**Toute fausse déclaration est passible de peines et d'amendes prévues par les articles 441-1, 441-6 et 441-7 du code**

Les données personnelles recueillies sont exclusivement collectées pour un usage interne à la Région et sont destinées à la vérification du respect des critères d'éligibilité de la prise en charge du coût des formations.

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, tout utilisateur du présent document dispose d'un droit d'accès, de rectification et de radiation portant sur ses données personnelles sur simple demande à l'adresse suivante :

Conseil Régional Grand Est - Direction de l'Orientation, de la Formation pour l'Emploi  
Service des Formations Sanitaires et Sociales  
1 place Adrien Zeller - BP 91006 - 67070 STRASBOURG Cedex  
Tél. 03 87 33 64 19 - mail : fss@grandest.fr

FICHE DE RENSEIGNEMENTS - SITUATION DE L'APPRENANT

IDENTITE DE L'APPRENANT

Civilité :

Nom de naissance :  Nom d'usage (marital) :

Prénoms :

Adresse postale :

CP :  Ville :

Etat civil : (cochez la case correspondant à votre situation)

Célibataire  Veuf(ve)

Marié(e)/Pacsé(e)  Divorcé(e)

Vie maritale

Date de naissance :

Téléphone :

Personne reconnue travailleur handicapé (O/N) ?

Adresse électronique :

PARCOURS SCOLAIRES

Dernier diplôme obtenu (niveau le plus élevé) :

Année d'obtention	Intitulé du diplôme	Spécialité/discipline/série
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Date de sortie de formation initiale (études) :

Année scolaire	Cursus de formation	Etablissement
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**ANTECEDENTS PROFESSIONNELS DE L'APPRENANT AVANT L'ENTREE EN FORMATION (si concerné)**

**ANTECEDENTS PROFESSIONNELS A COMPLETER OBLIGATOIREMENT SUR LES DEUX DERNIERES ANNEES AVANT L'ENTREE EN FORMATION POUR TOUTES LES FORMATIONS**

Date d'embauche (jj/mm/aaaa)	Employeur et lieu de travail	Emploi occupé	Type de contrat (CDD-CDI-Fonctionnaire-Intérimaire-Contrat en alternance-Contrat aidé-Contrat civique-Contrat volontariat...)	Temps de travail	Nature de la fin du contrat (fin de contrat-fin d'intérim-licenciement-rupture conventionnelle-démission-rupture d'un commun accord...)	Date de fin ou de rupture de contrat (jj/mm/aaaa)

Toute fausse déclaration est passible de peines et d'amendes prévues par les articles 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal.

Je certifie exact les renseignements fournis.

Fait à :

Le :

Signature de l'apprenant ou du responsable légal

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) :  déclare avoir pris connaissance :

- du coût pédagogique de la formation :

Tarif applicable par année ou par session de formation :

Autres frais à charge de l'apprenant :

- des conditions de prise en charge fixées par la Région Grand Est (voir fiches synthétiques relatives aux conditions générales et aux conditions spécifiques de prise en charge des formations)

- et j'atteste :

remplir les conditions pour bénéficier d'une prise en charge régionale en tant que :

Jeune de -26 ans en poursuite d'études (certificat de scolarité 2024/2025 ou 2025/2026) à transmettre à l'institut à l'entrée en formation

Demandeur d'emploi non démissionnaire durant la période de référence qui démarre 6 mois avant la date de rentrée de l'année de sélection et jusqu'à la date de rentrée effective (y compris en cas de report) - (hors formation AS et AP)

Salarié(e) bénéficiant d'un financement à titre dérogatoire pour les formations d'AS, AP et d'AMBU

Salarié(e) en situation précaire dont le contrat de travail est inférieur ou égal à 18 heures par semaine ou 78 heures par mois dans les 9 mois avant l'entrée en formation

Salarié(e) en tant que Vendeur à Domicile Indépendant (VDI) ou auto-entrepreneur dont le salaire moyen dans les 6 mois avant l'entrée en formation n'excède pas 720 € par mois

financer la formation à titre personnel étant donné que je ne remplis pas les conditions d'éligibilité fixées par la Région

bénéficier de la prise en charge du coût pédagogique par le biais d'un dispositif de formation professionnelle continue (Transition Pro, CFP, OPCO, ANFH, France Travail, plan de formation employeur...)

mobilisation de mon CPF + le reste à charge à titre personnel

Coordonnées du financeur :

Je m'engage à :

- signaler au plus tôt tout changement de situation qui serait susceptible de remettre en cause ou d'impacter le financement de la Région Grand Est ;
- m'acquitter des frais à titre personnel en cas d'omission ou d'erreur dans la présente déclaration, de non production des pièces demandées par l'institut de
- remettre toute pièce demandée par la Région en cas de contrôle ;
- être assidu durant toute la formation et respecter le règlement intérieur de l'institut de formation.

Toute fausse déclaration est passible de peines et d'amendes prévues par les articles 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal.

Je certifie exact les renseignements fournis.

Fait à :

Le :

Signature de l'apprenant ou du responsable légal

FORMATIONS SANITAIRES et SOCIALES

Document à renseigner pour toutes les personnes inscrites comme demandeur d'emploi

IDENTITE DE L'APPRENANT

Nom de naissance et/ou nom d'usage :

Prénoms :

Date de naissance :

PROJET DE FORMATION

Etablissement de formation :

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

Formation suivie :

DE INFIRMIER

Lieu de formation :

VERDUN

Année scolaire ou universitaire :

2026/2027

Année de réussite aux sélections :

2026

Date de la rentrée :

01/09/2026

Période de référence :

du : 1 mars 2026

au : 1 septembre 2026

ANTECEDENTS PROFESSIONNELS (à compléter pour toutes les formations)

Situation au regard des derniers emplois occupés durant la période de référence qui **démarre 6 mois avant la date de rentrée de l'année de sélection et jusqu'à la date de rentrée effective** (y compris en cas de report) - (cette période ne concerne pas les formations AS et AP) :

soit :

du : 1 mars 2026

au : 1 septembre 2026

Date d'embauche (jj/mm/aaaa)	Employeur	Lieu de travail	Emploi occupé	Type de contrat (CDD-CDI-Fonctionnaire-Intérimaire-Contrat en alternance-Contrat aidé-Contrat civique-Contrat volontariat...)	Temps de travail	Nature de la fin du contrat (fin de contrat-fin d'intérim-licenciement-rupture conventionnelle-démission-rupture d'un commun accord,...)	Date de fin ou de rupture de contrat (jj/mm/aaaa)

Le changement de situation lié à l'entrée en formation doit être signalé à France Travail dans le mois qui précède la rentrée.

Je soussigné(e) :

- atteste remplir les critères d'éligibilité fixés par la Région Grand Est - tels que rappelés dans les fiches récapitulatives "Conditions générales et conditions spécifiques de prise en charge des formations",
- déclare avoir cessé toute activité professionnelle salariée ou non salariée et ne plus être lié contractuellement à un employeur (sauf en cas d'activité réduite si la quotité de travail est inférieure ou égale à 18h/semaine ou 78h/mois dans les 9 mois avant l'entrée en formation),
- et ne pas être placé(e) soit en disponibilité de la fonction publique, soit en congé (congé de formation, congé sabbatique, congé parental...).

J'autorise France Travail à transmettre les informations ci-après à la Région.

Toute fausse déclaration est passible de peines et d'amendes prévues par les articles 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal.

Fait à :

Le :

Signature de l'apprenant ou du responsable légal

## PARTIE A RENSEIGNER PAR FRANCE TRAVAIL

Attestation à remplir dans le mois précédent l'entrée en formation

Nom de naissance et/ou nom d'usage :

Prénoms :

Période de référence : du :

(cette période ne concerne pas les formations AS et AP)

1 mars 2026

au : 1 septembre 2026

### - l'apprenant est inscrit en tant que demandeur d'emploi (à compléter obligatoirement pour toutes les formations):

N° d'identifiant France Travail :

depuis le :

est inscrit en catégorie :

depuis le :

dernier jour d'actualisation :

justifie d'une activité déclarée à cette date (O/N) :

### - l'apprenant justifie du statut suivant, au cours de la période de référence :

non démissionnaire

démissionnaire pour motifs légitimes reconnus **exclusivement** par la Région Grand Est soit : rupture d'un contrat aidé, emploi avenir ou service civique... - pour cause de non paiement des salaires - pour suivre le conjoint suite à mutation ou mariage - pour suivre son enfant handicapé admis dans une structure d'accueil - pour cause de violences conjugales - pour cause d'actes délictueux dans le cadre du contrat de travail

non renouvellement de CDD

autre motif de rupture \*

\*Motif de fin ou de rupture de contrat - choisir parmi les options suivantes : Convention de Reclassement Personnalisé (CRP), démission, démission contrat 18 h/semaine au maximum, licenciement, rupture conventionnelle/amiable, fin de contrat, dispositif démission-reconversion

Date de la rupture :

non défini, France Travail n'étant pas en mesure de vérifier la situation de l'apprenant et d'attester de son statut au regard des critères fixés par la Région Grand Est

### - son projet de formation professionnelle a fait l'objet d'une validation auprès d'un conseiller : (France Travail, Mission locale, Cap Emploi ou Conseil Départemental).

Nom du signataire :

Prénom :

Qualité :

Agence :

Lieu :

Date :

Signature et cachet de France Travail

Nom du signataire :

Prénom :

Qualité :

Lieu :

Date :

Signature et cachet si suivi par  
Mission Locale, CAP EMPLOI ou Conseil Départemental

# Secteur Sanitaire et Social

## DES MÉTIERS D'AVENIR !

Conditions générales de prise en charge des **formations sanitaires et sociales** :

- Ambulancier, auxiliaire de puériculture, aide-soignant, ergothérapeute (Mulhouse), infirmier, manipulateur en électroradiologie médicale, psychomotricien (Mulhouse).
- Moniteur éducateur, technicien de l'intervention sociale et familiale, assistant de service social, éducateur de jeunes enfants, éducateur spécialisé, éducateur technique spécialisé, 3<sup>e</sup> année en conseiller économie sociale et familiale.

RENTRÉE DE **SEPTEMBRE 2026**  
ET **PREMIER TRIMESTRE 2027**



**Vous êtes éligible à la prise en charge régionale !**



**Vous n'êtes pas éligible à la prise en charge régionale !**

### VOUS AVEZ MOINS DE 26 ANS ET ÊTES EN POURSUITE D'ÉTUDES

1

Vous devez fournir un **certificat de scolarité** (année 2024-2025 ou 2025-2026) pour une formation reconnue RNCP ou assimilé



Le statut de jeune moins de 26 ans en poursuite d'études est prioritaire



Toute formation non reconnue RNCP ou assimilé



### VOUS ÊTES DEMANDEUR D'EMPLOI

2

**Vous êtes non démissionnaire** au cours de la période de référence\* qui démarre 6 mois avant la date de rentrée de la sélection et jusqu'à la date de rentrée effective (y compris en cas de report)



Possibilité de mobiliser votre **Compte Personnel de Formation (CPF)** et de compléter sur fonds propres si vous souhaitez bénéficier de la mesure dérogatoire.

**\*PÉRIODE DE RÉFÉRENCE : période durant laquelle votre statut est examiné pour déterminer si vous êtes éligible à la prise en charge régionale du coût de votre formation. Cette période de référence ne s'applique pas aux formations D'AIDE-SOIGNANT ET D'AUXILIAIRE DE PUÉRICULTURE.**

Vous avez démissionné pour **l'un des motifs suivants** :

- **Rupture à l'initiative du salarié** d'un contrat aidé, d'un emploi d'avenir, d'un service civique, d'un contrat volontariat gendarmerie ;
- Pour cause de **non-paiement des salaires** ;
- Pour **suivre le conjoint** suite à une mutation ou mariage ;
- Pour suivre **son enfant handicapé** admis dans une structure d'accueil ;
- Pour cause de **violences conjugales** ;
- Pour cause **d'actes délictueux dans le cadre du contrat de travail.**

Vous avez démissionné **avant la période de référence.**  
Vous n'avez **pas renouvelé votre CDD.**



**Vous êtes démissionnaire** au cours de la période de référence\* qui démarre 6 mois avant la date de rentrée de la sélection et jusqu'à la date de rentrée effective (y compris en cas de report)

**Le dispositif «DÉMISSION RECONVERSION» n'est pas reconnu, pendant la période de référence, comme démission permettant la prise en charge du coût de la formation par la Région.**





**Vous êtes éligible à la prise en charge régionale !**



**Vous n'êtes pas éligible à la prise en charge régionale !**

### VOUS ÊTES SALARIÉ

**3**

- Vous avez un **contrat de travail dont la durée est inférieure ou égale à 18 heures par semaine ou 78 heures par mois** en moyenne durant les neuf mois précédant l'entrée en formation ;
- Vous avez un **contrat de travail à durée déterminée qui expire au plus tard dans les 7 jours** qui suivent le début de la formation ;
- Votre **congé parental a pris fin** avant le démarrage de la formation ;
- Votre **contrat travail est rompu** : licenciement, rupture conventionnelle de CDI... **la procédure doit impérativement avoir abouti avant la rentrée** ou au plus tard dans les 7 jours qui suivent le début de la formation ;
- Vous êtes **VDI ou micro-entrepreneur** et vos revenus déclarés en moyenne sur les 6 derniers mois avant l'entrée en formation s'élèvent mensuellement au maximum à 720 euros.

**i** **Obligation de mobiliser votre Compte Personnel de Formation (CPF) et de compléter sur fonds propres si vous souhaitez bénéficier de la mesure dérogatoire**

- Vous avez gardé **un lien juridique avec un employeur**
- Vous êtes en **congé parental** ;
- Vous êtes en **congé sabbatique, en disponibilité, en congé de formation professionnelle, commerçant, profession libérale, ...**
- Vous êtes **VDI ou micro-entrepreneur** et vos revenus déclarés en moyenne sur les 6 derniers mois avant l'entrée en formation sont supérieurs mensuellement à 720 euros.



L'inscription à France Travail est obligatoire



### PIÈCES À FOURNIR À L'INSTITUT DE FORMATION

- **Attestation dûment complétée par France Travail** datant au maximum du mois précédent la rentrée ;
- **Attestation Unedic ou à défaut les contrats de travail** pour l'ensemble des emplois pendant la période de référence ;
- S'il y a lieu, **toutes pièces justifiant d'un changement de profil** ou d'une situation particulière.



[www.grandest.fr](http://www.grandest.fr)

La Région  
**Grand Est**

ALSACE  
CHAMPAGNE-ARDENNE  
LORRAINE