

## INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

30 Avenue de la croix Jourdain – 80054 AMIENS Cedex 1

Tel : 03 22 45 59 88 / ifsi.secretariat@chu-amiens.fr

<https://www.chu-amiens.fr/>

### DOSSIER D'INSCRIPTION ADMINISTRATIVE EN 1<sup>ère</sup> ANNEE DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS ANNEE UNIVERSITAIRE 2025-2026

#### INFORMATIONS ET CONSIGNES

(A lire attentivement)

**Le dossier est à imprimer EN RECTO**

**Les documents doivent être classés dans l'ordre, non pliés, non agrafés**

Adresser votre dossier d'inscription uniquement par courrier postal à l'adresse suivante :

Institut de Formation en Soins Infirmiers

CHU Amiens Picardie

Dossier inscription L1

30 Avenue de la Croix Jourdain

80054 AMIENS CEDEX 1

- **Avant le 18 juillet 2025** pour les candidats ayant accepté leur admission sur Parcoursup entre le 02 juin et le 11 juillet 2025 inclus.
- **Avant le 22 août 2025** pour les candidats ayant accepté leur admission sur Parcoursup entre le 12 juillet et le 17 août 2025 inclus.

Pour toute proposition d'admission acceptée à partir du 18 août 2025, l'inscription administrative doit se faire dans les plus brefs délais après l'acceptation. Merci de contacter le secrétariat.

**RENTREE FIXÉE LE LUNDI 1<sup>er</sup> SEPTEMBRE 2025 À 9h30**  
(Accueil à partir de 9h00)

**Lieu : Grand Amphithéâtre – Bâtiment des écoles et instituts  
CHU Amiens Picardie**



Privilégiez les transports en commun et le co-voiturage

Si vous venez en voiture : les parkings sont payants.

#### **ATTENTION**

**L'admission définitive à l'IFSI est subordonnée à la production au plus tard le jour de la rentrée :**

- d'un certificat établi par un médecin agréé attestant que l'étudiant ne présente pas de contre-indication physique et/ou psychologique à l'exercice de la profession (Annexe 8).
- d'un certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France (Annexe 9).

**Veillez à mettre à jour vos vaccinations et rappels dès la confirmation de votre inscription**

## LISTE DES PIECES A FOURNIR – DOCUMENT A JOINDRE AU DOSSIER

**Nous vous rappelons que votre admission sera définitive si et seulement si vous avez fourni toutes les pièces nécessaires à la constitution de votre dossier**

**DOCUMENTS A RETOURNER PAR COURRIER POSTAL DANS L'ORDRE CI-DESSOUS.  
NE PAS FAIRE DE RECTO/VERSO – NE PAS AGRAFER – NE PAS PLIER LES DOCUMENTS**

### DOSSIER ADMINISTRATIF

VOUS	IFSI
<input type="checkbox"/> Attestation d'admission Parcoursup pour les étudiants issus de cette plateforme	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fiche de renseignements complétée ( <b>Annexe 1</b> )	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2 photos d'identité : 1 à coller sur l'annexe 1 + une à nous adresser par mail au format <b>NOM Prénom.jpeg</b> à l'adresse suivante : <a href="mailto:ifsi.secretariat@chu-amiens.fr">ifsi.secretariat@chu-amiens.fr</a> Ne portez ni chapeau, ni écharpe, ni serre-tête, ni objet décoratif... le visage doit être dégagé.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <b>Pour les bacheliers 2025</b> : Photocopie du relevé de notes du baccalauréat (copie du diplôme à fournir impérativement dès réception)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <b>Pour les bacheliers antérieurs à 2025</b> : Photocopie du baccalauréat ou d'une équivalence (DEAS-DAEU...) <input type="checkbox"/> Certificat(s) de scolarité depuis l'obtention de votre bac	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <b>Si vous êtes inscrits en tant que demandeurs d'emploi (Annexe 2)</b> Complétez l'imprimé et fournir votre notification d'inscription à France Travail	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <b>Pour les étudiants étrangers</b> : Photocopie de votre titre de séjour en cours de validité <b>vous autorisant à travailler en France</b> ou visa de long séjour en fonction de votre situation <input type="checkbox"/> Attestation TCF (test de connaissance du Français) niveau B2 <input type="checkbox"/> Attestation ENIC NARIC (reconnaissance des diplômes) ou justificatif de la demande en ligne <input type="checkbox"/> Diplôme(s) traduit(s) en Français	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Photocopie de votre pièce d'identité recto/verso en cours de validité (carte d'identité ou passeport)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Attestation de droits à la sécurité sociale (attestation Ameli ou autre)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Attestation de responsabilité civile, fournie par votre assurance à votre demande, couvrant l'année universitaire 2025-2026 avec garanties spécifiques couvrant les risques professionnels de l'étudiant en soins infirmiers	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Attestation d'acquiescement de la CVEC <a href="https://cvec.etudiant.gouv.fr/">https://cvec.etudiant.gouv.fr/</a> paiement en ligne	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fiche « droit à l'image » complétée ( <b>Annexe 3</b> )	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pour les étudiants majeurs : Attestation d'honorabilité à fournir au plus tard le jour de la rentrée : <a href="https://honorabilite.social.gouv.fr/">https://honorabilite.social.gouv.fr/</a>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Questionnaire d'évaluation de votre niveau d'anglais ( <b>Annexe 4</b> )	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fiche d'information pour les indemnités de stage + RIB ( <b>Annexe 5</b> ) <b>Pour les titulaires du permis de conduire</b> : <input type="checkbox"/> Photocopie recto/verso du permis de conduire <input type="checkbox"/> Photocopie de la carte grise du véhicule utilisé pour les déplacements en stage <input type="checkbox"/> Photocopie de l'attestation d'assurance du véhicule utilisé	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Si demande d'aménagement de scolarité et/ou demande de dispense d'UE : joindre les justificatifs <b>Cf. Annexes 6 et 7</b>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Certificat de scolarité de l'UPJV, une fois votre inscription réalisée sur le site de l'UPJV. Document à fournir au plus tard, le jour de la rentrée	<input type="checkbox"/>

### DROIT D'INSCRIPTION :

<input type="checkbox"/> Droits d'inscription : <b>178 €</b> (tarif 2025/2026) règlement <u>uniquement par chèque</u> à l'ordre du « <b>Trésor Public Régie 101</b> » avec votre <b>Nom et Prénom au dos</b> (si il y a une modification du tarif nous vous demanderons un nouveau chèque)	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

### DOSSIER MEDICAL : A remettre au plus tard le jour de la rentrée

<input type="checkbox"/> <b>Le certificat médical (Annexe 8)</b> émanant d'un <b>médecin agréé figurant sur la liste de l'ARS + liste des médecins agréés si le certificat a été fait par un médecin hors Somme</b> (La liste des médecins agréés est disponible sur le site internet de l'Agence Régionale de Santé de votre région)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <b>L'attestation vaccinale</b> du CHU Amiens Picardie remplie ( <b>Annexe 9</b> )	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Preuve d'immunisation contre l'hépatite B (sérologie)	<input type="checkbox"/>

## INFORMATIONS PRATIQUES

### DROITS D'INSCRIPTION

Chaque étudiant doit s'acquitter des droits d'inscription et de la CVEC.

- **Droits d'inscription** : arrêté du ministère chargé de l'enseignement supérieur.

Le règlement se fera par chèque à l'ordre du Trésor Public Régie 101. **Chèque à fournir**, même si vous faites une demande de bourse. Pour les futurs boursiers, le remboursement se fera sur le premier versement de votre bourse. Les droits d'inscription sont redevables chaque année.

- **Contribution Vie Étudiante et de Campus (CVEC)** : article L.841-5 du code de l'éducation.

Le versement de la CVEC est à effectuer auprès du CROUS (paiement en ligne sur le site suivant : <https://www.messervices.etudiant.gouv.fr>) avec téléchargement immédiat de l'attestation. **Cette attestation est à nous remettre obligatoirement** dans le dossier administratif. Les étudiants boursiers doivent s'acquitter de la CVEC et feront la demande de remboursement sur le même site Internet après la décision de la commission d'attribution des bourses.

**Les personnes prises en charge en promotion professionnelle ne sont pas concernées** (En formation professionnelle : c'est-à-dire que votre formation est prise en charge par un employeur ou par un organisme collecteur).

### COÛT PÉDAGOGIQUE

Le statut pris en compte par la Région est celui du candidat renseigné à la date **de clôture des inscriptions à la sélection**.

Coût pédagogique : 6500 € par an – tarif réévalué tous les ans.

Le coût pédagogique n'est pas à payer pour les étudiants en poursuite d'études sans interruption ou ayant achevé leur formation initiale moins d'un an avant le démarrage de la formation.

Le coût pédagogique de la formation peut être pris en charge selon la situation individuelle du candidat par :

- La région des Hauts de France sous certaines conditions
- L'employeur : financement au titre de la promotion professionnelle
- Un OPCO (Opérateurs de compétences) chargés d'accompagner la formation professionnelle

Si vous n'êtes dans aucune des situations, un financement personnel vous sera demandé.

### DOSSIER MÉDICAL

Conformément à l'arrêté du 21 avril 2007 modifié, **l'admission DEFINITIVE dans un institut de formation en soins infirmiers est subordonnée à la production dès la rentrée du dossier médical comprenant les documents énumérés ci-dessous :**

**A FOURNIR OBLIGATOIREMENT AU PLUS TARD LE JOUR DE LA RENTREE**

1. **Un certificat établi par un médecin agréé** attestant que l'étudiant ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession (Cf. Annexe 8).

La liste des médecins agréés pour le département de la Somme se trouve en **annexe 8 bis**.

Pour les autres départements vous pouvez trouver la liste des médecins agréés de votre département sur le site internet de votre Agence Régionale de Santé ( **dans ce cas merci de nous joindre obligatoirement cette liste avec votre certificat**).

2. **Un certificat médical de vaccinations** conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France (Cf. Annexe 9).

3. **Preuve d'immunisation contre l'Hépatite B.**

Pour cela vous devez présenter un résultat de sérologie > 100 et la preuve de votre vaccination.

- ✓ **Si vous n'êtes pas vacciné(e)** : vous devez faire pratiquer la **vaccination accélérée** (J0 – J7- J21 avec une sérologie effectuée 6 à 8 semaines après).
- ✓ **Si vous êtes vacciné(e) mais que votre sérologie est <100**, un rappel est nécessaire et une nouvelle sérologie sera à effectuer 6 à 8 semaines après.

**En cas de vaccinations non à jour ou d'absence de preuve d'immunisation, votre scolarité sera interrompue.**

## BOURSES RÉGIONALES D'ÉTUDES

Le dépôt de demande de bourse est totalement dématérialisé (demandes et pièces). Vous la réaliserez exclusivement sur la plateforme–: <https://aides.hautsdefrance.fr/sub/tiers/authentification/> - bourse sanitaire ou sociale (BESS)

**Tous les étudiants** doivent s'acquitter des droits d'inscription. La restitution des droits d'inscription s'effectuera automatiquement pour les étudiants boursiers.

Une simulation est mise à votre disposition. Elle vous indique, si vous pouvez prétendre à une bourse. **Attention, la simulation n'est pas considérée comme un dépôt de dossier.** Vous devez faire votre demande à l'aide de l'identifiant et du mot de passe attribués.

**Pas de cumul de bourse du CROUS et du Conseil Régional.**

## INFORMATIONS DIVERSES

### **L'attestation de responsabilité civile :**

Il s'agit d'une assurance **couvrant les risques professionnels** et la responsabilité civile des étudiants en soins infirmiers pour la formation clinique et les stages hospitaliers et extrahospitaliers. Les frais d'assurance de responsabilité civile sont à la charge des étudiants.

Le choix du montant des garanties assurées relève dorénavant de la seule responsabilité des étudiants.

**Vous devez être couvert pour l'ensemble des risques suivants tant lors du stage que des trajets occasionnés par celui-ci :**

- accidents corporels causés aux tiers,
- accidents matériels causés aux tiers,
- dommages immatériels.

### **Demande de dispense : Cf. Annexe 6**

Les personnes admises en formation 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.

Les candidats déposent auprès de l'établissement d'inscription leur demande motivée manuscrite de dispense et les documents justificatifs.

### **Demande d'aménagement de la formation : Cf. Annexe 7**

Les étudiants peuvent solliciter un aménagement de leurs études auprès de la section compétente pour le traitement pédagogique des situations individuelles dès lors que leur situation le justifie (activités complémentaires aux études, situations personnelles particulières).

Les référents identifiés à l'IFSI du CHU Amiens Picardie pour cette demande d'aménagement sont Mesdames Sabine PLET et Hélène HAVET.

### **Cours** (sous réserve de modification)

La formation se déroulera du 01/09/2025 au 30/06/2028. La formation débutera par 6 semaines de cours.

Les cours ont lieu du lundi au vendredi à raison de 35 heures par semaine. Amplitude horaire : 8h00 – 18h00.

**Repas** : Sont mis à disposition des étudiants : micro-ondes, distributeur de boissons, fontaine à eau.

### **Stages en première année** (sous réserve de modification)

Semestre 1 : Stage de 5 semaines du 13/10/2025 au 16/11/2025.

Semestre 2 : Stage de 10 semaines du 02/02 au 08/03/2025 et du 27/04 au 31/05/2025.

Les terrains de stages sont attribués par l'IFSI. Les étudiants sont amenés à faire des stages hors département de la Somme, les horaires de stages ne sont pas toujours compatibles pour utiliser les transports en commun.

### **Inscription Université Picardie Jules Verne (UPJV) : Obligatoire**

Vous devrez faire une inscription en ligne auprès de l'UPJV afin d'accéder à la plateforme de cours en ligne et obtenir votre grade de licence une fois diplômé(e). **Un mail vous sera adressé durant l'été avec toutes les consignes à suivre.**

Grâce à cette double inscription, vous pourrez :

- Obtenir votre certificat de scolarité
- Accéder à la plateforme de cours en ligne « Epione » via l'Environnement Numérique de Travail de l'Université (ENT)
- Obtenir votre grade de licence une fois diplômé(e)

Attention les droits d'inscription d'un montant de 175€ (tarif 2024) sont à régler **une seule fois à l'IFSI**. A la fin de votre inscription à l'Université Picardie Jules Verne vous devez arriver à **0 euros**. Vous ne devez pas faire parvenir de document papier ni de règlement à l'UPJV.

Madame  Monsieur NOM PATRONYMIQUE : \_\_\_\_\_  
(nom de naissance)

NOM D'USAGE : \_\_\_\_\_

Prénoms : \_\_\_\_\_

Autres prénoms : \_\_\_\_\_  
(dans l'ordre de ceux inscrits sur la carte d'identité)

Date de naissance / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ à : \_\_\_\_\_ Département : \_\_\_\_\_

Pays : \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_

N° Tel portable : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_

▪ **E-mail personnel** : \_\_\_\_\_

N° INE (cf. relevé de notes du baccalauréat) : \_\_\_\_\_

N° étudiant (si au moins une inscription à l'UPJV a été réalisée dans les années antérieures) : \_\_\_\_\_

N° de sécurité sociale (de l'étudiant) : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / clé \_\_\_ /

Situation familiale :  Célibataire  Concubinage  PACS  Marié(e)  Divorcé(e)  Veuf (ve)

Nombre d'enfants – Ages : \_\_\_\_\_

▪ **Adresse pendant les études à l'IFSI** (si non connue actuellement, merci de la donner lors de la rentrée)

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

▪ **Adresse familiale**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Lien de parenté  
: \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

☎ : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_

▪ **Moyen de transport**

Possédez-vous le permis de conduire  Oui  Non  En cours

Disposez-vous d'un véhicule  En permanence  Occasionnellement  Jamais

Nombre de chevaux fiscaux : \_\_\_\_\_

▪ **Famille**

Personne à contacter en cas d'urgence \_\_\_\_\_ : ☎ \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_

Personne à contacter en cas d'urgence \_\_\_\_\_ : ☎ \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_

Profession Parent 1 : \_\_\_\_\_ Profession Parent 2 : \_\_\_\_\_

Ou du conjoint : \_\_\_\_\_

### ▪ Catégorie d'inscription

Parcoursup

Epreuves de sélection FPC

Avez-vous bénéficié d'un report de scolarité :  Oui  Non Année de la sélection : \_\_\_\_\_

Expérimentation PASS/LAS (intégration directement en L2)

Mutation : IFSI d'origine : \_\_\_\_\_

### ▪ Diplômes – Formations

Année du baccalauréat : \_\_\_\_\_ Série : \_\_\_\_\_ Département d'obtention : \_\_\_\_\_

Autre(s) étude(s) suivie(s) : \_\_\_\_\_ Diplôme(s) obtenu(s) : \_\_\_\_\_

Cursus universitaire / Filière(s) : \_\_\_\_\_ Diplôme(s) obtenu(s) : \_\_\_\_\_

---

### ▪ Demande de dispense d'Unité d'Enseignement (UE)

En application de l'article 7 de l'arrêté du 31 juillet 2009 modifié par l'arrêté du 13/12/2018, article 3 : « *les personnes admises en formation 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.* »

(Cf. **Annexe 6** : notamment pour les candidats issus de la sélection FPC ayant un DEAS / DEAP...)

Oui

Non

Joindre les justificatifs dans votre dossier afin que votre demande puisse être présentée à la section compétente début septembre.

**Toute demande non parvenue à la date du 1<sup>er</sup> septembre 2025 sera irrecevable** (sauf pour les étudiants issus de Parcoursup admis après le 1<sup>er</sup> septembre).

### ▪ Demande d'aménagement de formation

En application de l'article 4.1 de l'arrêté du 23/01/202, article 1 : « *Les étudiants peuvent solliciter un aménagement de leurs études après de la section compétente pour le traitement pédagogique des situations individuelles* (Cf. **Annexe 7** : handicap, maladie chronique, sportif de haut niveau...).

Oui

Non

Joindre les justificatifs dans votre dossier et solliciter l'aménagement par courrier afin que celui-ci puisse être présenté à la section compétente début septembre.

**Toute demande non parvenue à la date du 1<sup>er</sup> septembre 2025 sera irrecevable** (sauf pour les étudiants issus de Parcoursup admis après le 1<sup>er</sup> septembre).

### ▪ Expérience professionnelle

Emploi(s) occupé(s) : \_\_\_\_\_ Durée : \_\_\_\_\_

Lieu(x) \_\_\_\_\_

Exercerez-vous une activité rémunérée en parallèle à votre formation : Oui  Non  Je ne sais pas

▪ **Statut et prise en charge du coût pédagogique** (6500€ par année universitaire)

Merci de cocher la ou les case(s) relative(s) à votre situation

**Elève ou étudiant** :

Je suis en poursuite d'études **sans interruption du système scolaire**

Je suis en poursuite d'études **avec interruption inférieure à 1 an** (joindre le(s) certificat(s) de scolarité(s) depuis l'obtention de votre baccalauréat ou l'attestation de service civique).

**Demandeur d'emploi** : (joindre l'attestation d'inscription en tant que demandeur d'emploi)

Numéro d'identifiant France Travail : \_\_\_\_\_

Région d'inscription / Zone géographique de rattachement de votre agence : \_\_\_\_\_

Etes-vous indemnisé(e) par France Travail :  OUI  NON

Date d'inscription à France Travail (jour / mois / année) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Salarié(e), profession libérale ou fonctionnaire**

Employeur (nom et adresse) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Emploi occupé : \_\_\_\_\_

Avez-vous eu un accord de financement ?  OUI  NON

Si oui, quel est l'organisme financeur (joindre l'accord de prise en charge)

Employeur

Transitions pro : nombre d'années financées : \_\_\_\_\_

OPCO (Opérateurs de Compétences)

Bénéficiaire d'un projet reconversion-démission (fournir la notification de la Commission Transitions Pro)

**Autofinancement** (pas de prise en charge financière par un employeur ou un organisme)

**J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations communiquées sur ce document.**

Fait à : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/2024

**Nom de naissance et prénom du candidat** : \_\_\_\_\_

**Signature du candidat** :

**ANNEXE 2 :**



Groupe Hospitalier de Territoire  
Somme Littoral Sud

**PÔLE RESSOURCES HUMAINES,  
ENSEIGNEMENTS, SOINS « RHESo »**

Institut de Formation en Soins Infirmiers



Région  
Hauts-de-France

**VOUS ETES DEMANDEUR D'EMPLOI**

Je soussigné(e), ..... certifie être inscrit(e) à  
France Travail depuis le ..... /..... /..... (**ATTENTION** : date de dernière inscription) sous le numéro  
d'inscription .....

***Joindre obligatoirement un justificatif de France Travail.***

Amiens, le ..... /..... /.....

Signature



## Autorisation d'utilisation de l'image

Pour toute communication de SimUSanté - CHU Amiens-Picardie : journal interne, brochures internes, plaquettes affiches et flyers externes, site intranet (interne) et internet (web), réseaux sociaux ou encore sur d'autres supports parlant ou devant illustrer SimUSanté\*.

Dans le cadre de la formation ..... du ...../...../.....

Nom du participant à la formation :

Nom..... Prénom .....

Tél.....Mail.....

Demeurant à (Ville).....

Je soussigné(e),

autorise la prise de vue et SimUSanté - CHU Amiens-Picardie à utiliser et diffuser à titre gratuit et non exclusif\* les images réalisées

n'autorise pas la prise de vue et SimUSanté - CHU Amiens-Picardie à utiliser et diffuser à titre gratuit et non exclusif\* les images réalisées

### Date et Signature

précédée de « Bon pour accord »

*\*Les documents cinématographiques (films/son) et/ou photographiques me représentant, pour tous usages de communication interne ou externe à but non publicitaire ou commercial, dans un intérêt public de santé publique, à des fins archivistiques dans l'intérêt public, à des fins de recherche scientifique ou historique ou à des fins statistiques, ceci sans contrepartie de quelque nature que ce soit et pour une durée de 10 ans à compter de la date indiquée.*

*Pour tout accès à mes images, modification ou annulation de mon consentement avant la fin de la durée d'autorisation, une demande devra être faite au DPO (Délégué à la Protection des Données) par mail : [dpo@chu-amiens.fr](mailto:dpo@chu-amiens.fr) ou par courrier en LRAR: Le délégué à la protection des données. CHU Amiens-Picardie - 1 Rond-Point du Pr Christian Cabrol - 80054 AMIENS Cedex, en respectant un préavis de 3 mois (la rupture de mon autorisation ne prendra effet qu'à l'issue de ce délai de 3 mois à compter de la date de l'accusé réception de ce courrier). Référence loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles.*

## EVALUATION NIVEAU ANGLAIS AVANT L'ENTREE A L'IFSI

• NOM DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

• PRENOM : \_\_\_\_\_

**Année d'obtention du baccalauréat :**

**Notes obtenues au Baccalauréat (Anglais) : ---/---**

Epreuve écrite : --- / ---

Epreuve orale : --- / ---

Spécialité anglais : oui / non (Entourez la bonne réponse)

**Examens en anglais :**

- Cambridge : niveau obtenu : -----
- TOEIC : score obtenu : ---

**Merci de compléter ce questionnaire afin d'évaluer votre niveau en cochant :**

- Anglais jamais étudié
- Anglais langue vivante 1
- Anglais langue vivante 2
- Anglais parlé couramment

Lisez les propositions suivantes pour l'écrit et l'oral et choisissez les deux propositions qui correspondent à votre profil en entourant et cochant celles-ci

1	A l'oral	Je peux comprendre le langage oral, les conversations
	A l'écrit	Je peux lire des articles, un texte littéraire et écrire un texte avec des compétences grammaticales.
2	A l'oral	Je peux comprendre des expressions, un vocabulaire courant
	A l'écrit	Je peux lire et écrire des textes courts avec des compétences grammaticales
3	A l'oral	Je peux comprendre des mots familiers et des expressions très courantes si les personnes parlent lentement et distinctement.
	A l'écrit	Je peux comprendre des mots familiers ainsi que des phrases très simples

**Mon profil :**

1

2

3

ANNEXE 5 :



Groupe Hospitalier de Territoire  
Somme Littoral Sud

**PÔLE RESSOURCES HUMAINES,  
ENSEIGNEMENTS, SOINS « RHESo »**

Institut de Formation en Soins Infirmiers



**INDEMNITES DE STAGE**

Année de formation : 1<sup>ère</sup>

2<sup>ème</sup>

3<sup>ème</sup>

**IDENTITE DE L'ETUDIANT(E)**

NOM de naissance : \_\_\_\_\_

Nom d'usage : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Lieu de naissance : \_\_\_\_\_ Département : \_\_\_\_\_

Adresse familiale : \_\_\_\_\_

Numéro de Sécurité Sociale : \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_

Signature :

**JOINDRE OBLIGATOIREMENT UN RELEVÉ D'IDENTITÉ  
BANCAIRE À VOTRE NOM**

## ANNEXE 6 : Demande de dispense d'UE



Groupe Hospitalier de Territoire  
Somme Littoral Sud

**PÔLE RESSOURCES HUMAINES,  
ENSEIGNEMENTS, SOINS « RHESo »**  
*Institut de Formation en Soins Infirmiers*



### DEMANDE DE DISPENSES D'UNITES D'ENSEIGNEMENTS I.F.S.I. C.H.U. AMIENS PICARDIE

En application des articles 7 et 8 de l'arrêté du 13 décembre 2018 modifiant l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier

**NOM DE NAISSANCE :**

**Prénom :**

#### **Pièces à fournir et à mettre dans une pochette avec cet imprimé complété :**

- La copie d'une pièce d'identité ;
- La photocopie du ou des diplôme(s) détenu(s) ;
- Le cas échéant, une attestation de validation d'ECTS de moins de 3 ans ;
- Le cas échéant, le (s) certificat (s) du ou des employeur(s) attestant de l'exercice professionnel de l'intéressé dans une des professions identifiées au 2° de l'article 7 ;
- Un curriculum vitae ;
- Une lettre de motivation ;
- Une attestation de niveau de langue B2 française pour les candidats étrangers.

#### **Intitulé des unités d'enseignements dont vous demandez la dispense**

<b><u>Semestre</u></b>	<b><u>U.E.</u></b>	<b><u>Intitulé</u></b>

Je demande à bénéficier d'une dispense d'enseignement au vu de mon cursus et/ou de mes acquis antérieurs.

Je demande à bénéficier d'une dispense de stage de semestre 1, au regard de mes diplômes obtenus et m'engage à réaliser un stage complémentaire sur la même période que le stage de semestre 1

**Date :**

**Signature de l'étudiant :**

**ANNEXE 7 : Demande d'aménagement**



Groupe Hospitalier de Territoire  
Somme Littoral Sud

**PÔLE RESSOURCES HUMAINES,  
ENSEIGNEMENTS, SOINS « RHESo »**  
*Institut de Formation en Soins Infirmiers*



**DEMANDE D'AMENAGEMENT DE LA FORMATION  
I.F.S.I. C.H.U. AMIENS PICARDIE**

*Arrêté du 31 juillet 2009 modifié par l'arrêté du 23 janvier 2020 – Art.1 création de l'article 4-1*

Je soussigné(e) (nom de naissance), .....

inscrit(e) à l'IFSI du CHU Amiens Picardie pour **l'année universitaire 2025-2026**, vous fait part de ma demande d'aménagement spécifique en lien avec l'arrêté du 23 janvier 2020 modifiant l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier, article 4-1 :

« Les étudiants peuvent solliciter un aménagement de leurs études auprès de la section compétente pour le traitement pédagogique des situations individuelles de l'institut dès lors que leur situation le justifie au titre de l'un des cas de figure suivants » : **(cochez le motif)**

**Activités complémentaires aux études :**

- Etudiants salariés qui justifient d'une activité professionnelle d'au moins 10 heures par semaine en moyenne dans les six derniers mois,
- Etudiants engagés dans plusieurs cursus,
- Etudiants entrepreneurs,
- Artistes et sportifs de haut niveau et étudiants exerçant les activités mentionnées à l'article L. 611-11 du code de l'éducation ;

**Situations personnelles particulières :**

- Femmes enceintes,
- Etudiants chargés de famille ou en situation de proche aidant,
- Etudiants en situation de handicap,
- Etudiants à besoins éducatifs particuliers,
- Etudiants en situation de longue maladie.

En effet, je suis (précisez votre situation).....  
.....

et je souhaiterais donc bénéficier des aménagements préconisés suivants :  
.....  
.....  
.....

**Pièces à fournir :**

- Une lettre de demande à l'attention de Monsieur Fabrice GOBEAUT, Directeur de l'IFSI ;
- Les justificatifs sous pli cacheté (certificats médicaux, compte rendu d'orthophoniste, etc.)
- Tout document susceptible de préciser la demande de l'étudiant (ex. : projet personnalisé de scolarisation, projet d'accueil individualisé (PAI), aménagements antérieurs autorisés au lycée ou à l'université)

**Date :**

**Signature de l'étudiant :**



Groupe Hospitalier de Territoire  
Somme Littoral Sud

**PÔLE RESSOURCES HUMAINES,  
ENSEIGNEMENTS, SOINS « RHESo »**  
*Institut de Formation en Soins Infirmiers*



# CERTIFICAT MEDICAL

**A faire compléter par UN MEDECIN AGRÉÉ  
et à remettre à l'institut au plus tard le jour de la rentrée**

Je soussigné(e), Docteur \_\_\_\_\_, médecin agréé  
atteste que Mme – M : \_\_\_\_\_  
né(e) le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession d'infirmier(ère)<sup>1</sup>.

présente une contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession d'infirmier(ère)<sup>1</sup>.

Observations :

---

---

Fait à :

le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Signature**

**Cachet du Médecin Agréé**

<sup>1</sup> Article 91 de l'arrêté du 21 avril 2007 modifié, relatif aux conditions de fonctionnement des Instituts de Formation paramédicaux

## Annexe 8 Bis : LISTE DES MÉDECINS AGRÉÉS DE LA SOMME

Valable du 1-02-2023 au 31-01-2026

Date de mise à jour : 02-04-2024

SPÉCIALITÉ	NOM PRÉNOM	COMMUNE	ADRESSE	TÉLÉPHONE
MÉDECINE GENERALE	DUCASTELLE Agnès	ABBEVILLE	2, rue Germinal	03.22.24.17.80
	DUBOIS Arnaud	AILLY LE HAUT CLOCHER	31 rue de la Poste	03.22.28.51.41
	LEGRAND Sandrine	ALBERT	20 rue Anicet Godin	03.22.74.49.00
	LENGLET Laëtitia	ALBERT	20 rue Anicet Godin	03.22.74.49.00
	AMIARD Valérie	AMIENS	EPSM SOMME Route de PARIS	
	BERLAND Hervé	AMIENS	32 rue des Otages	03.22.91.39.70
	CLERMONT-GAILLARD Sophie	AMIENS	41/5 rue Léon Dupontreue	03.22.44.73.73
	DOUAY Ludovic	AMIENS	CETD – CHU Amiens 1 rond-point Christian Cabrol – Hall 3 - RDC	03.22.66.88.20
	DUTHEUIL François	ALMIENS	1 rue Vaquette	03.22.82.81.81
	FOULON Stéphane	AMIENS	21 rue CDT Défontaine, MSP du PARC	03.22.91.68.15
	HOUBRON-BERTRAND Lydia	AMIENS	3 place Gambetta	03.22.93.79.11
	LAUDREN Antoine	AMIENS	1 rue Vaquette	03.22.82.81.81
	LETURQUE Jacques	AMIENS	1 rue Massenet	03.22.09.98.86 <a href="mailto:leturque.jacques@orange.fr">leturque.jacques@orange.fr</a>
	MARGUERY Gilles	AMIENS	171 rue Baudrez	03.22.72.32.20
	MUNSCH Thierry	AMIENS	3 place Gambetta - AMIENS	03.22.93.79.11
	NASSERALLAH Malika	AMIENS	6 rue Francs Juges 80080	03 22 51 77 58
	POSTEL Stéphanie	AMIENS	4 place des Provinces françaises	03.22.52.35.10
	ROUSSEL Eric	CAMON	6 rue Jean Catelas	03.22.49.30.30
	VACONSIN Céline	CAMON	17, rue Roger Salengro	03.22.53.92.92
	LEFEVRE Daniel	COMBLES	Maison Médicale, 1 place de la Mairie	03.22.85.07.90
	LECOUFLET Olivier	CONTY	12 place du Général de Gaulle	03.22.41.20.18
	DELAVIERE Alexandre	CORBIE	36 rue Jacques Pinsonneau	03.22.96.81.82
	PLE Lucien-Charles	CRECY EN PONTHIEU	24 rue du Maréchal Leclerc	03.22.23.56.57
	IN Chanmony	DOULLENS	MSP des Hauts de Somme 1bis rue Jean MOULIN	03.22.77.18.60
	CHARRIER Pierre	La CHAUSSÉE TIRANCOURT	3 place de l'Église	doc.charrier@wanadoo.fr 03.22.51.45.64
	CAPON Nicolas	LIOMER	Rue Jean moulin	
	ASSAKER Assaad	MONTDIDIER	6 bis place Exeter	03.22.78.18.50
	DEBAILLEUX Maxime	MONTDIDIER	6 bis place Exeter	03.22.78.09.25
	TIRET Christian	MOREUIL	29 rue Veuve Thibauville	03.22.09.70.28
	CHIDIAC Jean	NAOURS	2 B rue Baillon	03.22.93.63.30
	LESAFFRE Vincent	PERONNE	8 rue de la caisse d'épargne	03.22.84.54.30
	DUFOUR Daniel	PIERREPONT SUR AVRE	10 route Nationale	06.63.79.09.00
	BRUANDET Pascal	PIERREPONT SUR AVRE	71 route Nationale	03.22.78.94.24
	DIAKITE Sarah	ROISEL	3 rue des dr Mariani et Wurmser	03.75.03.01.63
	BOUDERLIQUE J.Louis	SALEUX	Chemin des Fleurs	03.22.45.29.74
	CLAISSE Arnaud	SALOUEL	27 rue Paul Eluard	aclaisse@wanadoo.fr 06.08 .98.28.01
	DEVENDEVILLE Agnès	SALOUEL	CHU AMIENS	03.22.45.60.60
	LEBLANC Didier	SAINT OUEN	80 rue du général de Gaulle	03.22.52.90.91
	LORRIAUX Philippe	TOURS EN VIMEU	rue Centrale	03.22.26.25.38
	ALBERGE Marc	VILLERS-BOCAGE	1Ter rue Neuve	03.22.93.70.30
REMISE Philippe	VILLERS- BRETONNEUX	11rue des tavernes	03.22.96.95.41	

## Attestation Médicale de Vaccination et d'Immunisation pour l'inscription des étudiants en santé

Formation : ..... Nom : ..... Nom de naissance :

.....

Prénom : ..... Date de naissance : .....Adresse mail :Tél :

Δ Si vous n'êtes pas à jour des vaccinations **OBLIGATOIRES**, vous ne serez pas autorisé à aller en stage. Cette attestation doit être communiquée avec les résultats\* sous pli confidentiel en même temps que votre dossier d'inscription (art L3111.4 du Code de la Santé Publique).

## VACCINATIONS OBLIGATOIRES

<b>dTP ou dTcP</b>	Rappel dTcP si un vaccin antioquelucheux n'a pas été fait depuis 5 ans (respecter un délai de 1 mois après le dernier dTP) et lors des rappels à âge fixe (25, 45, 65 ans)
	Dernier rappel dTP : date : .. / .. / ..... Vaccin : ..... Dernier rappel dTcP : date : .. / .. / ..... Vaccin : .....
<b>Hépatite B</b>	Rappel des conditions d'immunisation 1) Ac anti-HBS >100 (quelque soit l'histoire vaccinale et ancienneté des résultats) 2) Ac anti-HBS >10 et Ac anti-HBC négatif (si schéma complet) <b>(joindre les résultats)</b>
	Schéma complet : - Classique (3 doses) : 2 doses à 1 mois d'intervalle, la 3 <sup>e</sup> au moins 5 mois après la 2 <sup>e</sup> dose, - Adolescent (11 à 15 ans) : 2 doses espacées de 6 mois avec vaccin (Engérix B20 ou Genhévac B) - Accéléralé (à titre exceptionnel) : 3 doses en 21 jours, rappel à 1 an (Engérix B20 ou Genhévac B) 1 <sup>er</sup> dose : Date : .. / .. / ..... Vaccin : ..... 2 <sup>e</sup> dose : Date : .. / .. / ..... Vaccin : ..... 3 <sup>e</sup> dose : Date : .. / .. / ..... Vaccin : ..... Injections supplémentaires : Date : .. / .. / ..... Vaccin : ..... Date : .. / .. / ..... Vaccin : ..... Date : .. / .. / ..... Vaccin : .....

## VACCINATIONS RECOMMANDEES

<b>IDR</b> (valeur de référence quelle que soit la date)	Date : .. / .. / ..... Taille de l'induration en mm : .....				
<b>BCG</b>	Date vaccination : .. / .. / ..... ou cicatrice vaccinale : <input type="checkbox"/>				
<b>ROR</b> (Rougeole Oreillons Rubéole)	<table border="1"> <tr> <td>1<sup>er</sup> dose : Date : .. / .. / ..... Vaccin : .....</td> <td rowspan="2"><b>Varicelle</b></td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Antécédent maladie : date : .. / .. / .....</li> <li>● Si pas d'antécédent maladie ou doute → Sérologie IgG VZV* (joindre les résultats)</li> <li>● Si sérologie négative → vaccination recommandée</li> </ul>           1<sup>er</sup> dose : Date : .. / .. / ..... Vaccin : .....            .....            2<sup>e</sup> dose : Date : .. / .. / .....            Vaccin : .....         </td> </tr> <tr> <td>2<sup>e</sup> dose : Date : .. / .. / ..... Vaccin : .....</td> </tr> </table>	1 <sup>er</sup> dose : Date : .. / .. / ..... Vaccin : .....	<b>Varicelle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Antécédent maladie : date : .. / .. / .....</li> <li>● Si pas d'antécédent maladie ou doute → Sérologie IgG VZV* (joindre les résultats)</li> <li>● Si sérologie négative → vaccination recommandée</li> </ul> 1 <sup>er</sup> dose : Date : .. / .. / ..... Vaccin : ..... ..... 2 <sup>e</sup> dose : Date : .. / .. / ..... Vaccin : .....	2 <sup>e</sup> dose : Date : .. / .. / ..... Vaccin : .....
1 <sup>er</sup> dose : Date : .. / .. / ..... Vaccin : .....	<b>Varicelle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Antécédent maladie : date : .. / .. / .....</li> <li>● Si pas d'antécédent maladie ou doute → Sérologie IgG VZV* (joindre les résultats)</li> <li>● Si sérologie négative → vaccination recommandée</li> </ul> 1 <sup>er</sup> dose : Date : .. / .. / ..... Vaccin : ..... ..... 2 <sup>e</sup> dose : Date : .. / .. / ..... Vaccin : .....			
2 <sup>e</sup> dose : Date : .. / .. / ..... Vaccin : .....					
<b>Méningocoque C</b>	1 seule injection recommandée jusqu'à 24 ans → Date : .. / .. / ..... Vaccin : .....				
<b>COVID 19</b>	1 <sup>er</sup> dose : Date : .. / .. / ..... Vaccin : ..... 2 <sup>e</sup> dose : Date : .. / .. / ..... Vaccin : ..... 3 <sup>e</sup> dose : Date : .. / .. / ..... Vaccin : ..... 4 <sup>e</sup> dose : Date : .. / .. / ..... Vaccin : .....				

Je soussigné Dr ..... Certifie que les renseignements inscrits ci-dessous sont exacts

Fait le : .. / .. / .....

Signature et cachet du praticien

Avis du Médecin du Travail

Date : .. / .. / .....

 Dossier complet Dossier incomplet :