



Institut de Formation en Soins Infirmiers
Institut de Formation pour les Aides-Soignants

4 rue de l'ancien calvaire BP 145
62604 BERCK SUR MER Cedex
03 21 09 05 47-secretariat@ifsi-berck.fr

DOSSIER D'INSCRIPTION

FORMATION AIDE-SOIGNANTE

Pré-rentree le 3 décembre 2025 à 14h30

Rentrée janvier 2026

DOCUMENTS A FOURNIR IMPERATIVEMENT

Au plus tard le 13 novembre

- ☐ La fiche d'inscription recto-verso complétée et signée avec photo d'identité en couleur
- ☐ Une copie de votre carte d'identité recto-verso ou passeport en cours de validité (la date de validité est prolongée de 5 ans si vous étiez majeur au moment de son édition)
- ☐ Une photocopie de vos diplômes (ou relevé de notes du baccalauréat)
- ☐ Une attestation de responsabilité civile, fournie par votre assurance à votre demande, couvrant l'année 2026 avec les garanties spécifiques couvrant les risques professionnels de l'élève, y compris en stage.
- ☐ Une attestation de droits à la sécurité sociale en cours de validité. <http://www.ameli.fr>.
- ☐ Pour la fourniture d'un badge individuel d'accès à l'institut valable tout au long de la formation, un chèque de caution de **5 €** à l'ordre de l'Agent comptable du G.C.S avec votre nom et prénom au dos).
- ☐ **Le dossier médical comportant :**
 - Un certificat médical établi par un médecin agréé attestant que l'élève ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession
 - Un certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France
 - Un justificatif en cas de situation de handicap.



Région
Hauts-de-France



Institut de Formation en Soins Infirmiers
Institut de Formation pour les Aides-Soignants

4 rue de l'ancien calvaire BP 145
62604 BERCK SUR MER Cedex
03 21 09 05 47-secretariat@ifsi-berck.fr

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Nom de naissance : _____ Nom marital : _____

Prénoms : _____

Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____

Département : _____ Pays : _____ Nationalité : _____

Téléphone portable : _____ E-mail personnel : _____

Adresse durant l'année 2026 : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Adresse familiale : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Personne(s) à contacter en cas d'urgence :

▪ Nom/Prénom : _____ Lien de parenté : _____

Téléphone : _____

▪ Nom/Prénom : _____ Lien de parenté : _____

Téléphone : _____

Nom du médecin traitant : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone : _____

Diplômes - Formations :

Niveau scolaire à l'entrée en formation : _____

Dernier diplôme obtenu : _____ Année d'obtention : _____

Demande d'aménagement de formation :

☐ OUI ☐ NON

Transport :

La formation implique que l'élève puisse se rendre sur divers terrains de stage, qui ne seront pas forcément à proximité du domicile. Il incombe donc à l'élève de se rendre sur les lieux de stage par les moyens qu'il juge appropriés. **ATTENTION : certains lieux ou certains horaires de stage ne permettent pas l'utilisation des transports en commun.**

Permis de conduire ☐ Véhicule personnel ☐ Véhicule tierce personne ☐

Permis en cours ☐ Période d'obtention envisagée : _____

Autre moyen de déplacement ☐ Précisez _____

J'atteste sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements portés sur le présent document et m'engage à informer le secrétariat de l'Institut de tout changement.

Fait à _____, le ____/____/____

Signature de l'élève :

REGLEMENTATION

*MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS
Arrêté du 21 avril 2007 modifié relatif aux conditions de fonctionnement
des instituts de formation paramédicaux*

TITRE III VACCINATIONS POUR L'ENTRÉE EN FORMATION ET SUIVI MÉDICAL

Art. 91. – L'admission définitive dans un institut de formation préparant à l'un des diplômes visés à l'article 1er du présent arrêté est subordonnée :

a) A la production, au plus tard le premier jour de la rentrée, d'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 ;

b) A la production, au plus tard le jour de la première entrée en stage, d'un certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France.