



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

## Institut de Formation en Soins Infirmiers Groupement de Coopération Sanitaire de Formation en Santé

### DOSSIER D'INSCRIPTION ADMINISTRATIVE ANNEE UNIVERSITAIRE 2025/2026

**Pré-rentrée le 29 août 2025 à 9H30**

**Rentrée prévue le 01 septembre 2025 à 10 H**

**Lieu : 4 Rue de l'Ancien Calvaire - BP 145 - 62604 BERCK SUR MER CEDEX**

#### DOSSIER A RETOURNER AVANT LE :

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

#### VOTRE DOSSIER DOIT ÊTRE RETOURNE DANS LES DELAIS :

- **Par voie postale** : 4, rue de l'Ancien Calvaire – BP 145 – 62604 Berck-sur-Mer Cedex
- **Au secrétariat de l'institut** : après avoir pris rendez-vous au 03.21.09.05.47

L'admission **sera définitive** à l'IFSI dès la production au plus tard le 01 septembre 2025 :

- 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.
- D'un certificat médical de vaccination conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France.

**ATTENTION** : la mise à jour de vos vaccinations conditionne votre **admission définitive** à l'institut.



Région  
Hauts-de-Fra





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

## LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR

Nous vous rappelons que **la complétude** de votre dossier conditionne  **votre inscription définitive** et donc votre rentrée à l'institut le 1er septembre 2025.

### DOSSIER ADMINISTRATIF

- L'attestation d'admission PARCOURSUP pour les étudiants issus de cette plateforme
- La fiche de renseignements 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.
- Pour les bacheliers 2025** : une copie du relevé de notes du BAC dès réception (copie du diplôme à fournir impérativement avant le 31/12/2025)
- Pour les bacheliers antérieurs à 2025** : une copie du diplôme du baccalauréat ou équivalence (DEAS, DAEU...) ayant permis l'inscription sur la plateforme PARCOURSUP
- La fiche de prise en charge du coût de formation, dûment complétée et signée, et le justificatif de situation correspondant (*Annexe fiche de prise en charge du coût de formation*)
- Une attestation d'acquiescement de la Contribution à la Vie Etudiante et de Campus (CVEC) à télécharger sur le site <https://cvec.etudiant.gouv.fr>. Les personnes financées par leur employeur ne sont pas concernées
- Une attestation de responsabilité civile, fournie par votre assurance à votre demande, couvrant l'année universitaire 2025/2026 avec les garanties spécifiques couvrant les risques professionnels de l'étudiant en soins infirmiers, y compris en stage.
- Une attestation de droits à la sécurité sociale en cours de validité <http://www.ameli.fr>
- Une copie recto/verso du permis de conduire
- Une copie de la carte grise du véhicule utilisé pour les déplacements en stage (préciser vos nom et prénom si différents de ceux indiqués sur le document)
- Une copie de l'attestation d'assurance voiture
- Un relevé d'identité bancaire à votre NOM
- L'autorisation parentale pour les étudiants mineurs à la rentrée (*Annexe jointe*)
- Pour les frais d'inscription, un règlement uniquement par chèque de **178 €** à l'ordre de l'Agent comptable du G.C.S avec votre nom et prénom au dos). Ces droits demeurent acquis à l'IFSI quel que soit le motif d'un éventuel désistement
- 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).
- Demande de dispense d'Unités d'enseignements (*Annexe jointe*)
- Demande d'aménagement de la formation (*Annexe jointe*)



## **DOSSIER MEDICAL**

**(A fournir impérativement au plus tard le jour de la rentrée)**

- Le certificat médical d'aptitude établi par un médecin agréé (Annexe 1), *la liste des médecins agréés par département est disponible sur le site de l'ARS de votre région*
- L'attestation médicale d'immunisation et de vaccinations complétée (Annexe 2)
- Un justificatif en cas de situation de handicap



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

Primo-entrant

PHOTO  
**récente**  
obligatoire  
A coller

Nom de naissance : \_\_\_\_\_ Nom marital : \_\_\_\_\_

Prénoms : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

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

Téléphone portable : \_\_\_\_\_ **E-mail personnel** : \_\_\_\_\_

**Adresse durant l'année 2025-2026** : \_\_\_\_\_

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 : \_\_\_\_\_

**Voie d'accès à la formation** :

PARCOURSUP Année de sélection \_\_\_\_\_

Epreuves de sélection FPC Année de sélection \_\_\_\_\_



### Diplômes - Formations :

Année d'obtention du BAC ou équivalence : \_\_\_\_\_ Série : \_\_\_\_\_

Autre diplôme obtenu : \_\_\_\_\_ Année d'obtention : \_\_\_\_\_

Numéro INE : \_\_\_\_\_

Dernier établissement fréquenté (Lycée, Université, Classes préparatoires) :

---

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

OUI  NON

*Pour constituer un dossier de demande de dispense qui sera étudié lors de la section compétente pour le traitement pédagogique des situations individuelles des étudiants, vous pouvez obtenir l'aide des cadres formateurs dès la rentrée (Arrêté du 31/07/2009 modifié).*

### Demande d'aménagement de formation :

OUI  NON

### Statut actuel :

**Merci de cocher la ou les case(s) relative(s) à votre situation, compléter la fiche de prise en charge du coût de formation et joindre les justificatifs demandés**

Elève ou étudiant	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Demandeur d'emploi	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Salarié	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Boursier de l'enseignement supérieur	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

### Transport :

La formation implique que l'apprenant puisse se rendre sur divers terrains de stage, qui ne seront pas forcément à proximité du domicile. Il incombe donc à l'apprenant 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'apprenant :

Signature du représentant légal :  
(Si apprenant mineur)



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 PRISE EN CHARGE DU COÛT PÉDAGOGIQUE

Le statut pris en compte par la Région Hauts-de-France, pour la prise en charge du coût de formation, est celui que le candidat renseigne à la date de clôture des inscriptions à PARCOURSUP ou aux EPREUVES DE SELECTION.

**Attention**, la prise en charge du coût pédagogique doit être clairement définie le jour de votre rentrée, l'attestation de prise en charge sera donc fournie au plus tard le 1<sup>er</sup> septembre 2025.

Nom, prénom de l'étudiant : \_\_\_\_\_

### Exonération du coût pédagogique :

**Elève ou étudiant** en poursuite d'études sans interruption du système scolaire

**Elève ou étudiant** en poursuite d'études avec interruption inférieure à un 1 an

*Joindre le(s) certificat(s) de scolarité depuis l'obtention de votre baccalauréat et/ou l'attestation de service civique*

**Salarié(e) en emploi précaire**

*Joindre une attestation employeur ou une copie du contrat de travail*

**Demandeur d'emploi**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

certifie être inscrit(e) à France Travail depuis le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (**Attention** : date de la dernière inscription), sous l'identifiant France Travail : \_\_\_\_\_

Agence : \_\_\_\_\_ Département : \_\_\_\_\_

Indemnisé  OUI  NON

*Joindre obligatoirement un justificatif de France Travail*



**Prise en charge du coût de la formation (Tarif 2025/2026) :**

*Le coût de la formation est de 21000 € (L1 : 8750 € - L2 : 7000 € - L3 : 5250 €).*

*Les frais d'inscription s'élèveront à 178 €\* par année universitaire (\*Ces tarifs fixés et arrêtés pour l'année universitaire sont susceptibles d'évoluer les années suivantes.)*

**Salarié, profession libérale ou fonctionnaire**

Nom et adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Emploi occupé : \_\_\_\_\_

**Financement par :**

Employeur

*Joindre une attestation de prise en charge de votre employeur*

Transitions Pro – nombre d'années financées : \_\_\_\_\_

OPCO (Opérateurs de Compétences)

Bénéficiaire d'un projet reconversion-démission

*Fournir un justificatif*

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

*Joindre un engagement de paiement (se rapprocher du Service Finances de l'Institut pour les modalités tel : 03.21.09.88.03)*

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

Fait à \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

Signature

**Mobilisation du Compte personnel de formation (CPF) :**

Les salariés peuvent financer tout ou partie de la formation grâce à leur compte personnel de formation. Ils peuvent accéder à leur compte sur <https://www.moncompteformation.gouv.fr>



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

## AUTORISATION PARENTALE

### ACTE MEDICAL SUR UN APPRENANT MINEUR

Je soussigné(e), en tant que représentant légal,

Nom : ..... Prénom : .....

Domicilié(e) à :

.....  
.....

Téléphone : ..... E-mail : .....

- Autorise**
- N'autorise pas**

A faire pratiquer les soins médicaux et chirurgicaux nécessités par son état, à faire hospitaliser en cas d'urgence et à faire bénéficier des vaccinations recommandées :

- Mon fils
- Ma fille

Nom : ..... Prénom : .....

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

Date et signature du représentant légal :





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

## AUTORISATION D'EFFECTUER LE STAGE DE LA FORMATION POUR UN APPRENANT MINEUR

Je soussigné(e), en tant que représentant légal,

Nom : ..... Prénom : .....

Domicilié(e) à :

.....  
.....

Téléphone : ..... E-mail : .....

- Autorise**
- N'autorise pas**

A effectuer les stages de la formation :

- Mon fils
- Ma fille

Nom : ..... Prénom : .....

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

Date et signature du représentant légal :





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

**Demande de dispense d'Unités d'Enseignements**  
**I.F.S.I. - G.C.S. de formation en santé**  
Année universitaire 2025/2026

*En application des articles 7 et 8 de l'arrêté du 31 juillet 2009 modifié  
relatif au diplôme d'Etat d'Infirmier.*

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

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

Téléphone : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

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

- La copie d'une pièce d'identité
- Le(s) diplôme(s) original(aux) obtenu(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(e) 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 :**

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

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

Date : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Signature de l'étudiant :**





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

**Demande d'aménagement de la formation  
I.F.S.I. - G.C.S. de formation en santé  
Année universitaire 2025/2026**

*Arrêté du 31 juillet 2009 modifié par les arrêtés des 29 décembre 2022 et  
3 juillet 2023 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier*

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

Inscrit(e) à l'IFSI-G.C.S de formation en santé pour l'année universitaire 2025-2026 vous fait part de ma demande d'aménagement spécifique en lien avec l'arrêté du 31 juillet 2009 modifié notamment par les arrêtés des 29 décembre 2022 et 3 juillet 2023 relatif au diplôme d'Etat 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 souhaiterai donc bénéficier des aménagements préconisés suivants :

**Pièces à fournir :**

- Une lettre de demande à l'attention de Madame la Directrice du G.C.S de Formation en Santé,
- 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 :**





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

## CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE

**(ANNEXE 1)**

Je soussigné(e), Docteur \_\_\_\_\_,

Médecin agréé par la préfecture du département \_\_\_\_\_

Certifie que :

Madame/Monsieur \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Demeurant \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- ✓ Ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession  Infirmier(ière)  Aide-soignant(e)  Auxiliaire de Puériculture
- ✓ Les vaccins obligatoires sont à jour

Observations : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Certificat réalisé à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre pour servir et faire valoir ce que de droit.

A \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature et cachet du médecin agréé

## **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.*



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

## ATTESTATION MEDICALE D'IMMUNISATION ET DE VACCINATIONS (ANNEXE 2)

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

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

Formation infirmière  1<sup>ère</sup> année  2<sup>ème</sup> année  3<sup>ème</sup> année

Formation aide-soignante

Formation auxiliaire de puériculture

### VACCINATIONS OBLIGATOIRES

✓ **IDR** (Intradermoréaction à la tuberculine-Valeur de référence quelle que soit la date)

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Taille de l'induration en mm : .....

**Si négatif pas de revaccination**

✓ **Diphtérie, tétanos et poliomyélite**

Dernier rappel DTP

Vaccin : ..... Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dernier rappel DTCP

Vaccin : ..... Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

✓ **Hépatite B**, selon les conditions définies au verso (**Joindre une sérologie**)

Ac anti HBs > 100

Schéma vaccinal complet :

10 < Ac anti HBs < 100

1<sup>ère</sup> dose : Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Vaccin : \_\_\_\_\_

2<sup>ème</sup> dose : Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Vaccin : \_\_\_\_\_

3<sup>ème</sup> dose : Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Vaccin : \_\_\_\_\_

Injections supplémentaires

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Vaccin : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Vaccin : \_\_\_\_\_

### VACCINATIONS RECOMMANDEES

✓ **BCG**

Date vaccination : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ou cicatrice vaccinale

✓ **ROR**

1<sup>ère</sup> dose : Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Vaccin : \_\_\_\_\_

2<sup>ème</sup> dose : Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Vaccin : \_\_\_\_\_

✓ **VARICELLE**

Antécédent maladie – Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Si sérologie négative :

1<sup>ère</sup> dose Vaccin : .....

2<sup>ème</sup> dose Vaccin : .....

**△ Si vous n'êtes pas à jour des vaccinations OBLIGATOIRES, vous ne serez pas autorisé(e) à aller en stage.**

Je, soussigné(e) Docteur .....

certifie que les renseignements inscrits ci-dessus sont exacts.

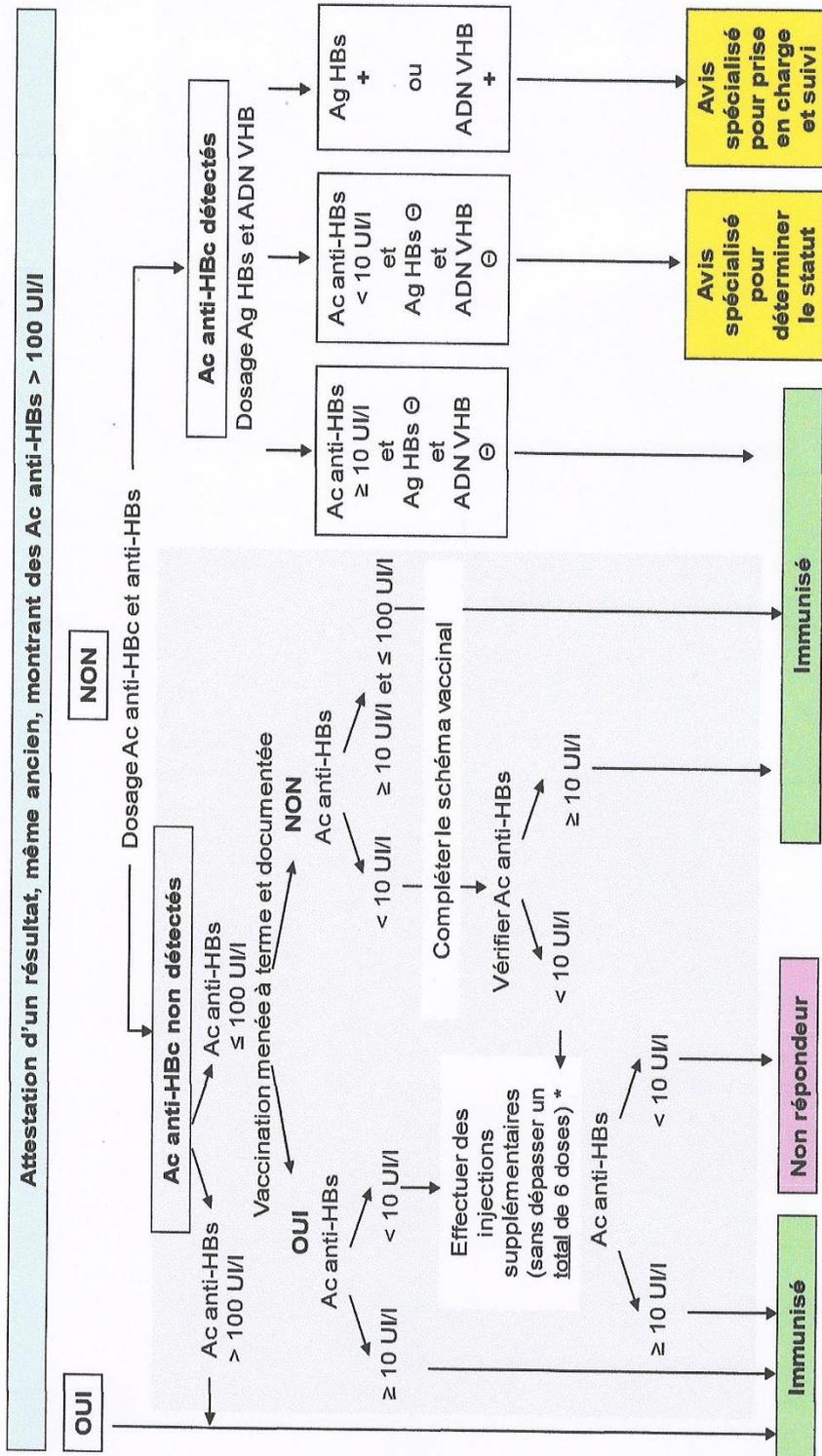
Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature et cachet du médecin



Région  
Hauts-de-France

Algorithme pour le contrôle de l'immunisation des professionnels de santé



\* Sauf cas particulier voir 4° de l'annexe 2 de l'arrêté

Légende : Ac: anticorps ; Ag : antigène ; VHB : virus de l'hépatite B