

## **DOSSIER D'INSCRIPTION ADMINISTRATIVE**

**Année universitaire 2026/2027**

**Journée d'accueil le 31 août 2026 à 9h30**

**Rentrée le 01 septembre 2026 à 10h00**

**Lieu : 4 Rue de l'Ancien Calvaire - BP 145 - 62604 Berck-sur-Mer Cedex**

### **DOSSIER A RETOURNER AVANT LE :**

**17 juillet 2026 pour les candidats ayant accepté leur admission entre  
le 02 juin et le 10 juillet 2026 inclus**

**24 août 2026 pour les candidats ayant accepté leur admission entre  
le 12 juillet et le 23 août 2026 inclus**

**Pour toute proposition d'admission acceptée à partir du 24 août 2026, l'inscription  
administrative doit se faire dans les plus brefs délais.**

### **VOTRE DOSSIER DOIT ÊTRE RETOURNÉ DANS LES DÉLAIS IMPARTIS**

**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**

**Attention : l'admission à l'IFSI ne sera définitive qu'à la production au plus tard le jour de  
la rentrée d'un dossier d'inscription complet**

### ***DOCUMENTS A FOURNIR IMPERATIVEMENT***

**Nous vous rappelons que votre inscription définitive et donc votre rentrée à l'institut ne sera validée qu'à réception de votre dossier complet**

#### **Dossier administratif**

- La fiche de renseignements recto-verso complétée et signée avec photo d'identité en couleur
- Attestation d'admission PARCOURSUP pour les étudiants issus de cette sélection
- Justificatif d'inscription à l'UPJV
- Photocopie de la carte d'identité recto-verso ou passeport en cours de validité
- Photocopie du titre de séjour en cours de validité (étudiants de nationalité étrangère)
- Pour les bacheliers 2026** : photocopie du relevé de notes du BAC dès réception (photocopie du diplôme à fournir impérativement avant le 31/12/2026)
- Pour les bacheliers antérieurs à 2026** : photocopie du diplôme du BAC ou équivalence (DEAS, DAEU, ...)
- Photocopie du diplôme et une attestation de comparabilité Enic Naric (diplôme acquis à l'étranger)
- Photocopie de la traduction du (des) diplôme (s)
- Niveau B2 Français
- Fiche de prise en charge du coût de formation, dûment complétée et signée (document joint), et le justificatif de situation correspondant
- Photocopie recto/verso du permis de conduire conforme à la législation en vigueur et en état de validité
- Photocopie 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)
- Photocopie de l'attestation d'assurance voiture
- Relevé d'identité bancaire (RIB) à votre Nom
- Autorisation parentale pour les étudiants mineurs à la rentrée (document joint)
- Demande de dispense d'unités d'enseignements (document joint)
- Demande d'aménagement de la formation (document joint)
- Attestation d'assurance de responsabilité civile professionnelle, fournie par votre assurance à votre demande, couvrant l'année universitaire en cours avec les garanties spécifiques couvrant les risques professionnels de l'étudiant, y compris en stage.
- 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, vous devez régler une caution de **5 euros (5€)** : par virement bancaire, carte bancaire ou par chèque bancaire à l'ordre de l'Agent comptable du G.C.S avec votre nom et prénom au dos.

#### **Dossier médical comportant (à fournir impérativement au plus tard le jour de la rentrée)**

- Certificat médical d'aptitude, de vaccination et d'immunisation délivré par un médecin agréé (document joint) : listes par départements disponibles sur le site de l'ARS
- Justificatif(s) en cas de situation de handicap



**Fiche de renseignements  
Formation en soins infirmiers  
L1 Primo-entrant**

PHOTO  
récente  
obligatoire  
A coller

NOM de naissance : ..... NOM marital : .....  
Prénom(s) : .....  
Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....  
Département : ..... Pays : ..... Nationalité : .....  
Téléphone : ..... E-mail : .....

**Adresse pendant la durée de la formation :**

.....  
Code postal : ..... Ville : .....

**Adresse familiale :**

.....  
Code postal : ..... Ville : .....

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

NOM/Prénom : ..... Lien de parenté : .....  
Téléphone : .....  
NOM/Prénom : ..... Lien de parenté : .....  
Téléphone : .....

**Médecin traitant :**

NOM du médecin traitant : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
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'enseignements :**

OUI       NON

*Si oui, vous devez dès la rentrée constituer un dossier de demande de dispense qui sera étudié lors de la section compétente pour le traitement pédagogique des situations individuelles des étudiants (Arrêté du 20/02/2026).*

**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***

Etudiant	<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

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'étudiant(e) :  
.....

Signature du représentant légal :  
(Si étudiant mineur)  
.....

Je soussigné(e), Docteur .....

Médecin agréé par la préfecture du département .....

Médecin traitant

Certifie que :

Madame/Monsieur .....

Né(e) le ..... / ..... / .....

Domicilié(e) à : .....

Code postal : ..... Ville : .....

1. Ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession \* :

Infirmier(ère)

Aide-Soignant(e)

Auxiliaire de Puériculture

Ambulancier(ère)

2. Ses vaccinations obligatoires sont à jour \*

Si NON préciser :

.....  
.....

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

A .....

Signature et cachet du médecin

Le ..... / ..... / .....

.....

**\* Références réglementaires**

- 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 des étudiants et des élèves.

Article 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.

- Arrêté du 2 août 2013 rend obligatoire la vaccination contre l'hépatite B pour les étudiants se préparant à l'exercice d'une profession en santé. Il est vivement conseillé de débiter le schéma vaccinal au minimum 3 mois avant la rentrée scolaire ou dans les plus brefs délais de manière à apporter la preuve d'une immunité vaccinale récente et complète au moment de l'entrée en formation initiale.

Je soussigné(e) :

Nom ..... Prénom : .....

- Père
- Mère
- Représentant légal

Domicilié(e) à : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... E-mail : .....

**Autorise** à délivrer les soins médicaux nécessités par l'état de santé concernant :

**N'autorise pas** à délivrer, en dehors des situations d'urgence caractérisées par la nécessité d'une intervention médicale immédiate, les soins médicaux concernant :

- Mon fils mineur
- Ma fille mineure
- L'enfant mineur (e)

Nom ..... Prénom : .....

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

Dans le cadre de la formation suivie :

- Infirmier(ère)
- Aide-Soignant(e)
- Auxiliaire de Puériculture

Fait à : ..... le : .....

Signature du (de la) père/mère/représentant légal

.....

*\* Article L.1111-4 du Code de la Santé Publique*

*\* Article L.1111-5 du Code de la Santé Publique*

*\* Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé*

Je soussigné(e) :

Nom ..... Prénom : .....

- Père  
 Mère  
 Représentant légal

Domicilié(e) à : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... E-mail : .....

- Autorise**  
 **N'autorise pas**  
 Mon fils mineur  
 Ma fille mineure  
 L'enfant mineur (e)

Nom ..... Prénom : .....

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

A effectuer les stages dans le cadre et conformément à la formation suivie :

- Infirmier(ère)  
 Aide-Soignant(e)  
 Auxiliaire de Puériculture

Fait à : ..... le : .....

Signature du (de la) père/mère/représentant légal

.....

*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 à nous remettre au plus tard le jour de la rentrée.

Nom, prénom de l'étudiant(e) :

.....

**Exonération du coût pédagogique :**

**Etudiant (e)** en poursuite d'études sans interruption du système scolaire

**Etudiant (e)** 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 photocopie 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 (e) :  OUI  NON

*Joindre obligatoirement un justificatif de France Travail*

**Prise en charge du coût de la formation (Tarif en vigueur - base AG 2024) :**

- *Coût de la formation : 23100 € (L1 : 11200 € - L2 : 6300 € - L3 : 5600 €) ;*
- *Frais d'inscription : 178 euros (base 2025-2026 – tarif fixé par le ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche et le ministère de l'Economie) pour chacune des 3 années de formation.*

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

NOM : ..... Prénom .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

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

*Joindre 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

.....

Je soussigné(e) ....., inscrit(e) à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers du G.C.S de formation en santé de Berck-sur-Mer pour l'année universitaire 2025-2026, vous fait part de ma demande d'aménagement spécifique conformément à l'arrêté du 20 février 2026 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, article 37-1 : « *Les étudiants peuvent solliciter un aménagement de leurs études, auprès de l'instance compétente, lorsqu'ils se trouvent dans l'un des cas de figure suivants* » :

**Activités complémentaires aux études :**

- Etudiants salarié (e) qui justifie d'une activité professionnelle d'au moins 10 heures par semaine en moyenne au cours des six derniers mois
- Etudiant (e) engagé (e) dans plusieurs cursus
- Etudiant (e) entrepreneur (e), artiste ou sportif de haut niveau
- Etudiant (e) exerçant les activités mentionnées à l'article L. 611-11 du code de l'éducation

**Situations personnelles particulières :**

En effet, je suis (précisez votre situation) :

- Femme enceinte
- Etudiant (e) chargé (e) de famille ou en situation de proche aidant
- Etudiant (e) en situation de handicap
- Etudiant (e) à besoins éducatifs particuliers
- Etudiant (e) en situation de longue maladie

Et je souhaiterai donc bénéficier des aménagements 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 et tout autre document justificatif) ;
- Tout document susceptible de préciser la demande de l'étudiant (e) (ex. : projet personnalisé de scolarisation, projet d'accueil individualisé (PAI), aménagements antérieurs autorisés au lycée ou à l'université).

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

Signature de l'étudiant (e)

.....

Je soussigné(e) ....., inscrit(e) à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers du G.C.S de formation en santé pour l'année universitaire ....., vous fait part de ma demande de bénéficier d'une dispense d'enseignement ou de semestres conformément à l'article 18 de l'arrêté du 20 février 2026 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier :

**Pièces à fournir et à mettre dans une pochette avec cette demande complétée :**

- Photocopie d'une pièce d'identité, passeport ou titre de séjour ;
- Curriculum vitae ;
- Photocopie des diplômes, certificats ou autres titres obtenus ;
- Le cas échéant, une attestation de validation d'ECTS ;
- Le cas échéant, le(s) certificat(s) du ou des employeur(s) attestant de l'exercice professionnel ;
- Lettre de motivation précisant l'engagement dans le dispositif ;
- Lettre d'engagement de l'employeur ;
- Attestation de niveau de langue B2 française pour les candidats étrangers ;
- Attestation de validation du parcours spécifique ;
- Tout autre document jugé utile par le candidat à l'appui de sa demande.

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

Signature de l'étudiant (e)

.....



## Attestation de transport d'étudiant

**Année 2026-2027**

**Joindre impérativement une copie de la carte d'identité du prêteur pour la validation de l'attestation.**

**Retour à la comptabilité en main propre ou**  
**par mail à : [comptabilite@ifsi-berck.fr](mailto:comptabilite@ifsi-berck.fr)**

Je, soussigné(e) Madame, Monsieur : .....

En qualité de : .....

Certifie conduire le véhicule immatriculé : .....

Et transporter Madame, Monsieur : .....

Etudiant (e) en soins infirmiers de :

- 1ère année
- 2ème année
- 3ème année

Fait à .....

Le.....

Signature du conducteur :

Signature de l'étudiant :



## Attestation de prêt de véhicule

Année 2026-2027

**Joindre impérativement une copie de la carte d'identité du prêteur pour la validation de l'attestation.**

**Retour à la comptabilité en main propre ou**  
**par mail à : [comptabilite@ifsi-berck.fr](mailto:comptabilite@ifsi-berck.fr)**

Je, soussigné(e) Madame, Monsieur : .....

En qualité de : .....

Certifie prêter le véhicule immatriculé : .....

A Madame, Monsieur : .....

Etudiant (e) en soins infirmiers de :

- 1ère année
- 2ème année
- 3ème année

Fait à .....

Le.....

Signature du prêteur :

Signature de l'étudiant :