

Dossier d'inscription à l'entrée en Formation Infirmière Promotion 2025-2028

Inscription sur RDV, veuillez contacter le secrétariat au **04 67 09 22 66**
entre 9h et 12h, le dossier sera à rapporter complet et conforme pour
validation de votre inscription.

Dates inscriptions :

16/07/2025

17/07/2025

18/07/2025

Nous contacter :

IFMS du CHB
21 boulevard Kennedy
34 500 BEZIER

Tél : 04 67 09 21 60

Mail : ifms@ch-beziers.fr

Site : www.ifsibeziers.fr

Informations Pratiques :

- Une photo sera réalisée le jour de votre inscription administrative, merci d'adapter votre tenue.
- L'Institut de Formation aux Métiers de la Santé sera fermé :
Du 04/08/2025 au 17/08/2025 inclus
- En cas de désistement, de demande d'informations, de report d'entrée en formation, d'envoi de documents ou toute autre question, merci de nous adresser un mail à l'adresse suivante :

ifms@ch-beziers.fr

- La rentrée scolaire aura lieu le 1er septembre 2025 pour la formation Infirmière.
- Le règlement intérieur, le projet pédagogique et le déroulé calendaire de l'IFMS pour 2025-2026 seront mis en ligne sur notre site internet au plus tard le vendredi 22 août 2025, vous devrez en prendre connaissances pour la rentrée.

Aucun stationnement n'est autorisé dans l'enceinte de l'établissement

ainsi que sur les parkings privés ou commerçants alentours, sous peine de mise en fourrière.

LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR



TOUTES LES PIÈCES DEMANDÉES SONT ATTENDUES LORS DE VOTRE INSCRIPTION ADMINISTRATIVE.

DANS LE CAS CONTRAIRE, VOTRE INSCRIPTION SERA CONFIRMÉE UNIQUEMENT À RÉCEPTION DE LA TOTALITÉ DES PIÈCES.

FICHES DU DOSSIER D'INSCRIPTION À TÉLÉCHARGER, À COMPLÉTER, À SIGNER ET À FOURNIR

- ☐ Fiche d'inscription (page 5)
- ☐ Fiche de renseignement sur la prise en charge financière de formation (page 7)
- ☐ Fiche de renseignement pour les stages (page 9)
- ☐ Certificat médical d'aptitude complété, signé et tamponné par un **Médecin Agréé** (modèle page 13)
NB : les listes des médecins agréés sont disponibles sur les sites des ARS de votre Département
- ☐ Attestation d'assurance responsabilité civile (modèle page 15)
- ☐ Dossier du service de santé au travail, à faire compléter et signer par votre **Médecin Traitant** (page 19 à 21)

DOCUMENTS À FOURNIR

- ☐ 2 photocopies **sur une feuille au format A4** de votre pièce d'identité avec photo, recto/verso **en cours de validité** : Carte Nationale d'Identité ou Passeport pour les candidats français ; Carte de séjour avec la mention « Autorisé à travailler » pour les candidats étrangers,
- ☐ 2 copies de votre attestation de droits à l'assurance maladie de la sécurité sociale (site <https://www.ameli.fr/>) Si vous n'êtes pas affilié à la sécurité sociale mais à une autre caisse, vous devez faire les démarches auprès de la sécurité sociale.
- ☐ 2 relevés d'identité bancaire à votre propre nom (RIB), **sur feuille au format A4**
- ☐ 1 copie du Baccalauréat ou du titre admis en dispense (ainsi que l'attestation délivrée par le site : <https://diplome.gouv.fr/sanddiplome/login> confirmant la validité de votre diplôme)
Merci de vous présenter au rendez-vous avec l'original de votre/vos diplômes
- ☐ 1 copie de la carte grise du véhicule que vous utiliserez pour vous rendre en stage.
Merci d'y inscrire vos nom et prénom si différents de ceux indiqués sur la carte grise
- ☐ Un chèque correspondant au montant des frais d'inscription pour l'année universitaire 2025-2026 à l'ordre de « IFSI Béziers - Régie de Recette » de 178€ avec le nom et prénom de l'étudiant au dos
- ☐ L'attestation de CVEC (Contribution à la Vie Etudiante et de Campus) (info page 8)

SELON VOTRE SITUATION, MERCI DE FOURNIR OBLIGATOIREMENT L'UN DES JUSTIFICATIFS SUIVANTS :

- ☐ Un certificat de scolarité (année 2024-2025)
- ☐ Ou une « Notification d'inscription à France Travail » ET un « Avis de situation » disponible sur votre espace personnel France Travail
- ☐ Ou une attestation d'accord de financement pour une autre prise en charge (employeur / OPCO / financement personnel / autre)

LE CAS ECHEANT

- ☐ L'attestation des 2 parents ou du tuteur/tutrice légal/légale pour les personnes mineures à l'entrée en formation (*modèle page 17*)
- ☐ La demande de dispense totale ou partielle d'unité d'enseignement (*page 11*)
- ☐ La notification de la CDAPH (*Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées*) ou du médecin scolaire pour les étudiants demandant un aménagement de formation
- ☐ 1 copie de l'AFGSU Niveau 2 ou attestation de recyclage (Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgences) datant de moins de 4 ans
- ☐ La copie de votre permis de conduire valide pour les titulaires
- ☐ Le relevé d'information restreint du permis de conduire (RIR) à télécharger sur le site suivant : <https://mespoints.permisdeconduire.gouv.fr>

FICHE D'INSCRIPTION ADMINISTRATIVE

Types de sélections d'entrée : ☐ **Parcoursup** ☐ **FPC** (Formation Professionnelle Continue)

Etat civil

Civilité : ☐ Madame ☐ Monsieur

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

Né.e le :/...../..... à (ville et département) :

Pays de naissance : Nationalité :

Numéro de sécurité sociale :

Coordonnées

Adresse :

.....

Code Postal : Ville :

Téléphone :/...../...../...../..... Portable :/...../...../...../.....

Merci de créer, pour la durée de votre formation, une adresse mail selon le modèle suivant :

nomdenaissance.prenom.ifs@gmail.com

☐ Je confirme avoir créé l'adresse e-mail suivante comme indiqué ci-dessus :

ifs@gmail.com (ECRIRE EN MAJUSCULE)

Niveau d'études

Titulaire du Baccalauréat : ☐ Oui Série : ☐ Non

Année d'obtention : Numéro INE ou BEA (bacheliers après 1995)

Autre diplôme (préciser lequel) :

Autre niveau d'études (préciser lequel) :

Titulaire de l'AFGSU de niveau II : ☐ non ☐ oui, date :

Véhicule

Permis : ☐ Oui ☐ Non ☐ En cours

Véhicule : ☐ Oui ☐ Non

Personnes à contacter en cas d'urgence

Nom et Prénom personne 1 :

Lien : (père/mère/conjoint/autre à préciser) :

Téléphone :

Nom et Prénom personne 2 :

Lien : (père/mère/conjoint/autre à préciser) :

Téléphone :

Demande d'aménagement de formation

☐ oui (fournir notification CDAPH ou médecin scolaire) ☐ non

Le signataire atteste la sincérité de tous les renseignements portés sur le présent document et s'engage à informer l'IFMS de tout changement.

Fait à :

Le :

Signature :

**NE RIEN INSCRIRE SUR
CETTE PAGE**

FICHE DE RENSEIGNEMENT PRISE EN CHARGE FINANCIERE DE LA FORMATION : PROMOTION 2025-2028

Nom de naissance : Nom d'usage :
Prénom :
☐ Parcoursup ☐ FPC ☐ Report

TITRE D'INSCRIPTION

- ☐ Candidat.e inscrit en terminale, série : Année : 2025
☐ Baccalauréat, série : Année :
☐ Autre diplôme de niveau IV : Année :
☐ DE d'Aide-Soignant.e Année :
☐ DE d'Auxiliaire de Puériculture : Année :
☐ Autres : Année :

STATUT EN ENTREE EN FORMATION

- ☐ Poursuite de Scolarité
☐ Demandeur d'emploi
 o Date d'inscription :/...../.....
 o N° identifiant France Travail:
 o **Indemnisation : oui ☐ non ☐**
☐ Salarié.e en CDI ou Fonctionnaire en activité
☐ Salarié.e en CDI ou Congé sans solde ou fonctionnaire en disponibilité
☐ Contractuel, CDD en activité
☐ Contractuel, CDD en congé sans solde
☐ CDI, CDD en congé parental
☐ Autres :

FORMATION PRISE EN CHARGE PAR

- ☐ La Région
☐ Employeur / OPCO
 o Nom :
 o Adresse :
 o Téléphone :
 o Personne de contact au RH :
 o Adresse mail RH, service formation (OBLIGATOIRE)
☐ Financement personnel (chèque)
 o Montant :

Le signataire atteste la sincérité de tous les renseignements portés sur le présent document et s'engage à informer l'IFMS de tout changement.

Fait à :
 Le :
 Signature :

CADRE RÉSERVÉ à L'IFMS

- ☐ KAIROS
☐ Demande de BOURSE
☐ PPH
 CHB / CH.....
☐ TRANSITION-PRO
☐ OPCO

☐ AUTRES :
☐ FINANCEMENT
PERSONNEL

INFORMATION FRAIS D'INSCRIPTION ET CVEC

Afin de valider votre inscription dans notre établissement, vous devez **OBLIGATOIREMENT** vous acquitter des frais d'inscription ainsi que de la CVEC (Contribution à la Vie Etudiante et de Campus)

- Les frais d'inscriptions sont à régler par chèque lors de votre inscription auprès du secrétariat (cf liste des documents à fournir)
- La CVEC est à régler dès maintenant sur le site du CROUS : <http://cvec.etudiant.gouv.fr>

CVEC (CONTRIBUTION A LA VIE ETUDIANTE ET DE CAMPUS) : 105 EUROS

Les étudiants en soins infirmiers doivent obligatoirement s'acquitter de la CVEC qui est en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2018 (Article de loi N° 2018-166 du 08 Mars 2018). Elle comprend :

- La cotisation au FSDIE (Fonds de Solidarité et de Développement des Initiatives Etudiantes)
- La cotisation pour les activités sportives et culturelles
- La cotisation pour la médecine préventive

Ne sont pas concernés les étudiants en formation continue (formation prise en charge par un employeur ou un organisme collecteur) qui sont exonérés de la CVEC. Merci d'en informer le secrétariat le jour de votre inscription.

Tous les étudiants doivent :

- S'inscrire en ligne sur le site du CROUS (Centre Régional des Œuvres Universitaires et Scolaires): <http://cvec.etudiant.gouv.fr>
- **Télécharger et imprimer sur papier l'attestation (paiement ou exonération) pour la fournir lors du rendez-vous faute de quoi l'inscription ne sera pas finalisée.**

Les étudiants boursiers Région ou boursiers sur critères sociaux auront la possibilité de se faire rembourser après la rentrée.

**DANS TOUS LES CAS, VOUS DEVEZ FAIRE UN POINT SUR
VOTRE COTISATION AVEC LE SECRÉTARIAT**

FICHE DE RENSEIGNEMENT POUR LES STAGES IDE 2025-2028

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

Adresse initiale :

.....

Adresse durant la formation :

.....

Afin de construire un parcours de stage favorisant au mieux votre formation, merci de compléter le tableau ci-dessous (**expérience professionnelle/stage dans le domaine sanitaire et/ou social et/ou médico-social d'au moins 3 mois**) :

Profession	Etablissement	Service	Temps d'exercice (mois et année)
Exemple : AS	Centre Hospitalier de Béziers	Urgences	3 ans et 4 mois

Les stages sont :

- Organisés et planifiés par l'IFMS,
- S'effectuent sur l'Hérault et les départements limitrophes, **Vous devez donc être autonome dans vos déplacements,**
- Les horaires correspondent aux horaires de service (matin, soir, nuit, coupé, week-end ...). **Vous devez donc vous rendre disponible sur les horaires organisés par le service,**

Je soussigné, atteste avoir pris connaissance des informations relatives aux stages et m'engage à être autonome lors de ma formation, tant pour venir en cours que pour me rendre sur mes lieux de stage. J'atteste de la véracité de la complétude de ce document.

Fait à :

Le :

Signature :

**NE RIEN INSCRIRE SUR
CETTE PAGE**

DEMANDE DE DISPENSE TOTALE OU PARTIELLE D'UNITE D'ENSEIGNEMENT EN FORMATION EN SOINS INFIRMIERS PROMOTION 2025-2028

En Référence à l'article de l' Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier modifié le 16 décembre 2022, les personnes admises en formation peuvent faire l'objet de dispense d'enseignements.

Je soussigné (nom et prénom de l'étudiant.e)

Inscrit.e à l'Institut de Formation des Métiers de la Santé du Centre Hospitalier de Béziers en 1ère année de formation en soins infirmiers,

Sollicite, conformément à la notice d'information, la possibilité de valider les unités d'enseignement (UE) en lien avec mon/mes diplôme.s :

.....
.....

Pour permettre l'examen de ma demande, je transmets les documents suivants :

- Le présent formulaire de demande,
- La photocopie du ou des diplômes originaux détenus donnant droit à dispense (à présenter avec l'original)
- Le cas échéant, une attestation de validation d'ECTS de moins de 3 ans
- Le cas échéant, le.s certificat.s du ou des employeurs attestant de l'exercice professionnel de l'intéressé
- Un curriculum vitae
- Une lettre de motivation
- Une attestation de niveau de langue B2 Française pour les candidats étrangers.

Fait à :

Le :

Signature :

INFORMATION CONCERNANT LES DEMANDES DE DISPENSE TOTALE OU PARTIELLE D'UNITE D'ENSEIGNEMENT EN FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

Référence réglementaire : 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 7 - 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 nouveaux entrants doivent déposer leur demande de dispense d'UE avec les documents justificatifs lors de leur inscription administrative de rentrée et au plus tard à la clôture de Parcours Sup (12 septembre 2024), le cachet de la poste faisant foi. Tout dossier incomplet ou parvenu hors délai ne sera pas étudié et aucune dispense ne pourra être accordée.

Les demandes sont :

- Étudiées par la Direction de l'IFMS avec la vérification des documents originaux,
- Présentées pour décision à la Section Compétente pour le Traitement Pédagogique des Situations Individuelles des Etudiants.
- La décision d'accord de dispense sera signifiée aux intéressés par courrier.

MODALITES DE DISPENSES

La demande de dispense peut concerner des enseignements dans l'ensemble du cursus de 3 ans. Elle est examinée en fonction du cursus précédemment suivi et validé.

Des règles de dispenses ont déjà été validées par la Section Compétente pour le Traitement Pédagogique des Situations Individuelles des Etudiants. Les dispenses concernent des cours magistraux et la participation aux travaux dirigés restent obligatoires.

Pour les diplômés de l'université dans les domaines autres que la santé (biologie, sciences humaines, anglais...), seules les UE contributives sont concernées par la possibilité de dispense (cf. annexe V de l'arrêté du 31 juillet 2009 modifié par l'arrêté du 16 décembre relatif au diplôme d'Etat d'infirmier : UE 1, UE 2, UE 6). Il est précisé que ces enseignements dits « contributifs » coordonnés par l'université, sont dispensés au regard des besoins de l'apprentissage de la profession infirmière. La compatibilité des acquis sera examinée avec soin avant de délivrer la dispense correspondante.

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE (MODELE)

Je, soussigné.e Docteur.e

Médecin agréé.e du département de

Atteste que M

Ne présente pas de contre-indication physique ou psychologique à l'exercice de la profession d'infirmier.ère.

Fait à

Le

Signature et cachet du Médecin Agréé :

NE RIEN INSCRIRE SUR CETTE PAGE

ATTESTATION DE RESPONSABILITE CIVILE (MODELE)

cf Instruction N°DGOS/RH1/2010/243 du 5 juillet 2010 relative aux modalités de mise en oeuvre de la réforme LMD au sein des instituts de formation en soins infirmiers : ...Les frais d'assurance de responsabilité civile sont à la charge des étudiants. Il appartient à ceux-ci de souscrire un avenant limité dans le temps auprès de la compagnie d'assurance qui gère leur contrat « multirisques habitation – responsabilité civile » ou celui de leurs parents. Le choix du montant des garanties assurées relève dorénavant de la seule responsabilité des candidats. Les candidats doivent être garantis pour l'ensemble des risques suivants couvrant la responsabilité civile, tant lors du stage que des trajets occasionnés par celui-ci : accidents corporels causés aux tiers ; accidents matériels causés aux tiers ; dommages immatériels....

Je soussigné, Société (Nom de la Compagnie d'Assurance) :

atteste que (Nom et prénom de l'assuré.e) :

est assuré.e dans le cadre de ses études en soins infirmiers et ce durant l'année scolaire 2025-2026 tant lors des stages que des :

- Trajets occasionnés par ceux-ci ;
- Accidents corporels causés aux tiers ;
- Accidents matériels causés aux tiers ;
- Dommages immatériels.

Nom du contrat d'assurance :

Numéro de contrat :

Fait à :
Le :
Signature et cachet de la Compagnie
d'Assurance :

En l'absence de ces mentions, votre Responsabilité Civile ne pourra être acceptée.
Nous vous prions donc de vous présenter, le jour de l'inscription, muni(e) d'une
attestation d'assurance les incluant explicitement

**NE RIEN INSCRIRE
SUR CETTE PAGE**

ATTESTATION DES PARENTS / TUTEUR LEGAL POUR UN ETUDIANT MINEUR LE JOUR DE LA RENTREE

Nom et Prénom de l'étudiant :

Nous soussignés :

Le père : Nom Prénom
Adresse postale :
Numéro de téléphone :

La mère : Nom Prénom
Adresse postale :
Numéro de téléphone :

Le tuteur/tutrice légal (le cas échéant) :
Nom Prénom
Adresse postale :
Numéro de téléphone :

- ☐ Acceptons que notre enfant, mineur le jour de la rentrée, effectue les vaccinations obligatoires (cf. se rapporter au passeport médical p.19-21) ;
- ☐ Autorisons la Direction de l'IFMS à déclencher la prise en charge médicale immédiate de notre enfant, mineur le jour de la rentrée, en cas d'accident du travail et/ou en cas d'urgence ;
- ☐ Attestons que notre enfant, mineur le jour de la rentrée, sera autonome pour effectuer ses stages qui se situent sur l'ensemble de la Région (ex. Languedoc Roussillon) dont les horaires de début et fin de journée de stage peuvent être variables et peuvent se dérouler sur les 7 jours de la semaine.

Fait à :
Le :
Le père

Fait à :
Le :
La mère

Fait à :
Le :
Le tuteur/tutrice légal (le cas échéant)

Signature

Signature

Signature

**NE RIEN INSCRIRE
SUR CETTE PAGE**



Formation Infirmier - Promotion 2025-2028

DOSSIER DU SERVICE DE SANTE AU TRAVAIL ELEVES AS ET AP – ETUDIANTS IDE

**Merci de consulter dès à présent votre médecin traitant avec ce document,
pour mise à jour des vaccinations.**

Le jour de l'inscription à l'IFMS, merci d'apporter :

- La **fiche de renseignements du service de santé au travail** remplie
- Le **PASSEPORT MEDICAL** complété par **votre Médecin Traitant**
- Les photocopies des **pages vaccinations** et la photocopie de la **page Maladies Infantiles** du carnet de santé
- Les résultats de la **sérologie complète de l'Hépatite B** (prise de sang à faire)

Pour tous renseignements vous pouvez joindre le **Service de Santé au Travail** :

- ☒ 04 67 35 70 13 Secrétariat
- ☒ 04 67 35 74 29 Section infirmière (Infirmière Vanessa STERN)
- ☐ 04 67 35 78 69 Section Aide-Soignante ou Auxiliaire de Puériculture (Infirmière Corinne BERTIGNON)

Formation Infirmier - Promotion 2025-2028

FICHE DE RENSEIGNEMENTS SERVICE DE SANTE AU TRAVAIL

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénom : Sexe : Femme ☐ Homme ☐

Né(e) le : Ville : N° dep :

Pays : Nationalité :

Célibataire ☐ Concubinage ☐ Séparé.e ☐ Divorcé.e ☐ Marié.e ☐ Veuf / Veuve ☐

Adresse durant votre scolarité :

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

Téléphone : Mail :

Numéro de Sécurité Sociale :

Enfants : (Nom, Prénom, Date de naissance)

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

Avez-vous une Reconnaissance Travailleur Handicapé – **RQTH** ? oui ☐ non ☐

Si oui du au

Rentrée en **Promotion Professionnelle Hospitalière** ? oui ☐ non ☐

Si oui, Employeur :

Section d'étude : ☐ Aide-Soignante 2025-2026

☐ Auxiliaire de Puériculture 2025-2026

☒ Infirmière 2025-2028

Formation Infirmier - Promotion 2025-2028

PASSEPORT MEDICAL

(à faire remplir par votre Médecin Traitant)

Nom de naissance : Nom d'usage :
Prénom : Date de Naissance :

Section : ☐ Aide-Soignante ☐ Auxiliaire de Puériculture
☒ Infirmière ☒ 1^{ère} année ☐ 2^{ème} année ☐ 3^{ème} année

La vaccination Hépatite B (OBLIGATOIRE) 3 injections sont nécessaires et une immunisation obligatoire avant le départ en stage, art L.3111-4 du CSP	1^{ère} injection, date : 2^{ème} injection, date : 3^{ème} injection, date : Injection(s) supplémentaire(s) :
Sérologie de l'Hépatite B (OBLIGATOIRE) Faire la sérologie de l'hépatite B après la 3^{ème} injection (attendre au moins 6 semaines après cette 3^{ème} injection)	Sérologies, date : Résultats : Ag HBS : Ac anti-HBS : Ac anti-HBC :
Rappel DTP ou DTPC (si rappel à faire, privilégier le DTPC)	Date : Nom du vaccin :
La vaccination BCG n'est plus obligatoire (décret n°2019-149 du 27/02/2019). Merci de noter la date en cas de vaccination	Date BCG :
Tubertest ou IDR datant de moins de 3 mois (si négatif, ne pas refaire de BCG)	Date tubertest : Résultat (en mm) :
ROR(vaccination recommandée) Nécessaire pour l'aptitude en pédiatrie, maternité et crèche	Date ROR 1^{ère} injection : 2^{ème} injection : Contre-indication en cas de grossesse
Maladies infantiles contractées (noter la date si connue)	Varicelle : ☐ oui ☐ non ; Date : Rougeole : ☐ oui ☐ non ; Date : Rubéole : ☐ oui ☐ non ; Date : Oreillons : ☐ oui ☐ non ; Date :

Date, Signature et cachet du Médecin Traitant :...../...../2025