CONFIRMATION D'INSCRIPTION
EN FORMATION EN SOINS INFIRMIERS
ANNÉE UNIVERSITAIRE 2025 / 2026

CONFIRMATION D'INSCRIPTION

La confirmation d'inscription et les pièces à joindre doivent être adressées par courrier en recommandé avec avis de réception à l'adresse suivante ou déposé au secrétariat :

Campus des Métiers de la Santé
EPSM VAL DE LYS ARTOIS
Bat 9 et 10 - 20 rue de Busnes – BP 30
62350 SAINT VENANT.

- **Au plus tard le 18 juillet 2025 à 12h00** *(heure de Paris)*
  Pour les candidats ayant accepté définitivement une proposition d'admission entre le 2 juin 2025 et le 10 juillet 2025 inclus ou ayant au 10 juillet 2025 une proposition acceptée et des placements sur liste d'attente archivés au titre du VI de l'article D.612-1-14 du Code de l'Education.

- **Au plus tard le 22 août 2025 à 12h00** *(heure de Paris)*
  Pour les candidats ayant accepté, définitivement ou non, une proposition d'admission entre le 11 juillet 2025 et le 17 août 2025 inclus.

Pour toute proposition d'admission acceptée à partir **du 18 août 2025, l'inscription administrative se fait dans les plus brefs délais après l'acceptation.**

DOSSIER D'INSCRIPTION

Le dossier d'inscription est téléchargeable sur le site :

https://www.campusdesmetiersdelasante-vla.fr/

Il doit être complété et adressé par courrier en recommandé avec avis de réception à l'adresse suivante ou déposé au secrétariat :

Campus des Métiers de la Santé
EPSM VAL DE LYS ARTOIS
Bat 9 et 10 - 20 rue de Busnes – BP 30
62350 SAINT VENANT

- Le **vendredi 25 juillet 2025 au plus tard** pour les candidats ayant confirmé leur inscription administrative avant le 18 juillet 2025.

- Le **vendredi 29 août 2025 au plus tard** pour les candidats ayant confirmé leur inscription administrative avant le 22 août 2025.

CONFIRMATION D'INSCRIPTION
EN FORMATION EN SOINS INFIRMIERS
ANNÉE UNIVERSITAIRE 2025 / 2026

Je, soussigné(e) :

NOM DE NAISSANCE : …… NOM D'USAGE ……

Prénom(s) : …… Autres prénoms : ……

Date de naissance : …… Ville de Naissance : ……

Pays : …… Nationalité : ……

Situation familiale : …… Sexe : ❑ F ❑ M

N° de Sécurité Sociale : __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ clé __ __

Adresse postale :

……

……

Code postal : …… Ville : ……

N° Tél. portable : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

N° de tél. fixe : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Adresse e-mail : @

<u>confirme mon inscription</u> à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Saint Venant.

Fait à ……., le ……

Signature :

Vous devez <u>impérativement</u> joindre à votre confirmation d'inscription :

- un chèque de 175 € à l'ordre du trésor public correspondant au droits d'inscription
- un chèque de 35 € à l'ordre du trésor public correspondant au frais de documentation

(Nom et Prénom au dos des chèques)

DEMANDE DE DISPENSES D'ENSEIGNEMENTS
1ére année de formation en Soins Infirmiers
ANNEE UNIVERSITAIRE 2025 / 2026

Votre demande doit être impérativement adressée par courrier en recommandé avec avis de réception ou déposé au secrétariat **avant le 25 août 2025**. Au-delà de cette date, votre demande sera **irrecevable**.

NOM d'usage : …….. NOM de jeune fille : ……

Prénom : …….. Date de naissance : ……..

Arrêté du 13 décembre 2018 relatif au diplôme d'État d'infirmier, chapitre III.

*« **Art. 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 ».*

Documents à joindre obligatoirement :

❑ la copie d'une pièce d'identité ;
❑ le(s) diplôme(s) originaux 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 employeurs attestant de l'exercice professionnel de l'intéressé dans une des professions identifiées dans l'article 7 ;
❑ un curriculum vitae ;
❑ une lettre de motivation ;
❑ une attestation de niveau de langue française B2 égale ou supérieur au niveau 2, pour les candidats étrangers.

MOTIF	DISPENSE(S) SOUHAITÉE(S)
Expérience professionnelle : • …… • …… • …… • ……	➢ …… ➢ …… ➢ …… ➢ ……
Diplôme(s) obtenu(s) : • …… • …… • …… • ……	➢ …… ➢ …… ➢ …… ➢ ……

Date : Signature :