ANNÉE UNIVERSITAIRE 2025 / 2026

DOSSIER D'INSCRIPTION EN 2ème ANNEE DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

INFORMATIONS ET CONSIGNES
(A lire attentivement)

Adresser par courrier en recommandé avec avis de réception à l'adresse suivante

ou à déposer au secrétariat:

Campus des Métiers de la Santé
EPSM Val de Lys Artois
Bât 9-10
20, rue de Busnes
B.P 30 - 62350 SAINT VENANT.

Le vendredi 25 juillet 2025 plus tard.

Tout dossier incomplet ne sera pas accepté et l'inscription refusée.

Le dossier doit être imprimé exclusivement EN RECTO.

Les dates à retenir :

- **La pré-rentrée, fixée le Vendredi 29 août 2025 à 9h.**
- **L'entrée en formation, fixée le lundi 1er septembre 2025 à 8h30.**

Pièces à joindre obligatoirement au dossier

- **La fiche de renseignements** dûment complétée ***(annexe 1).***

- **Une photocopie** de :
  - ✓ votre permis de conduire *(recto/verso en couleur)*,
  - ✓ la carte grise du véhicule utilisé pendant la formation,
  - ✓ votre carte d'identité ou votre passeport en cours de validité, *(recto/verso en couleur)*,
  - ✓ Pour les ressortissants étrangers,
    - un titre de séjour avec **mention étudiant en cours de validité** à l'entrée en formation,
    - une attestation de niveau de langue française égal ou supérieur au niveau B2 (si non délivrée l'année précédentes)
  - ✓ votre carte vitale

- **Un R.I.B** si différent de l'année précédente**.**

- La **Notification MDPH** pour les personnes en situation de Handicap qui souhaitent bénéficier d'un aménagement lors des épreuves.

- **L'attestation d'acquittement** de la CVEC (*sauf pour les personnes en formation professionnelle continue financées par l'employeur*), correspondant à la Contribution Vie Etudiante et deCampus, démarche obligatoire à effectuer sur le site : cvec.etudiant.gouv.fr
  Vous trouverez les informations sur le site :
  https://www.etudiant.gouv.fr/fr/cvec-une-demarche-de-rentree-incontournable-955

- **Une attestation** d'assurance « responsabilité civile » garantissant la prise en charge, tant lors des stages que des trajets occasionnés par ceux-ci,
  - ✓ accidents corporels causés aux tiers,
  - ✓ accidents matériels causés aux tiers,
  - ✓ dommages immatériels.

- **La déclaration** relative au **financement** de la formation ***(annexe 2)***.

- Le document relatif à votre statut à l'entrée de la formation ***(annexe3)***.

- Un **certificat médical,** émanant d'un médecin généraliste, attestant que vous ne présentez pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession ***(annexe 4)***.

- Un **certificat médical de vaccinations,** conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France ***(annexe 5)***.

- **Deux chèques** – l'un d'un montant de 175€ (*droits d'inscription*) et l'autre d'un montant de 35€ (*frais de documentation*) libellés à l'ordre du Trésor Public. *(Nom et Prénom au dos des chèques).*

  Possibilité de régler sur place en carte bancaire.

BOURSE REGIONALE

Toute demande de bourse devra être saisie sur la plateforme régionale des bourses d'études sanitaires et sociales de juin à novembre 2025.
L'adresse de connexion est : https://aidesindividuelles.hautsdefrance.fr

Contacts : un numéro vert **0 800 026 080 –** Courriel : bess@hautsdefrance.fr

Merci de transmettre au secrétariat votre notification de bourse.

TENUE PROFESIONNELLE

L'instruction ministérielle N° DGOS/RH1/2020/155 du 9 septembre 2020 impose aux établissements accueillant des étudiants et élèves en santé non-médicaux en stage, la mise à disposition et l'entretien de tenues professionnelles.

Tous les établissements partenaires ne sont pas en capacité de mettre en œuvre cette instruction.

Afin que les conditions requises en stage et en laboratoire soient respectées, l'achat d'une ou plusieurs tenues professionnelles est donc vivement recommandé.

Je vous invite à télécharger la fiche correspondante à votre section sur le site du campus et à vous rendre sur le site de Work shop du 25/08/2025 au 30/09/2025 (pour une livraison en octobre au Campus). La date de livraison vous sera communiquée ultérieurement.

Work Shop
Parc d'activité du Moulin
Rue des Epis
62660 BEUVRY
Tél : 03.21.57.07.06

Work Shop
9 A rue des Pâquerettes
62217 BEAURAINS
Tél : 03.74.39.19.30

RESTAURATION

Les étudiants ont la possibilité de se restaurer au Self de l'EPSM. Le prix unitaire du ticket « étudiant » s'élève à 3 euros.

La vente de tickets a lieu du lundi au vendredi de 9 h 00 à 12 h 00 (Service Gestion des Biens situé à l'entrée de l'EPSM).

Possibilité de se restaurer au Self de l'EPSM le jour de la pré-rentrée. Vous pourrez acheter des tickets le vendredi 29 août (prévoir un chèque ou faire l'appoint en liquide pour le nombre de tickets souhaités)

Annexe 1

FICHE DE RENSEIGNEMENTS – 2ème ANNEE

Nom de naissance : ..... Prénom(s) : .....
Nom d'usage : .....
Date et lieu de naissance : .....
Nationalité : .....
Situation familiale : ..... Sexe : ☐ F ☐ M

N° de Sécurité Sociale : ___ _____ _____ _____ _____ _____ ___ clé _____

Adresse de résidence durant votre formation :

.....
.....
Téléphone : .....Portable : .....
Email : .....@ .....

Date d'obtention du Baccalauréat: ..... Série : .....
Identifiant National Etudiant (INE) : .....
(numéro fourni à l'épreuve de français du baccalauréat, figure également sur le relevé de notes du baccalauréat)

Avez- vous une expérience en milieu hospitalier ?
Si oui :

☐ en stage (*précisez la formation) :*.....
☐ en contrat *(précisez l'emploi) :*.....
☐ autres *(précisez)* : .....

Lieu(x) : .....
.....
.....

Connaissez-vous des personnes travaillant en milieu hospitalier ou en clinique ?
Si oui, indiquez l'identité de la personne, le lien de parenté et le lieu d'exercice :

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

<u>En cas d'urgence, prévenir</u> :

NOM et Prénom : .....
Lien : .....
Téléphone : ..... Portable : .....

Je soussigné(e) ..... atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document.

A ..... le .....
Signature :

Annexe 2

DECLARATION RELATIVE AU FINANCEMENT DE LA FORMATION

NOM : …… NOM d'usage (marital) : ……

Prénom : ……..

Cocher la case correspondant à votre situation (les justificatifs demandés sont **OBLIGATOIRES**) :

- ❑ **Vous êtes étudiant SANS interruption de scolarité**
- ❑ **Vous êtes demandeur d'emploi inscrit à France Travail, fournir :**
  - une attestation d'inscription sur la liste des demandeurs d'emploi.
  - Copie du contrat de travail éventuellement.
- ❑ **Vous êtes salarié(e), fournir :**
  - une attestation de prise en charge du coût total de la formation d'une durée minimale de 3 ans par l'employeur ou un organisme de financement.
- ❑ **Vous prenez en charge personnellement le coût de la formation, fournir :**
  - une attestation datée et signée par vos soins de la prise en charge du coût total de la formation d'une durée minimale de 3 ans.
- ❑ **Autre**, précisez : ……

Je soussigné(e) …….. ,

atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document.

A : …….. Le : ……../……../……..

Signature :

Annexe 3

STATUT A L'ENTRÉE EN FORMATION

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2025/2026 **L2**

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

1. SITUATION A L'ENTRÉE EN FORMATION :

- ❑ A la recherche d'un emploi
- ❑ En activité
- ❑ En poursuite d'études

2. STATUT A L'ENTRÉE EN FORMATION :

- ❑ Apprenant en parcours de formation initiale
  Rendez-vous directement à la question N°4
- ❑ Salarié ❑ droit public ❑ droit privé
  ❑ titulaire ❑ contractuel
- ❑ Personne en recherche d'emploi inscrite sur la liste France Travail

- Date d'inscription :
- Indemnisé : oui ❑ non ❑
- N° identifiant pôle emploi :

- ❑ Personne en recherche d'emploi non inscrite sur la liste Pôle Emploi
- ❑ Activité bénévole (engagement citoyen)
- ❑ Intermittent du spectacle
- ❑ Personne en Contrat de Sécurisation Professionnelle

3. PARTICULIER EMPLOYEUR : ❑ OUI ❑ NON

Si NON, dernier employeur et emploi occupé :

Raison sociale :

Adresse :

Ville :

N° SIRET :

N° URSSAF :

Dernier emploi occupé :

CATÉGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE :

- ❑ Agriculteurs exploitants
- ❑ Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- ❑ Cadres et professions intellectuelles supérieures
- ❑ Employés
- ❑ Ouvriers
- ❑ Professions Intermédiaires

TYPE DE CONTRACTUALISATION :

- ❑ CDD Contrat à durée déterminée
- ❑ CDI Contrat à durée indéterminée
- ❑ Contrat d'apprentissage (alternance)
- ❑ Contrat de professionnalisation (alternance)
- ❑ Contrat de Sécurisation professionnelle (CSP)
- ❑ Intérimaire (mission d'intérim)
- ❑ Autre

DATE DE FIN DE CONTRAT OU DE RUPTURE DU CONTRAT :

MOTIF DE FIN DE CONTRAT :

4. MOTIF D'ENTRÉE DANS LE CYCLE DE FORMATION :

- ❑ Début prévu de formation
- ❑ Mutation (en provenance d'autre établissement)
- ❑ Redoublement (changement de promotion)
- ❑ Réintégration

5. NIVEAU SCOLAIRE A L'ENTRÉE EN FORMATION :

- ❑ 1ère ou 2e année de DEUG, DUT, BTS, école des FFS
- ❑ 2de, 1ère ou 2e année de CAP ou BEP
- ❑ 3e ou première année de CAP ou BEP
- ❑ Classes de 2e ou 3e cycle de l'enseignement supérieur
- ❑ Primaire, 6e, 5e, 4e, CPA, CPPN ou CLIPA
- ❑ Terminale

6. NIVEAU DE CERTIFICATION MAXIMUM AU MOMENT DE L'ENTRÉE EN FORMATION :

❑ NIVEAU 1 (Sans niveau spécifique)	Année d'obtention :
❑ NIVEAU 2 (Sans diplôme ou Diplôme du Brevet)	Année d'obtention :
❑ NIVEAU 3 (CAP, BEP…)	Année d'obtention :
❑ NIVEAU 4 (BP, BT, Baccalauréat, AIDE-SOIGNANT)	Année d'obtention :
❑ NIVEAU 5 (BTS, DUT, etc...)	Année d'obtention :
❑ NIVEAU 6 (Licence, master 1)	Année d'obtention :
❑ NIVEAU 7 (Grade master)	Année d'obtention :
❑ NIVEAU 8 (Doctorat, etc..)	Année d'obtention :

2ème année

CERTIFICAT MÉDICAL

Art 54 de l'arrêté du 17 avril 2018 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de Formation paramédicaux.

Je soussigné(e) :.....médecin, atteste que :

NOM : ……..

NOM de jeune fille *(obligatoire pour les femmes mariées)* : ……..

Prénom : ……..

Date de naissance : ……..

Ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession infirmière.

Date	Cachet	Signature

Annexe 5

CERTIFICAT DE VACCINATION

NOM DE FAMILLE : **NOM D'USAGE :** **2ème année**

Prénom : **Date de naissance :**

Les vaccinations doivent être anticipées avant l'entrée en formation.
Lors du premier stage, une attestation annotée "en cours de vaccination" ne permet pas l'entrée en stage et la formation est automatiquement suspendue.

En référence à l'arrêté du 06 Mars 2007 et du 02 Août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L 3.111- 4 du code de la santé publique, au décret N° 2019-149 du 27 février 2019 relatif à l'obligation vaccinale par le vaccin antituberculeux BCG.
LOI n° 2021-1040 du 5 août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire.

VACCINATIONS OBLIGATOIRES				
	INJECTION	DATE	INJECTION	DATE
DIPHTÉRIE-TÉTANOS-POLIOMYÉLITE	1ère		4ème	
	2ème		5ème	
	3ème		6ème	

HÉPATITE B	1ère		4ème	
	2ème		5ème	
	3ème		6ème	
	SEROLOGIE		**DATE**	**RÉSULTAT**
	Recherche de l'Antigène HBS			
	Dosage de l'Anticorps anti - HBS			
	Dosage de l'Anticorps anti - HBC			

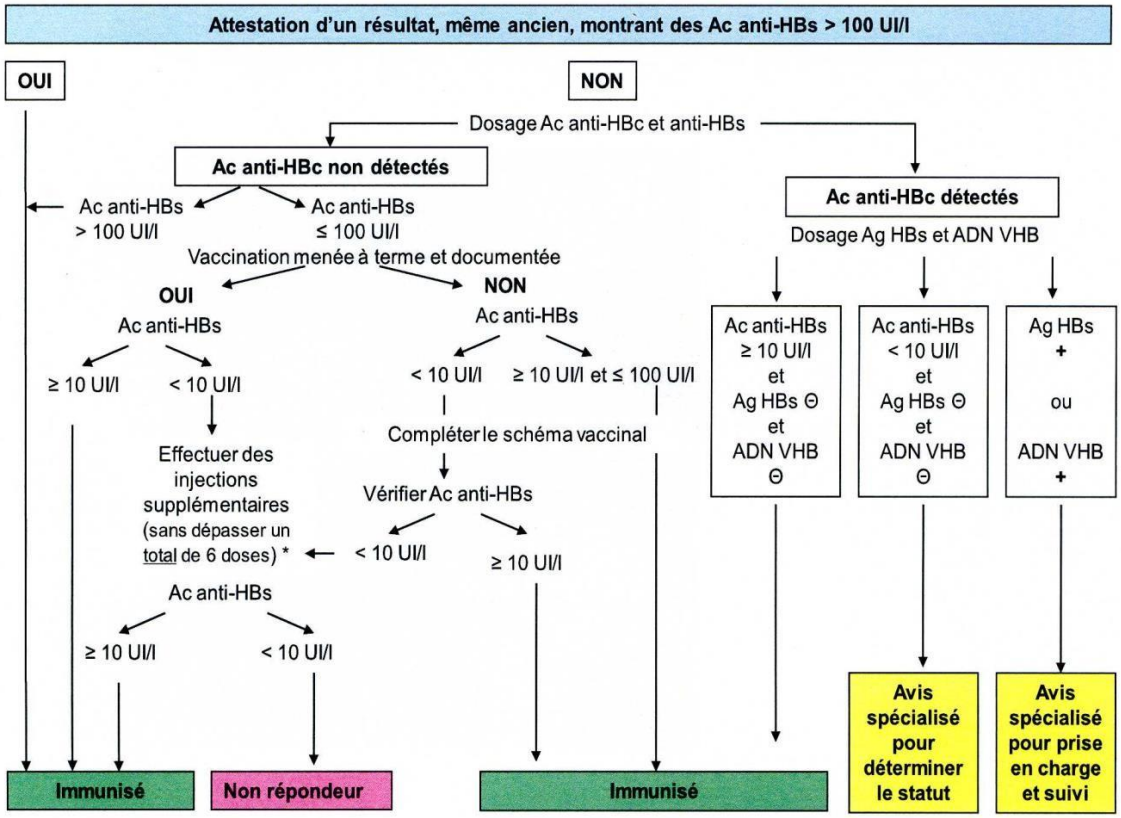
VACCINATIONS RECOMMANDÉES				
	INJECTION	DATE	I.D.R. Obligatoire *(Valeur de référence)*	
			DATE	RÉSULTAT
TUBERCULOSE	1ère			
	2ème			

	INJECTION	DATE	INJECTION	DATE
COQUELUCHE	1ère		4ème	
	2ème		5ème	
	3ème		6ème	

GRIPPE SAISONNIÈRE : la vaccination antigrippale reste fortement recommandée pour les professionnels de santé, étudiants en santé compris. ***(Note d'information N°DGS/SP1/DGOS/PF2/DGCS/MSP/2018/215 du 14 septembre 2018 relative à la vaccination contre la grippesaisonnière des personnels des établissements sanitaires et médico-sociaux)***

Date	Cachet	Signature

ALGORITHME POUR LE CONTRÔLE DE L'IMMUNISATION CONTRE L'HÉPATITE B DES PERSONNES MENTIONNÉES À L'ARTICLE L. 3111-4 ET DONT LES CONDITIONS SONT FIXÉES PAR L'ARRÊTÉ DU 2 AOÛT 2013



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

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

Références :

Articles L. 3111-1, L. 3111-4 et L. 3112-1 du code de la santé publique (CSP) ;

Arrêté du 15 mars 1991 fixant la liste des établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins dans lesquels le personnel exposé doit être vacciné, modifié par l'arrêté du 29 mars 2005 (intégration des services d'incendie et de secours) ;

Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiniques ;

Arrêté du 6 mars 2007 relatif à la liste des élèves et étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des autres professions de santé pris en application de l'article L. 3111-4 du CSP ;

Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux (titre III) ;

Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L. 3111-4 du CSP ;

Calendrier vaccinal en vigueur (*cf.* site du ministère chargé de la santé : http://www.sante.gouv.fr/vaccinations-vaccins-politique-vaccinale.html).