

DOSSIER D'INSCRIPTION EN 1^{ère} ANNÉE DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

INFORMATIONS ET CONSIGNES

(A lire attentivement)

Attention, votre inscription à l'université doit être faite au préalable.

Adresser par courrier en recommandé avec avis de réception à l'adresse suivante
ou à déposer au secrétariat du :

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 **lundi 27 juillet 2026 au plus tard** pour les candidats ayant confirmé leur inscription administrative avant le 9 juillet 2026.
- Le **vendredi 28 août 2026 au plus tard** pour les candidats ayant confirmé leur inscription administrative après le 9 juillet 2026.



**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-rentree, fixée le jeudi 27 août 2026 de 9h à 17h.
- L'entrée en formation, fixée le mardi 1^{er} septembre 2026 à 8h30..

Pièces à joindre obligatoirement au dossier

- La **fiche de renseignement** dûment complétée (annexe 1).
- Une **photocopie** de :
 - ✓ votre permis de conduire (*recto 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,
 - ✓ votre carte vitale,
 - ✓ votre AFGSU de niveau 2 (*Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence*) pour les personnes concernées.
- **Deux R.I.B.** à vos Nom et Prénom.
- La **Notification MDPH** pour les personnes en situation de Handicap qui souhaitent bénéficier d'un aménagement lors des épreuves.
- La **déclaration relative au financement de la formation**. (annexe 2).
- Le document relatif à votre statut à l'entrée de la formation (annexe 3).
- Une copie du **baccalauréat** ou du relevé de notes pour les bacheliers.
- Une **attestation** d'admission en formation en Soins Infirmiers au Campus des Métiers de la Santé Val de Lys Artois, demande à effectuer sur la plateforme **ParcourSup** (*Étudiant redoublant non concerné*).
- L'**attestation d'acquittement** de la CVEC (*sauf pour les personnes en formation professionnelle continue financée par l'employeur*), correspondant à la Contribution Vie Etudiante et de Campus, 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.
- Un **certificat médical**, 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).
- Une **copie du carnet de vaccination**.
- **Uniquement** pour les étudiants **mineurs** à la date de la rentrée de septembre 2026, l'attestation d'autorisation d'effectuer les stages, dûment complétée (annexe 6).

Démarche à suivre

- Créer **obligatoirement** une adresse mail sous le format suivant : nom.prenom2026@fournisseuraccés.fr ou nom-prenom2026@fournisseuraccés.fr
- **Télécharger** le tutoriel **Mischool** (plateforme e-learning anglais) sur notre site internet en même temps que ce dossier d'inscription pour acquisition facultative d'un cahier de vocabulaire.

COÛT ET FINANCEMENT DE LA FORMATION



<u>Coût pédagogique annuel (financement Région, OPCO, Employeur....)</u>	6 400 €
<u>Droits d'inscription annuelle (réglés directement par l'étudiant à l'Université)</u>	178 €
<u>Cotisation Vie Etudiante et de Campus (tarif 2026, réglée en ligne par l'étudiant ; sauf formation professionnelle)</u>	105 €

PUBLICS NON-ELIGIBLES AU FINANCEMENT DE LA FORMATION PAR LA RÉGION HAUTS-DE-FRANCE.

Le financement de la formation des publics *NON-ELIGIBLES* peut être pris en charge par :

- **L'employeur** : pour les salariés du secteur public (*y compris en disponibilité*) et privé.
- **Un OPérateur de COmpétences (OPCO)** : pour les salariés en Congé de Formation.
- **L'étudiant** : financement personnel.

PUBLICS ELIGIBLES AU FINANCEMENT DE LA FORMATION PAR LA RÉGION HAUTS-DE-FRANCE.

Les modalités de financement de la formation par la région Hauts de France s'appliquent uniquement à :

- Toute personne admise dans un institut de formation autorisé et financé par la Région Hauts de France et ce, quelle que soit son origine géographique.
- Toute personne remplissant les conditions de nationalité : français ou ressortissant d'un pays de l'Union Européenne ou étrangers avec un titre de séjour mention étudiant en cours de validité.

FINANCEMENT RÉGIONAL

La Région Hauts de France finance les parcours de formation des personnes répondant aux statuts suivants **à la date de clôture des dossiers des inscriptions à la sélection** :

STATUT	CONDITIONS	JUSTIFICATIFS A FOURNIR A L'INSTITUT
Les élèves ou étudiants	➤ Les élèves ou étudiants <u>en poursuite d'études sans interruption</u> quel que soit le niveau de formation initiale (y compris ceux ayant un contrat de travail étudiants) ➤ Les élèves ou étudiants <u>ayant achevé leur formation initiale moins d'un an</u> (ou une année scolaire) avant le démarrage de la formation ➤ Les élèves ou étudiants <u>dont le service civique a débuté moins d'un an</u> après la fin de formation initiale et s'est achevée dans un délai d'un an avant l'entrée en formation.	Certificat de scolarité de l'année N Certificat de scolarité de l'année N-1 Certificat de scolarité de l'année N-1 Attestation de service civique
Les demandeurs d'emploi inscrits à France Travail <i>(anciennement Pôle Emploi)</i> Les salariés en emploi précaire	<u>Sans contrat de travail</u>, avec ou sans indemnisation de France Travail ➤ <u>Contrat d'apprentissage ou de professionnalisation</u> achevé avant l'entrée en formation ➤ <u>Contrat de travail temporaire</u> ➤ <u>Contrat à Durée Déterminée</u> (CDD) y compris de la fonction publique ➤ <u>Contrat à Durée Indéterminée</u> (CDI) inférieur ou égal à 87 heures par mois ➤ <u>Démission d'un CDI de plus de 87h/ mois</u> uniquement dans le cadre de démissions légitimes conformément à l'accord d'application relatif à l'assurance chômage en vigueur ➤ <u>Démission reconversion</u> : les salariés entrant dans le dispositif « démission reconversion » dont le 1^{er} RDV avec un conseil en évolution professionnelle a eu lieu avant la date de clôture des inscriptions à la sélection ➤ <u>Licenciement</u> intervenant après la date de clôture des inscriptions à la sélection (hors abandon de poste assimilé à une démission) ➤ <u>Les militaires sous contrat</u> ayant un projet de reconversion à l'issue de leur contrat validé par leur institution (excepté les militaires de carrière) ➤ <u>Contrat de Sécurisation Professionnelle</u> (CSP) qui prend fin avant l'entrée. Les personnes qui ne peuvent pas bénéficier d'une prise en charge complète de leur parcours via le CSP (dans ce cas la Région financera la totalité du parcours) ➤ <u>Les autoentrepreneurs</u> dont l'activité représente moins de 87 h/mois, inscrits à France Travail.	Justificatif de France Travail Copie du contrat d'apprentissage Ou de professionnalisation Copie du contrat de travail Copie du contrat de travail Copie du contrat de travail Justificatif de France Travail Justificatif du dispositif de démission reconversion Justificatif de Licenciement Justificatif de validation de leur institution Copie du CSP Sur avis de situation

BOURSE RÉGIONALE

Toute demande de bourse devra être saisie sur la plateforme régionale des bourses d'études sanitaires et sociales de juin à novembre 2026.

L'adresse de connexion est : <https://aidesindividuelles.hautsdefrance.fr>

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

TENUE PROFESSIONNELLE

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.

Toutefois, 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 de 2 tenues professionnelles est donc vivement recommandé.

Je vous invite à vous rendre sur le site de Work shop* du 01/07/2026 au 20/09/2026 (pour une livraison en octobre au Campus). La livraison aura lieu début octobre 2026.

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



Nous n'avons aucun lien avec la société Workshop. C'est un prestataire local habitué à travailler avec les étudiants en santé de la Région.

RESTAURATION

Les étudiants ont la possibilité de se restaurer au Self de l'EPSM.

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 jeudi 27 août (prévoir un chèque ou faire l'appoint en liquide pour le nombre de tickets souhaités).

FICHE DE RENSEIGNEMENTS - 1^{ère} ANNÉE

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 :

Nouvelle adresse Email interne* : @

*Voir paragraphe « démarche à suivre » page 3

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 :

.....

.....

.....

En cas d'urgence, prévenir :

NOM et Prénom :

Lien :

Téléphone : Portable :

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

A le

Signature :

DÉCLARATION RELATIVE AU FINANCEMENT DE LA FORMATION

NOM : NOM d'usage (marital) :

Prénom :

Diplôme(s) : Date d'obtention :

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

- ☐ **Vous êtes étudiant SANS interruption de scolarité, fournir :**
 - un certificat de scolarité de l'année N.
- ☐ **Vous êtes étudiant de moins de 26 ans ayant interrompu votre scolarité moins d'un an, fournir :**
 - un certificat de scolarité de l'année N-1.
 - une attestation de service civique éventuellement.
- ☐ **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, préciser :**
.....
.....

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

A : Le :/...../.....

Signature :

STATUT A L'ENTRÉE EN FORMATION

Annexe 3

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2026/2027

L1

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 :

- ☐ 1^{ère} 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 :

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

CERTIFICAT DE VACCINATION

NOM DE FAMILLE :

NOM D'USAGE :

1^{ère} 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	1 ^{ère}		4 ^{ème}	
	2 ^{ème}		5 ^{ème}	
	3 ^{ème}		6 ^{ème}	

HÉPATITE B	1 ^{ère}		4 ^{ème}	
	2 ^{ème}		5 ^{ème}	
	3 ^{ème}		6 ^{ème}	
	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	1 ^{ère}			
	2 ^{ème}			

	INJECTION	DATE	INJECTION	DATE
COQUELUCHE	1 ^{ère}		4 ^{ème}	
	2 ^{ème}		5 ^{ème}	
	3 ^{ème}		6 ^{ème}	

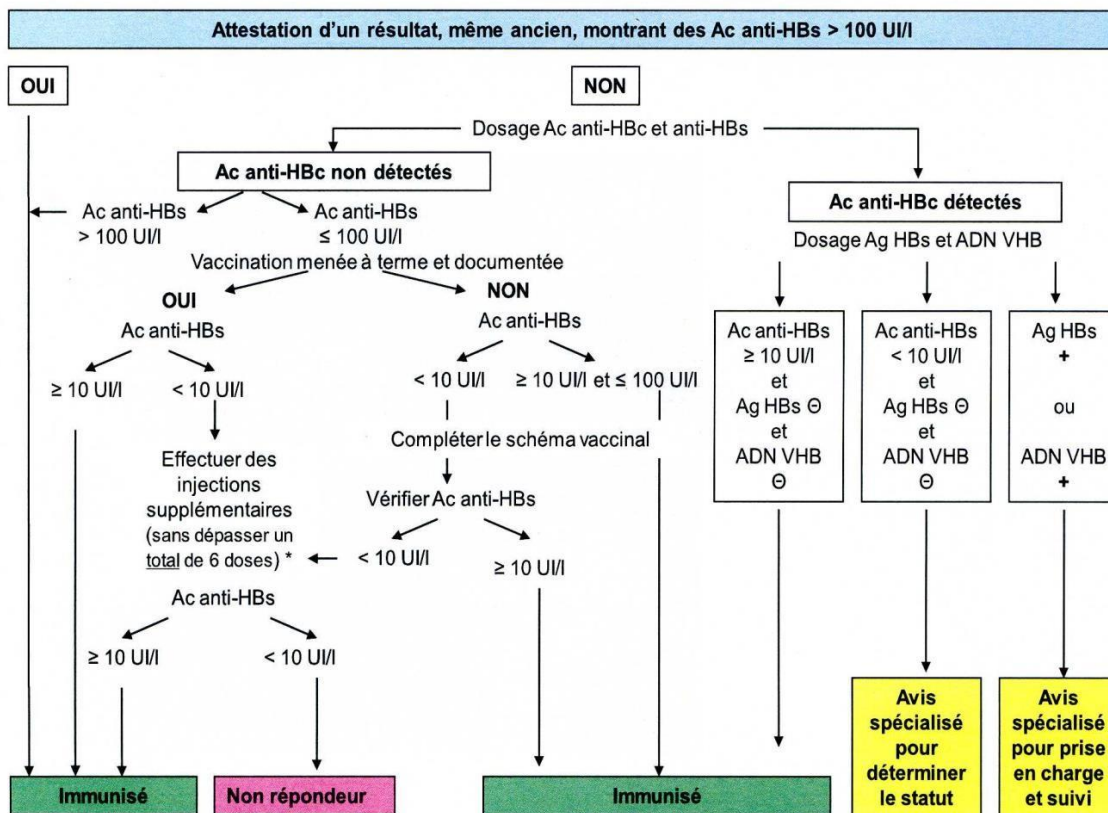
GRIPPE SAISONNIÈRE : la vaccination antigrippale reste fortement recommandée pour les professionnels de santé, étudiants en santé compris. (Note d'information N°DGS/SP1/DGOS/PF2/DGCS/MSP/2018/215 du 14 septembre 2018 relative à la vaccination contre la grippe saisonnière des personnels des établissements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



AUTORISATION D'EFFECTUER LES STAGES DE LA FORMATION EN SOINS INFIRMIERS POUR UN ETUDIANT MINEUR

LE REPRÉSENTANT LÉGAL DU MINEUR ¹

Je soussigné(e),

NOM :Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone :

Adresse mail :@

☐ Mère ☐ Père ☐ Autre (précisez) :

☐ Autorise

☐ N'autorise pas

à effectuer les stages de la 1^{ère} année de formation en soins infirmiers durant **l'année universitaire 2026/2027.**

☐ ma fille ☐ mon fils ☐ Autre (précisez) :

L'ÉTUDIANT MINEUR

NOM :Prénom :

Date de naissance :Lieu de Naissance :

A, le

Signature de représentant légal

¹ Article 371-1 du Code Civil