

   	INSTITUT DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE 5, rue Saint NICOLAS - 76400 FECAMP	Date : 24/05/2024
	IFSI : 02.35.28.61.00 IFAS : 02.35.10.39.50 MAIL: SECRETARIATIFS@CH-FECAMP.FR SITE: WWW.IFPS-FECAMP.FR	Référence : T04N01-02 Version : 1

FORMATION EN SOINS INFIRMIERS DE FECAMP

DOSSIER D'INSCRIPTION POUR TOUS LES CANDIDATS PARCOURSUP ET FPC RENTREE FEVRIER 2025

Nom et prénom : -----

CONTENU DU DOSSIER :

- *Dossier administratif*
- *Dossier financier*
- *Dossier médical*
- *Annexe 1 « Demande d'une dispense d'unités d'enseignement »*
- *-Annexe 2 « Demande d'aménagement pour les personnes en situation de handicap »*



INSTITUT DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE
5, rue Saint NICOLAS - 76400 FECAMP

Date : 24/05/2024

IFSI : 02.35.28.61.00

IFAS : 02.35.10.39.50

MAIL: SECRETARIATIFSI@CH-FECAMP.FR

SITE: WWW.IFPS-FECAMP.FR

Référence : T04N01-02

Version : 1

DOSSIER ADMINISTRATIF

   	INSTITUT DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE 5, rue Saint NICOLAS - 76400 FECAMP	Date : 24/05/2024
	IFSI : 02.35.28.61.00 IFAS : 02.35.10.39.50 MAIL: SECRETARIATIFS@CH-FECAMP.FR SITE: WWW.IFPS-FECAMP.FR	Référence : T04N01-02 Version : 1

Affaire suivie par Frédérique BOULVEN
Secrétaire – Tél. : 02.35.28.61.00

INFORMATIONS ADMINISTRATIVES IMPORTANTES

1- Pièces à fournir (dès votre validation sur parcoursup)

- Dossier d'inscription renseigné et signé
- Copie de la pièce d'identité recto-verso
- Copie du baccalauréat
- Confirmation d'admission en première année d'enseignement supérieur 2024-2025 ([télécharger via parcoursup](#))
- Attestation journée d'appel
- Curriculum vitae
- Chèque de 170 € à l'inscription à l'Institut à l'ordre du trésorerie IFPS FECAMP
- Une photo d'identité (qui sera utilisée pour le trombinoscope et classée dans votre dossier administratif)
- Copie attestation sécurité sociale en cours de validité et au nom du candidat
- Copie attestation responsabilité civile en cours de validité
- Attestation CVEC 2024-2025 (sur le site de la CVEC et payable en ligne)

2 - DEMANDE DE BOURSES D'ETUDES REGIONALES DU CROUS POUR LA RENTREE DE FEVRIER 2025 à partir de novembre 2024 uniquement pour les rentrées de février

Les demandes devront être faites sur le site du **CROUS NORMANDIE**
messervices.etudiant.gouv.fr

Attention : munissez-vous de notre numéro INE - vous devez créer un dossier 2024-2025 impérativement pour une rentrée en février 2025.

   	INSTITUT DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE 5, rue Saint NICOLAS - 76400 FECAMP	Date : 24/05/2024
	IFSI : 02.35.28.61.00 IFAS : 02.35.10.39.50 MAIL: SECRETARIATIFS@CH-FECAMP.FR SITE: WWW.IFPS-FECAMP.FR	Référence : T04N01-02 Version : 1

Après avoir effectué votre pré-inscription en ligne

Vous téléchargerez le dossier : l'imprimer et le signer

Vous joindrez un RIB au nom de l'étudiant, l'avis fiscal, la fiche familiale remplie, la fiche de renseignements spécifiques (téléchargeable sur le site du Crous Normandie)

Vous adresserez tous ces documents au prestataire chargé de la numérisation des pièces à l'adresse suivante soit par :

- mail : messervices.etudiant.gouv.fr

- par courrier : CROUS NORMANDIE – Pôle de Caen, TSA 74006, 59901 LILLE Cedex 9

Afin d'effectuer la validation, le suivi et la mise en paiement de l'aide, vous devrez présenter la notification au secrétariat de l'institut de formation.

3 - FRAIS D'INSCRIPTION UNIVERSITAIRE

170 € demandés lors de votre inscription à l'Institut seront remboursés aux étudiants boursiers, sur présentation d'un justificatif.

4 - FRAIS DE CVEC

Cette contribution, d'un montant de **103 € (rentrée 2024-2025) est payable en ligne directement sur le site cvec (fournir l'attestation à l'institut)**. Cette attestation est indispensable pour votre inscription universitaire. Elle est due chaque année par les étudiants inscrits dans un établissement d'enseignement supérieur.

➤ Ne sont pas concerné par l'inscription :

Les étudiants en **formation continue professionnelle**, c'est-à-dire dont la formation est prise en charge par leur employeur ou par un organisme collecteur, ne sont pas assujettis à la CVEC.

➤ Sont exonérés du paiement mais pas de l'inscription :

- ✚ les étudiants boursiers ou bénéficiaires d'une allocation annuelle accordée dans le cadre des aides spécifiques,
- ✚ les étudiants réfugiés,
- ✚ les étudiants bénéficiaires de la protection subsidiaire,
- ✚ les étudiants étant enregistrés en qualité de demandeurs d'asile et disposant du droit de se maintenir sur le territoire.

5 - DEMANDEURS D'EMPLOI

Les demandeurs d'emploi doivent s'adresser à France Travail afin de connaître les droits d'indemnisation.

Si vous avez déjà travaillé et que vous êtes demandeur d'emploi inscrit à France Travail, vous devez vérifier auprès de France Travail que vous pouvez bénéficier de l'ARE (Allocation d'Aide au Retour à l'Emploi).

   	INSTITUT DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE 5, rue Saint NICOLAS - 76400 FECAMP	Date : 24/05/2024
	IFSI : 02.35.28.61.00 IFAS : 02.35.10.39.50 MAIL: SECRETARIATIFS@CH-FECAMP.FR SITE: WWW.IFPS-FECAMP.FR	Référence : T04N01-02 Version : 1

Cf : le questionnaire joint

Quelle que soit votre situation, je vous remercie de bien vouloir remplir le questionnaire joint et le retourner au secrétariat de l'institut avec votre dossier d'inscription.

6 - LES ASSURANCES

SECURITE SOCIALE

Vous conservez votre centre de sécurité sociale quel que soit votre statut.

Vous devez produire une photocopie de l'attestation sur laquelle votre nom apparaît ainsi que votre numéro de sécurité. Cette attestation doit être remise à jour auprès de la CPAM, elle devra couvrir la totalité de l'année scolaire.

LES MUTUELLES

Elles ne sont pas obligatoires mais vivement conseillées.

Vous avez la possibilité de conserver celle de vos parents. Vous pouvez, par ailleurs, prendre contact avec votre mutuelle actuelle pour connaître les modalités de votre couverture en tant qu'étudiant.

RESPONSABILITE CIVILE ET COUVERTURE ACCIDENT DU TRAVAIL

Le Centre Hospitalier Intercommunal du Pays des Hautes Falaises souscrit à sa charge un contrat collectif pour le risque accident du travail et une assurance responsabilité civile qui couvre les **risques uniquement sur les périodes de stage.**

Il est donc obligatoire de prendre une **assurance responsabilité civile** pour vous couvrir en dehors des périodes de stage.

Vous devez fournir une attestation à l'IFSI.

7 - LES STAGES

Les terrains de stage sont situés dans un rayon d'environ 50 kilomètres autour de Fécamp. Il est vivement conseillé d'être titulaire du permis conduire pour se rendre en stage afin d'être autonome.

Des indemnités kilométriques sont versées, au regard des conditions inscrites dans le règlement intérieur de l'institut.

Les contraintes d'organisation des stages ne permettent pas de prendre en compte les contraintes personnelles des étudiants.

   	INSTITUT DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE 5, rue Saint NICOLAS - 76400 FECAMP	Date : 24/05/2024
	IFSI : 02.35.28.61.00 IFAS : 02.35.10.39.50 MAIL: SECRETARIATIFS@CH-FECAMP.FR SITE: WWW.IFPS-FECAMP.FR	Référence : T04N01-02 Version : 1

8 - LE PASSEPORT MEDICAL

L'admission définitive dans un institut de formation paramédicale est subordonnée à la production au plus tard le premier jour de la rentrée :

- ✚ D'un certificat médical émanant d'un médecin agréé et non de votre médecin traitant attestant que le candidat ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession.

Cf liste des médecins agréés sur le site de l'ARS de la région de votre choix. Le montant de la consultation reste à votre charge et n'est pas remboursé.

- ✚ D'un certificat de **vaccinations** à l'exercice de la profession (cf calendrier vaccinal joint), celui-ci peut être complété par votre médecin traitant.

Je vous remercie de bien vouloir retourner votre passeport médical au secrétariat de l'institut avant le 30 octobre 2024.

9 - LES TENUES PROFESSIONNELLES

Tous les élèves doivent porter une tenue professionnelle lors des TP à l'Institut. Nous vous proposons d'acheter par l'intermédiaire de l'institut **cinq tenues** qui vous serviront pendant les trois années de formation. Le jour de la pré-rentrée, une société est présente pour vous les présenter, en assurer l'essayage et la commande.

10 - PIECE D'IDENTITE

Vous devez vérifier que votre pièce d'identité est valide avant le début de la formation et toute la durée de la formation.

Attention : L'allongement de cinq ans pour les cartes d'identité ne s'applique pas aux personnes mineures. Elles seront toujours valables 10 ans lors à la date de la délivrance.

11 - LOGEMENTS

Cf : notre site internet www.ifsi-fecamp.fr (vie étudiante)

Nous organiserons le vendredi 31 janvier 2025 une pré-rentrée administrative obligatoire

La rentrée pédagogique universitaire est fixée au lundi 3 février 2025

  	INSTITUT DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE 5, rue Saint NICOLAS - 76400 FECAMP	Date : 24/05/2024
	IFSI : 02.35.28.61.00 IFAS : 02.35.10.39.50 MAIL: SECRETARIATIFSI@CH-FECAMP.FR SITE: WWW.IFPS-FECAMP.FR	Référence : T04N01-02 Version : 1

FICHE D'INSCRIPTION A L'IFSI DE FECAMP

SEXE : F M N° INE (obligatoire) :

NOM (de naissance) :

NOM D'USAGE (nom d'épouse) :

Prénoms :

Date de naissance : /__ / __ / __ / __ / Lieu de naissance :
.....

Département de naissance : /__ / __ / Nationalité :

Adresse complète :
.....
.....

Code Postal : /__ / __ / __ / __ / Ville :

Tél fixe : /__ / __ / __ / __ / __ / Tél port : /__ / __ / __ / __ / __ /

E-mail :(écriture lisible)@.....

Numéro de sécurité sociale (obligatoire) : /__ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ /

Situation familiale :
Célibataire Marié(e) Pacs Concubinage Divorcé(e) Séparé(e) Veuf (veuve)

Nombre d'enfants :

MODALITES D'INSCRIPTION - SELECTION

PARCOURSUP

Classe de terminale série :

Titulaire du baccalauréat série : Année d'obtention : dépt :

j'ai effectué une année prépa : en Lieu :

PROMOTION PROFESSIONNELLE « FPC » (justifiant de 3 ans de cotisation à un régime de protection sociale)

Titulaire du diplôme :

Année d'obtention : Numéro Département :

Titulaire de l'autorisation du jury de présélection Année d'obtention :

Autres situations :
.....
.....

Profession des parents et/ou du conjoint :

père : mère : conjoint :

Vous êtes titulaire du permis : oui non en cours

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom-prénom : Lien de parenté :

Numéro de téléphone : _ / _ / _ / _ / _ / _ Numéro de portable : _ / _ / _ / _ / _ / _

SITUATIONS PARTICULIERES (voir annexes)

Je demande une dispense d'unité(s) d'enseignement : oui non
(Si oui, fournir l'annexe 1)

Je présente un handicap ou une incapacité temporaire : oui non
(Si oui, fournir l'annexe 2)

A LE SIGNATURE DU CANDIDAT (obligatoire)

ATTESTATION PARENTALE : Signature des PARENTS ou TUTEUR si candidat mineur

Père :

Mère :

Tuteur :



INSTITUT DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE
5, rue Saint NICOLAS - 76400 FECAMP

Date : 24/05/2024

IFSI : 02.35.28.61.00 IFAS : 02.35.10.39.50

MAIL: SECRETARIATIFI@CH-FECAMP.FR

SITE: WWW.IFPS-FECAMP.FR

Référence : T04N01-02

Version : 1

DOSSIER FINANCIER

 	INSTITUT DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE 5, rue Saint NICOLAS - 76400 FECAMP	Date : 24/05/2024
	IFSI : 02.35.28.61.00 IFAS : 02.35.10.39.50 MAIL: SECRETARIATIFS@CH-FECAMP.FR SITE: WWW.IFPS-FECAMP.FR	Référence : T04N01-02 Version : 1

Fiche à compléter et à retourner obligatoirement signée
que vous soyez demandeur d'emploi ou pas

NOM (de naissance) : NOM D'USAGE (nom d'épouse) :

Prénoms :

ACTIVITE PROFESSIONNELLE

- Contrat à Durée Déterminée
 Contrat à Durée Indéterminée
 Contrat Unique d'Insertion
 Autres :
- poste occupé : nom de l'Employeur :
- durée du contrat : de (mois / année) à (mois / année)

VOUS ETES DEMANDEUR D'EMPLOI SALARIE

- N° Identifiant France Travail (obligatoire) :**
 Salarié en CDD (droit privé ou public)
 Salarié en CDI (droit privé ou public) < 24 h/semaine
Quel type de contrat et emploi occupé ?
Date de début de contrat Date de fin de contrat
Percevez-vous une rémunération : oui non / **Quelle type de rémunération :**

VOUS ETES DEMANDEUR D'EMPLOI SANS EMPLOI

- N° Identifiant France Travail (obligatoire) :**
Percevez-vous une rémunération : oui non / **Quelle type de rémunération :**

AUTRE SITUATION

- Contrat aidé
 Contrat professionnalisation
 service civique
 formation financée région
 autre

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

A _____ LE _____

SIGNATURE DU CANDIDAT

FINANCEMENT DE LA FORMATION
DECLARATION DE SITUATION 24/25
+ LISTE DES PIECES A FOURNIR
à retourner à l'institut



NOM :PRENOM :

ADRESSE :
.....

NOM DE L'INSTITUT DE FORMATION :

POURSUITE DE SCOLARITE

Etablissement fréquenté et diplôme préparé

Année scolaire 2023/2024 :

Année scolaire 2022/2023 :

Année scolaire 2021/2022 :

Année scolaire 2020/2021 :

et

Année d'obtention du baccalauréat :

Justificatifs à fournir :

- Lycéens : certificat de scolarité de l'année scolaire en cours ;
- Personnes titulaires d'un baccalauréat obtenu à compter de juin 2020 : copie du diplôme du baccalauréat ;
- Personnes n'ayant pas interrompu leur scolarité pendant plus d'une année : tous les certificats de scolarité depuis le lycée.

DEMANDEUR D'EMPLOI SANS EMPLOI

N° identifiant Pôle-emploi :

Dernier emploi occupé :

Date de début de contrat :

Date de fin de contrat :

Suivez-vous ou avez-vous suivi une formation au cours des 12 derniers mois ?

- oui (préciser quelle formation et son mode de financement) :
- non

Justificatifs à fournir : justificatif attestant une inscription à Pôle-emploi en cours de validité (disponible sur le site de pole-emploi.fr à partir de votre espace personnel)

SALARIE EN EMPLOI PRECAIRE

Je suis actuellement en :

- Contrat à Durée Déterminée (CDD droit public ou droit privé) ;
- Contrat de travail aidé (CUI-PEC, contrat d'avenir, etc) ;
- Contrat à Durée Indéterminée (CDI) d'une durée inférieure ou égale à 24h hebdomadaires ou 104h mensuelles ;
- Contrat de Sécurisation Professionnelle (CSP).

Justificatifs à fournir : contrat de travail en cours ou CSP

Je suis :

- inscrit dans le cadre du « Dispositif Démissionnaire » de Transition Pro ;
- en service civique ;
- dans une autre situation (précisez, exemple congé parental ou de maternité) :

Suivez-vous ou avez-vous suivi une formation au cours des 12 derniers mois ?

- oui (préciser quelle formation et son mode de financement) :
- non

Justificatifs à fournir : tout document attestant de la situation déclarée.

- Les personnes en position de congé maternité ou de congé parental doivent également fournir un justificatif permettant d'apprécier leur statut la veille du début dudit congé ;
- Les salariés concernés par le « dispositif démissionnaire » doivent fournir un justificatif de dépôt de dossier sur la plateforme de Transition Pro.

AUTRE SITUATION (NON ELIGIBLE AU FINANCEMENT REGIONAL)

Je suis :

- salarié (hors contrats d'insertion, hors CDI inférieur ou égal à 24h/semaine et hors CDD) ;
- agent stagiaire ou titulaire de la fonction publique ;
- retraité ou j'ai dépassé l'âge légal du départ à la retraite

Type d'employeur :

- Fonction Publique Hospitalière Fonction Publique de l'Etat Fonction Publique Territoriale
- Employeur privé/associatif

Financement de la formation par (précisez, y compris si en attente de réponse) :

Justificatifs à fournir : attestation de prise en charge (employeur, ou organisme financeur) ou dans l'attente d'une réponse une attestation de dépôt d'un dossier de demande de prise en charge.

LES PIÈCES JUSTIFICATIVES DOIVENT IMPÉRATIVEMENT ÊTRE JOINTES A CE DOCUMENT ET RETOURNÉES A L'INSTITUT DANS LES MEILLEURS DELAIS. TOUTE DECLARATION DE SITUATION INCOMPLETE ENTRAÎNERA LA NON PRISE EN CHARGE DE VOTRE FORMATION PAR LA REGION.

Je soussigné(e), M./ Mme déclare avoir pris connaissance des règles de financement des parcours de formations sanitaires et sociales* et atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document.

Date et signature du candidat :

Date et signature des parents ou tuteurs
pour les candidats mineurs :

*Retrouvez le règlement sur le site parcours-metier.normandie.fr/fss-se-former-aux-metiers-de-la-sante-et-du-social



INSTITUT DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE
5, rue Saint NICOLAS - 76400 FECAMP

Date : 24/05/2024

IFSI : 02.35.28.61.00 IFAS : 02.35.10.39.50

MAIL: SECRETARIATIFI@CH-FECAMP.FR

SITE: WWW.IFPS-FECAMP.FR

Référence : T04N01-02

Version : 1

DOSSIER MEDICAL

Nom et Prénom de l'étudiant :

.....

  	INSTITUT DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE 5, rue Saint NICOLAS - 76400 FECAMP	Date : 24/05/2024
	IFSI : 02.35.28.61.00 IFAS : 02.35.10.39.50 MAIL: SECRETARIATIFI@CH-FECAMP.FR SITE: WWW.IFPS-FECAMP.FR	Référence : T04N01-02 Version : 1

CALENDRIER VACCINAL

A respecter pour votre mise en conformité avec la réglementation sur l'immunisation des professionnels de santé en France

NOM de naissance :

NOM marital :

Prénom :

Date de Naissance :

Promotion IDE :

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	A la date du	A faire	Validation
Hépatite B1			
Hépatite B2			
Hépatite B3			
Rappel(s) Hépatite			
Bilan sanguin Hépatite B Ac Anti HBs =			
DTCP* (dernier rappel) * vaccination coqueluche exigée pour les stages auprès d'enfants < 6 mois			
VACCINATIONS NON OBLIGATOIRES			
BCG			
Tubertest < 3 mois			
Maladies infantiles			
ROR 1			
ROR 2			
Autre :			
<input type="checkbox"/> Rougeole <input type="checkbox"/> Rubéole <input type="checkbox"/> Varicelle		Fournir la copie des vaccinations du carnet de santé Et La page des maladies infantiles (ou le résultat des sérologies IgG)	

Certifié exact le :/...../..... Signature du médecin :

Cachet du Médecin :

  	INSTITUT DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE 5, rue Saint NICOLAS - 76400 FECAMP	Date : 24/05/2024
	IFSI : 02.35.28.61.00 IFAS : 02.35.10.39.50 MAIL: SECRETARIATIFSI@CH-FECAMP.FR SITE: WWW.IFPS-FECAMP.FR	Référence : T04N01-02 Version : 1

CERTIFICAT D'APTITUDE

(Entrée à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de FECAMP)

Je soussigné(e) Docteur, médecin agréé,
certifie que, conformément à l'article 54 de l'arrêté du 21 avril 2007 modifié par l'arrêté du
17 avril 2018 et par l'arrêté du 17 janvier 2020 relatif aux conditions de fonctionnement des
instituts de formation paramédicaux,

Mme - Mrné(e) le/...../.....

Présente les aptitudes physiques et psychologiques nécessaires à l'exercice de la profession.

Le départ en stage ne sera autorisé que si toutes les vaccinations sont à jour.

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

Signature :

Cachet :

  	<p>INSTITUT DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE 5, rue Saint NICOLAS - 76400 FECAMP</p> <p>IFSI : 02.35.28.61.00 IFAS : 02.35.10.39.50 MAIL: SECRETARIATIFI@CH-FECAMP.FR SITE: WWW.IFPS-FECAMP.FR</p>	<p>Date : 24/05/2024</p> <p>Référence : T04N01-02 Version : 1</p>
---	--	---

ANNEXE 1

Demande d'une dispense d'unités d'enseignement

  	INSTITUT DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE 5, rue Saint NICOLAS - 76400 FECAMP	Date : 24/05/2024
	IFSI : 02.35.28.61.00 IFAS : 02.35.10.39.50 MAIL: SECRETARIATIFSI@CH-FECAMP.FR SITE: WWW.IFPS-FECAMP.FR	Référence : T04N01-02 Version : 1

DEMANDE DE DISPENSE D'UNITÉ(S) D'ENSEIGNEMENT ANNEE UNIVERSITAIRE 2024/2025

Il est possible de demander une dispense d'une ou plusieurs unités d'enseignement, voire d'un semestre, sous certaines conditions.

Tout étudiant(e) admis(e) en formation infirmière a la possibilité de demander une dispense d'unités d'enseignement.

Cette possibilité concerne notamment les ex-étudiants en PACES ayant validé leur année de formation, les infirmiers titulaires d'un diplôme obtenu dans un pays hors Union européenne ou hors Espace économique européen, les titulaires d'un diplôme d'Etat d'aide-soignant ou d'auxiliaire de puériculture, les titulaires de licences ou masters en rapport avec la formation infirmière (ex : licence « Lettres Langues Sciences humaines » mention « *Langues, Littérature et Civilisations Étrangères et Régionales* » Parcours « *anglais* », licence « *Sciences, Technologies, Santé* » mention « *Sciences de la Vie* » parcours « *Biologie santé* », ...).

La demande de dispense, déposée par tout nouvel inscrit en IFSI, peut concerner des unités d'enseignement de l'ensemble du cursus des 6 semestres de formation.

Après réception de la demande écrite, le directeur saisit la section compétente pour le traitement pédagogique des situations individuelles d'étudiants afin d'instruire la demande, au regard de la formation antérieure validée, des certifications, titres et diplômes obtenus et du parcours professionnel réalisé.

- ⇒ Après avoir réalisé l'inscription administrative, vous devez renvoyer le dossier de demande de dispense d'enseignement au secrétariat de l'IFSI au plus tard le, dernier délai.
- ⇒ Pensez à accompagner le dossier de tous les justificatifs nécessaires à l'étude de votre demande. En cas de formation suivie ou de diplôme obtenu à l'étranger, toutes les pièces devront être traduites en français par un traducteur assermenté.

La décision d'accorder – ou de ne pas accorder – la dispense, prise par la section compétente pour le traitement pédagogique des situations individuelles d'étudiants, est notifiée à l'étudiant demandeur par le directeur de l'institut.

Une dispense accordée est valable pour l'année universitaire dans laquelle l'étudiant est inscrit, et / ou sur l'ensemble du cycle de formation.

 	INSTITUT DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE 5, rue Saint NICOLAS - 76400 FECAMP	Date : 24/05/2024
	IFSI : 02.35.28.61.00 IFAS : 02.35.10.39.50 MAIL: SECRETARIATIFS@CH-FECAMP.FR SITE: WWW.IFPS-FECAMP.FR	Référence : T04N01-02 Version : 1

A retourner par courrier au secrétariat de l'institut au plus tard le 08 janvier 2025 (le cachet de la Poste fera foi)

Passé ce délai, aucune demande ne sera acceptée.

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION	
Dossier réceptionné par	
Date	
Cachet	

En application de l'article 7 de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, modifié notamment par l'arrêté du 13 décembre 2018, article 3 :

« Les personnes admises en formation peuvent faire l'objet de dispenses d'unités d'enseignement 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. »

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Mail (obligatoire) :

PIECES A JOINDRE

- La **copie d'une pièce d'identité** (l'original pourra vous être demandé)
- La **copie du diplôme** détenu : **l'original sera à présenter à la direction pour finaliser l'accord de dispense**
- 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 et précisant les fonctions exercées
- Un **curriculum vitae**
- Une **lettre de motivation**
- Une attestation de niveau de langue B2 française pour les candidats étrangers
- Pour une unité d'enseignement, fournir également :
- Le **contenu détaillé de l'enseignement** suivi antérieurement (supplément au diplôme)
- Le **résultat de l'évaluation** de cet enseignement
- Pour un stage, fournir également :
- La ou les **feuilles d'évaluation du stage, le portfolio** ou **l'appréciation de l'employeur**

 	INSTITUT DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE 5, rue Saint NICOLAS - 76400 FECAMP	Date : 24/05/2024
	IFSI : 02.35.28.61.00 IFAS : 02.35.10.39.50 MAIL: SECRETARIATIFS@CH-FECAMP.FR SITE: WWW.IFPS-FECAMP.FR	Référence : T04N01-02 Version : 1

Décision de la Section Compétente pour le Traitement Pédagogique des Situations Individuelles des étudiants

En application des articles 7 et 8 de l'arrêté du 31 juillet 2009 modifié relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, la Section Compétente pour le traitement Pédagogique des Situations Individuelles des étudiants réunie le pour instruire la demande formulée par :

Nom : Prénom :

Décision :

D'accorder une dispense, sous réserve de production de l'original du diplôme, pour l'(es) enseignements ou le(s) stage(s) suivant(s) :

UE : semestre :

Intitulé :

UE : semestre :

Intitulé :

UE : semestre :

Intitulé :

D'accorder une dispense, sous réserve de production de l'original du diplôme, pour le(s) semestre(s) suivant(s) :

D'accorder une dispense, sous réserve de production de l'original du diplôme, pour l'(es) enseignements ou le(s) stage(s) suivant(s) :

De ne pas accorder de dispense d'enseignement

NOM du Président de la Section Compétente pour le Traitement Pédagogique des Situations Individuelles des étudiants, Directrice de l'Institut ou son représentant :

.....

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

Signature du Président de la section,

  RÉGION NORMANDIE	INSTITUT DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE 5, rue Saint NICOLAS - 76400 FECAMP	Date : 24/05/2024
	IFSI : 02.35.28.61.00 IFAS : 02.35.10.39.50 MAIL: SECRETARIATIFSI@CH-FECAMP.FR SITE: WWW.IFPS-FECAMP.FR	Référence : T04N01-02 Version : 1

Prise de connaissance de la décision par l'étudiant demandeur

Je reconnais avoir pris connaissance de la décision de la section compétente pour le traitement pédagogique des situations individuelles quant à ma demande de dispense d'enseignement.

Date :

Signature de l'étudiant :

   	<p>INSTITUT DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE 5, rue Saint NICOLAS - 76400 FECAMP</p> <p>IFSI : 02.35.28.61.00 IFAS : 02.35.10.39.50 MAIL: SECRETARIATIFSI@CH-FECAMP.FR SITE: WWW.IFPS-FECAMP.FR</p>	<p>Date : 24/05/2024</p> <p>Référence : T04N01-02 Version : 1</p>
--	--	---

ANNEXE 2

Demande d'aménagement pour les personnes en situation de handicap

 	INSTITUT DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE 5, rue Saint NICOLAS - 76400 FECAMP	Date : 24/05/2024
	IFSI : 02.35.28.61.00 IFAS : 02.35.10.39.50 MAIL: SECRETARIATIFS@CH-FECAMP.FR SITE: WWW.IFPS-FECAMP.FR	Référence : T04N01-02 Version : 1

Procédure de demande d'aménagement des conditions D'accès, d'examens, de sélection et d'études des stagiaires (IFSI, IFAS, FTLV) présentant un handicap à l'IFPS de FECAMP

Le décret N° 2005-1617 du 21 décembre 2005, et la circulaire d'application du 27/12/2011 prévoient la possibilité d'obtenir une compensation de la déficience si l'étudiant présente un handicap au sens de la loi :

Article 1 du Décret n°2005-1617 du 21/12/2005 :

*« Les candidats aux examens de l'enseignement supérieur qui présentent un handicap tel que défini à l'article L114 du code de l'action sociale et des familles * bénéficient des aménagements rendus nécessaires par leur situation. »*

**« Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».*

Pour solliciter un aménagement des conditions d'examen, de concours ou de scolarité le candidat doit suivre la procédure telle que décrite ci-après.

Étudiant/élève présentant un handicap permanent ou temporaire

1. La demande d'aménagement

- a) Epreuve de sélection : un mois avant le début des épreuves, par courrier adressé à l'IFPS.
- b) Le candidat retenu ou l'étudiant/élève doit, dans un délai maximum de deux mois après la rentrée en formation ou la reprise des enseignements du second semestre de l'année, **adresser une demande au directeur de l'IFPS à l'aide de l'imprimé : Demande d'aménagement des conditions d'accès, d'examens, de sélection et d'études.** Il doit prendre rendez-vous auprès d'un professionnel de santé afin d'évaluer les besoins de compensation du handicap.
- c) Les référents handicap instruisent la demande et la recevabilité puis la transmettent au secrétariat et à la direction.

  	INSTITUT DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE 5, rue Saint NICOLAS - 76400 FECAMP	Date : 24/05/2024
	IFSI : 02.35.28.61.00 IFAS : 02.35.10.39.50 MAIL: SECRETARIATIFS@CH-FECAMP.FR SITE: WWW.IFPS-FECAMP.FR	Référence : T04N01-02 Version : 1

L'IFPS garantit la confidentialité des informations qui lui sont confiées.

Le directeur consulte les référents Handicap et la coordinatrice pédagogique afin d'étudier la recevabilité de la demande.

2. La décision de la Direction

Dans un délai d'un mois, l'autorité administrative prend la décision des aménagements à prévoir et notifie **par écrit au candidat/demandeur** une proposition d'aménagement personnalisée.



Cet avis est valable uniquement pour l'année de formation en cours, le candidat devra formuler une nouvelle demande chaque année. Si la décision ne concerne qu'un semestre, le candidat doit renouveler sa demande pour le semestre suivant.

3. Présentation à la section compétente pour les situations pédagogiques

Pièces à fournir avec la demande

Vous trouverez ci-dessous la liste des documents demandés pour étayer votre demande d'aménagement des conditions d'accès, d'examens, de sélection et d'études.

- Les compte-rendu récents de suivi médical, de bilans et/ou d'hospitalisations en lien avec votre handicap.
- Toutes les notifications de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) en votre possession.
- Les notifications des aménagements qui vous ont été accordés au lycée (Baccalauréat, BTS...) ou dans le milieu professionnel.

  	INSTITUT DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE 5, rue Saint NICOLAS - 76400 FECAMP	Date : 24/05/2024
	IFSI : 02.35.28.61.00 IFAS : 02.35.10.39.50 MAIL: SECRETARIATIFSI@CH-FECAMP.FR SITE: WWW.IFPS-FECAMP.FR	Référence : T04N01-02 Version : 1

**Demande d'aménagement des conditions d'accès, d'examens, de sélection
et d'études
des stagiaires (IFSI, IFAS, FTLV) présentant un handicap
à l'IFPS de FECAMP**

NOM : Prénom :
Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance :
N° INE : Numéro de téléphone :/...../...../...../.....
E-mail :
Adresse :
.....
.....

Année scolaire concernée par la demande : 20.....-20.....

Intitulé précis de la formation :

En formation Initiale Continue (FTLV) Sélection FPC

A - Avez-vous un dossier à la MDPH ? Oui Non Demande en cours

Si oui, dans quel département :

B - Merci de donner toutes les précisions qui vous semblent importantes pour aider à l'évaluation de vos besoins pendant vos études.

Déficiência motrice (précisez si vous utilisez un fauteuil roulant, manuel ou électrique)
.....
.....

Déficiência visuelle (persistant après correction optique)
.....



INSTITUT DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE
5, rue Saint NICOLAS - 76400 FECAMP

Date : 24/05/2024

IFSI : 02.35.28.61.00 IFAS : 02.35.10.39.50
MAIL: SECRETARIATIFSI@CH-FECAMP.FR
SITE: WWW.IFPS-FECAMP.FR

Référence : T04N01-02
Version : 1

.....
Déficiência auditive (précisez si vous utilisez un mode de communication gestuelle)
.....
.....

Maladie invalidante
.....
.....

Troubles psychiques
.....
.....

Troubles du langage écrit et oral
.....
.....

Autre maladie chronique
.....
.....

C - Formulez votre demande d'aménagement d'accès, d'examens, et/ou de sélection et/ou d'études en renseignant le (s) paragraphe(s) suivant(s) :

Majoration du temps de composition (cochez la ou les case(s) correspondantes)

1/6 de temps 1/4 temps 1/3 temps supplémentaire

pour les épreuves écrites

les épreuves orales

la préparation écrite des épreuves orales

les épreuves pratiques

Installation matérielle particulière (précisez) :
.....

Aide(s) technique(s) et/ou humaine(s) (précisez) :
.....
.....

  	INSTITUT DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE 5, rue Saint NICOLAS - 76400 FECAMP	Date : 24/05/2024
	IFSI : 02.35.28.61.00 IFAS : 02.35.10.39.50 MAIL: SECRETARIATIFSI@CH-FECAMP.FR SITE: WWW.IFPS-FECAMP.FR	Référence : T04N01-02 Version : 1

Mise en forme des sujets (précisez) :

.....

.....

Adaptation des épreuves (précisez) :

.....

.....

Autres (précisez) :

.....

.....

Date :

Signature de l'étudiant (e) :

Décision de l'autorité administrative de l'IFPS :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date :

Signature de la Direction :