



**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](mailto:SECRETARIATIFSI@CH-FECAMP.FR)

SITE: [WWW.IFPS-FECAMP.FR](http://WWW.IFPS-FECAMP.FR)

Référence : T04N01-02

Version : 1

# DOSSIER D'INSCRIPTION DÉFINITIVE

## Formation infirmière

## Candidats Parcoursup

# RENTREE FEVRIER 2026 IFSI FECAMP

Vous avez validé définitivement votre place à l'IFSI de FECAMP sur parcoursup.

Vous devez retourner ce dossier avant le 16 juin 2025 pour confirmer votre inscription à L'IFSI de FECAMP

## 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](mailto:SECRETARIATIFSI@CH-FECAMP.FR)

SITE: [WWW.IFPS-FECAMP.FR](http://WWW.IFPS-FECAMP.FR)

Référence : T04N01-02

Version : 1

# DOSSIER ADMINISTRATIF

**NOM et PRENOM : -----**

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

## INFORMATIONS IMPORTANTES

(A lire avant de compléter le dossier)

### 1- PIECES A FOURNIR (dès votre validation sur parcoursup)

- Dossier d'inscription renseigné et signé
- Copie de la pièce d'identité recto-verso en cours de validité en couleur si possible (les 5 ans supplémentaires « seulement si vous étiez majeur au moment de la réalisation de la carte »)
- Copie du baccalauréat ou relevé de notes pour les étudiants en terminale et certificat de scolarité
- Confirmation d'admission en première année d'enseignement supérieur 2025-2026  
(téléchargeable via [parcoursup](#))
- Attestation journée d'appel
- Curriculum vitae
- Une photo d'identité (qui sera utilisée pour le trombinoscope puis classée dans votre dossier administratif)
- Attestation sécurité sociale en cours de validité et **au nom de l'étudiant (via [amelie.fr](#))**
- Attestation responsabilité civile en cours de validité au nom de l'étudiant
- Attestation CVEC 2025-2026 (payable en ligne sur le site de la CVEC)

**Nous organiserons le vendredi 30 janvier 2026 une pré-rentrée administrative obligatoire**

**La rentrée pédagogique universitaire est fixée au lundi 2 février 2026**

**Un mail de confirmation vous sera adressé en fin d'année**

### **2 - DEMANDE DE BOURSES D'ETUDES REGIONALES AUPRES DU CROUS NORMANDIE POUR LA RENTREE DE FEVRIER 2026**

Vous devez créer votre DES 2025-2026 sur le site du **CROUS NORMANDIE**  
[messervices.etudiant.gouv.fr](http://messervices.etudiant.gouv.fr)

**Attention : Munissez-vous de notre numéro INE - vous devez créer un dossier 2025-2026  
à partir de novembre 2025, pour les rentrées de février**

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

- 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](mailto:messervices.etudiant.gouv.fr)

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 d'attribution au secrétariat de l'institut de formation.**

### **3 - FRAIS D'INSCRIPTION UNIVERSITAIRE 2025-2026**

**D'un montant de 175 € payable lors de votre inscription dans l'institut de votre choix, sauf pour les étudiants boursiers sur présentation d'un justificatif.**

Ils seront à régler chaque année pour tous les étudiants inscrits dans un établissement d'enseignement supérieur.

### **4 - CONTRIBUTION A LA CVEC 2025-2026**

**D'un montant de 103 € cette contribution est payable en ligne directement sur le site CVEC (fournir une attestation à l'institut).**

Elle est due chaque année pour les étudiants inscrits dans un établissement d'enseignement supérieur.

#### **➤ Ne sont pas concernés par l'inscription :**

Les étudiants en **formation continue professionnelle**, c'est-à-dire dont la formation est prise en charge par l'employeur ou par un organisme collecteur

#### **➤ 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.

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

## 5 - DEMANDEURS D'EMPLOI

### Les demandeurs d'emploi doivent s'adresser à France Travail afin de connaître ses droits

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).

**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 apparait :  
votre nom  
votre numéro de sécurité sociale  
Cette attestation doit être remise à jour auprès de la CPAM, elle devra couvrir la totalité de l'année scolaire.**

### **MUTUELLES**

Elles ne sont pas obligatoires mais vivement conseillées.

Vous avez la possibilité de conserver celle de vos parents. Vous devez prendre contact avec votre centre 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 en cours de validité 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.**

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

Des indemnités kilométriques peuvent être 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.**

## 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

- ✚ D'un certificat de **vaccinations** à l'exercice de la profession (cf calendrier vaccinal joint), celui-ci peut être complété par **votre médecin traitant.**
- ✚ **Copie de votre carnet de santé** (pensez à bien inscrire votre nom et prénom sur les copies ainsi que votre date de naissance)

**Je vous remercie de retourner tous ces documents médicaux au secrétariat de l'institut avant le 30 octobre 2025.**

## 9 - LES TENUES PROFESSIONNELLES

Tous les élèves doivent porter une tenue professionnelle lors des stages et TP à l'Institut. Nous vous proposons de les acheter par l'intermédiaire de l'institut, **cinq tenues sont obligatoires**. Le jour de la pré-rentrée (le 30 janvier 2026), 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.

## 11 - LOGEMENTS

Cf : notre site internet [www.ifps-fecamp.fr](http://www.ifps-fecamp.fr) (vie estudiantine)



**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: [SECRETARIATIFSI@CH-FECAMP.FR](mailto:SECRETARIATIFSI@CH-FECAMP.FR)

SITE: [WWW.IFPS-FECAMP.FR](http://WWW.IFPS-FECAMP.FR)

Référence : T04N01-02

Version : 1

# DOSSIER FINANCIER

 	<b>INSTITUT DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE</b> <b>5, rue Saint NICOLAS - 76400 FECAMP</b>	Date : 24/05/2024
	IFSI : 02.35.28.61.00      IFAS : 02.35.10.39.50 MAIL: <a href="mailto:SECRETARIATIFS@CH-FECAMP.FR">SECRETARIATIFS@CH-FECAMP.FR</a> SITE: <a href="http://WWW.IFPS-FECAMP.FR">WWW.IFPS-FECAMP.FR</a>	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 25/26

### + 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 2024/2025 : .....

Année scolaire 2023/2024 : .....

Année scolaire 2022/2023 : .....

Année scolaire 2021/2022 : .....

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 2021 : 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/formation/aides/financement-du-parcours-de-formation\\_FSS](http://parcours-metier.normandie.fr/formation/aides/financement-du-parcours-de-formation_FSS)

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

# DOSSIER MEDICAL

Nom et Prénom de l'étudiant :

.....

 	<b>INSTITUT DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE</b> <b>5, rue Saint NICOLAS - 76400 FECAMP</b>	Date : 24/05/2024
	IFSI : 02.35.28.61.00      IFAS : 02.35.10.39.50 MAIL: <a href="mailto:SECRETARIATIFS@CH-FECAMP.FR">SECRETARIATIFS@CH-FECAMP.FR</a> SITE: <a href="http://WWW.IFPS-FECAMP.FR">WWW.IFPS-FECAMP.FR</a>	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 :

**Obligation de fournir la copie du carnet de vaccination (vaccination et maladies infantiles) vous devez identifier sur les copies (votre nom et la date de naissance)**

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			
<p>Maladies contractées dans l'enfance :</p> <p style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> Rougeole  <input type="checkbox"/> Rubéole  <input type="checkbox"/> Varicelle         </p> <p>Si possible le résultat des sérologies IgG</p>			

Certifié exact le : ...../...../.....

Signature du médecin :

Cachet du Médecin :

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

# CERTIFICAT D'APTITUDE ETABLI PAR UN MEDECIN AGREE PAR L'ARS

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

Je soussigné(e) Docteur ....., médecin agréé,  
certifie que, conformément à l'article 91 de l'arrêté du 21 avril 2007 modifié par l'arrêté du 10 juin  
2021 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux,

Mme - Mr .....né(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 :

**INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS**  
**5 rue Saint-Nicolas**  
**76400 FECAMP**

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

# ANNEXE 1

## Demande d'une dispense d'unités d'enseignement

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

## DEMANDE DE DISPENSE D'UNITÉ(S) D'ENSEIGNEMENT ANNEE UNIVERSITAIRE 2025/2026

**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.

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

**A retourner au secrétariat de l'institut**  
**au plus tard le 8 janvier 2026 (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'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. »*

NOM : .....

Prénom : .....

Mail obligatoire : .....

Téléphone : .....

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

## 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**

Attention : un dossier de demande incomplet vous expose à un refus de dispense.

Veuillez libeller précisément les enseignements dont vous demandez la dispense

semestre	unité d'enseignement ou stage	Intitulé (enseignement dispensé)

*J'atteste sur l'honneur la véracité des pièces produites et je demande à bénéficier d'une dispense d'enseignement au vu de mon cursus et/ou de mes acquis antérieurs.*

**Date :**

**Signature de l'étudiant :**

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

décide :

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

- UE : ..... Semestre : ..... Intitulé .....
- UE : ..... Semestre : ..... Intitulé : .....
- 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) :

De ne pas accorder de dispense d'enseignement

Nom du Président de la section compétente pour le traitement pédagogique des situations individuelles des étudiants :

.....  
.....

Date : ..... / ..... / 2026

Signature du président de la section,  
Directrice de l'institut ou de son représentant :

**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

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

# ANNEXE 2

## Demande d'aménagement pour les personnes en situation de handicap

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

## Demande d'aménagement des conditions d'accès, d'examens, de sélection et d'études des apprenants (IFSI, IFAS, FTLV) présentant un handicap

La **Loi 2005-102 du 11 février 2005 portant sur l'inclusion, et pour « l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées »** a mis en avant les principes de non-discrimination et de droit à la compensation du handicap.

La loi oblige les organismes de formation professionnelle à :

- Accueillir les personnes en situation de handicap en formation sans discrimination.
- Garantir l'égalité des droits et des chances des personnes en situation de handicap pour accéder à la formation et à la qualification, mais aussi pour leur permettre de valider leur parcours.

Les organismes de formation professionnelle doivent veiller à :

- Développer l'accessibilité des formations.
- Développer la capacité des équipes à organiser la compensation du handicap des personnes en formation.
- S'assurer de la bonne accessibilité des locaux.

Chaque organisme doit définir et mettre en œuvre les aménagements nécessaires, afin de créer des conditions favorables pour l'accueil et l'apprentissage des stagiaires en situation de handicap en formation.

Ces aménagements portent sur :

- L'adaptation et l'aménagement de l'environnement de la formation.
- L'adaptation des rythmes et des temps de formation.
- L'adaptation des modalités pédagogiques, contenus, supports, outils.

### 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.

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

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

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

**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**

\*\*\*\*\*

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

**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.**

**Déficience motrice (précisez si vous utilisez un fauteuil roulant, manuel ou électrique)**

.....  
.....

**Déficience visuelle (précisez si persistant après correction optique)**

.....  
.....

**Déficience auditive (précisez si vous utilisez un mode de communication gestuelle)**

.....  
.....

**Maladie invalidante**

**Troubles psychiques**

**Troubles du langage écrit et oral**

**Maladie chronique**

**Installation matérielle particulière (précisez) :**

.....  
.....

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

.....  
.....

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

Mise en forme des sujets (précisez) :

.....  
.....

Adaptation des épreuves (précisez) :

.....  
.....

Autres (précisez) :

.....  
.....

Date :

Signature de l'apprenant :

**Suite à votre demande les référents handicap vous contacteront pour un  
entretien de recueil de vos besoins**