



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

Date : 23/04/2026

IFSI : 02.35.28.61.00

IFAS : 02.35.10.39.50

MAIL: [SECRETARIATIFPS@CH-FECAMP.FR](mailto:SECRETARIATIFPS@CH-FECAMP.FR)

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

Référence : T04N01-02

Version : 2

# DOSSIER D'INSCRIPTION DEFINITIVE

## Formation infirmière

## Candidats Parcoursup

## RENTREE FEVRIER 2027 IFSI FECAMP

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

**VOUS DEVEZ VOUS INSCRIRE**  
**A L'IFSI DE FECAMP**

Vous avez 15 jours pour  
retourner ce dossier et ainsi  
confirmer définitivement votre  
inscription à L'IFSI de FECAMP

### CONTENU DU DOSSIER :

- *Dossier administratif*
- *Dossier financier*
- *Dossier médical (à retourner au plus tard le 30 octobre 2026)*
- *Annexe 1 « Demande d'une dispense d'unités d'enseignement »*
- *Annexe 2 « Demande d'aménagement pour les personnes en situation de handicap »*

# DOSSIER ADMINISTRATIF

**NOM et PRENOM :** .....

# INFORMATIONS IMPORTANTES

## (A lire avant de compléter le dossier)

### I - PIÈCES A FOURNIR

- Dossier d'inscription renseigné et **signé**
- Copie de la pièce d'identité recto-verso en cours de validité en couleur (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
- Certificat de scolarité
- Confirmation d'admission en première année d'enseignement supérieur 2026-2027  
(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 ameli.fr)**
- Attestation responsabilité civile en cours de validité **le nom de l'étudiant doit apparaître sur l'attestation**
- Attestation CVEC 2026-2027 (contribution payable en ligne sur le site de la CVEC)

**Nous organiserons le vendredi 29 janvier 2027 une pré-rentrée administrative obligatoire**

**La rentrée pédagogique universitaire est fixée au lundi 1er février 2027**

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

### II - DEMANDE DE BOURSES D'ETUDES REGIONALES AUPRES DU CROUS NORMANDIE POUR LA RENTREE DE FEVRIER 2027

Vous pouvez d'ores et déjà faire une estimation, [messervices.etudiant.gouv.fr](https://messervices.etudiant.gouv.fr)

**Attention : Munissez-vous de notre numéro INE - vous devez créer un dossier 2026-2027**

**Pour les rentrées de février 2027, à partir de novembre 2026  
vous pourrez finaliser votre dossier**

Vous joindrez un RIB au nom de l'étudiant, l'avis fiscal, la fiche familiale remplie, **la fiche de renseignements spécifiques très importante** (téléchargeable sur le site du Crous Normandie) pour finaliser votre dossier.

**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 de votre choix.**

**Attention que cette attestation soit au nom de l'établissement choisi**

### **III - FRAIS D'INSCRIPTION UNIVERSITAIRE 2026-2027**

**D'un montant de 178 € (en 2025) payable lors de votre inscription**, sauf pour les étudiants boursiers sur présentation d'un justificatif. Vous devrez présenter un justificatif à l'institut avant le premier jour de formation.

Ces frais d'inscription sont à régler chaque année pour tous les étudiants inscrits dans un établissement d'enseignement supérieur.

### **IV - CONTRIBUTION A LA CVEC 2026-2027**





**D'un montant de 105 € (en 2025) cette contribution est payable en ligne directement sur le site CVEC (fournir une attestation d'inscription 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.

### **V - 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).

## VI - 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 tous les ans, 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.**

## VII - LES STAGES

Les terrains de stage sont situés dans un rayon d'environ 60 kilomètres autour de Fécamp. Il est vivement conseillé d'être **titulaire du permis conduire.**

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.**

## VIII - 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 première période de stage :**

- ✚ D'un certificat médical de **vaccinations** conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France (cf calendrier vaccinal joint), 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.

## **IX - LES TENUES PROFESSIONNELLES**

Tous les étudiants sont tenus de porter une tenue professionnelle lors des stages ainsi que des travaux pratiques à l'Institut. Nous vous proposons de procéder à leur achat par l'intermédiaire de l'Institut ; cinq tenues sont requises. Le jour de la pré-rentrée, le 29 janvier 2027, une société sera présente afin de vous présenter le modèle, d'organiser les essayages et de prendre les commandes.

## **X - 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.

## **XI - 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

**SITUATIONS PARTICULIERES (voir annexes 1 et 2)**

Je demande une dispense d'unité(s) d'enseignement :  oui  non

Je présente un handicap ou une incapacité temporaire :  oui  non

**ACTIVITE PROFESSIONNELLE**

Contrat à Durée Déterminée - poste occupé : ..... nom de l'Employeur : .....

Contrat à Durée Indéterminée - poste occupé : ..... nom de l'Employeur : .....

Contrat Unique d'Insertion - 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

A ..... LE ..... **SIGNATURE DU CANDIDAT (obligatoire)**

**ATTESTATION PARENTALE : Signature des PARENTS ou TUTEUR si candidat mineur**

Père :

Mère :

Tuteur :

# DOSSIER FINANCIER

**FINANCEMENT DE LA FORMATION**  
**(HORS AIDE-SOIGNANT, AMBULANCIER ET ACCOMPAGNANT EDUCATIF ET SOCIAL)**  
**DECLARATION DE SITUATION**  
*à retourner à l'institut*

**NOM :**

**PRENOM :**

Le financement de votre formation par la Région Normandie est déterminé conformément aux [règles de financement des parcours de formation sanitaire et social](#). Merci d'indiquer sur cette fiche quelle sera votre situation **la veille de l'entrée en formation**.

SITUATIONS ELIGIBLES AU FINANCEMENT REGIONAL
<input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi  <u>Justificatifs à fournir :</u> attestation d'inscription à France Travail en cours de validité (disponible à partir de votre espace personnel sur le site <a href="http://francetravail.fr">francetravail.fr</a> ).
<input type="checkbox"/> Contrat à Durée Déterminée (CDD droit public ou droit privé) <input type="checkbox"/> Contrat intérimaire <input type="checkbox"/> Contrat à Durée Indéterminée (CDI) d'une durée inférieure ou égale à 24h hebdomadaires ou 104h mensuelles <input type="checkbox"/> Contrat de Sécurisation professionnelle (CSP) <input type="checkbox"/> Contrat avec un particulier employeur (assistante maternelle ou aide ménager par exemple) <input type="checkbox"/> Service Civique <input type="checkbox"/> Inscrit dans le cadre du « Dispositif Démissionnaire » de Transition Pro  <u>Justificatifs à fournir :</u> <ul style="list-style-type: none"><li>- Contrat de travail en cours ou CSP ;</li><li>- Salarié concerné par le « dispositif démissionnaire » de Transitions Pro : justificatif de dépôt de dossier sur la plateforme Transitions Pro.</li></ul>
<input type="checkbox"/> En poursuite de scolarité Année d'obtention du baccalauréat (si concerné) :  <u>Justificatifs à fournir :</u> <ul style="list-style-type: none"><li>- Lycéen : certificat de scolarité de l'année en cours ;</li><li>- Personne titulaire d'un baccalauréat depuis moins de 4 ans : copie du diplôme du baccalauréat ;</li><li>- Personne n'ayant pas interrompu sa scolarité pendant plus d'une année : tous les certificats de scolarité depuis le lycée.</li></ul>



Votre formation est financée par la Région Normandie.

#### SITUATIONS NON ELIGIBLES AU FINANCEMENT REGIONAL

- 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 ayant dépassé l'âge légal de la retraite

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.



Vous n'êtes pas éligible au financement de votre formation par la Région.

Avez-vous suivi une formation qualifiante et certifiante, financée par la Région Normandie, au cours des 10 derniers mois ?

Oui (\*). Préciser la formation :

Non

(\*). Si oui, vous êtes soumis à un délai de carence de 10 mois entre la sortie de la première formation et l'entrée de la seconde. Toutefois, ce délai de carence n'est pas appliqué si vous êtes en poursuite de scolarité, ou si vous vous réorientez à l'issue d'une formation n'ayant pas donné lieu à la validation du diplôme d'Etat ou de la qualification visée.

**LES PIECES JUSTIFICATIVES DOIVENT IMPERATIVEMENT ETRE JOINTES A CE DOCUMENT ET RETOURNEES A L'INSTITUT DANS LES MEILLEURS DELAIS.**



**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: [SECRETARIATIFPS@CH-FECAMP.FR](mailto:SECRETARIATIFPS@CH-FECAMP.FR)  
SITE: [WWW.IFPS-FECAMP.FR](http://WWW.IFPS-FECAMP.FR)

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:SECRETARIATIFPS@CH-FECAMP.FR">SECRETARIATIFPS@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:SECRETARIATIFPS@CH-FECAMP.FR">SECRETARIATIFPS@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 2026/2027

**Il est possible de demander une dispense d'une ou plusieurs unités d'enseignements, 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'enseignements.

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 des justificatifs nécessaires, le Président de l'Université statuera après avis de la commission d'admission.. 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 le Président de l'Université, 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: <a href="mailto:SECRETARIATIFPS@CH-FECAMP.FR">SECRETARIATIFPS@CH-FECAMP.FR</a></b> <b>SITE: <a href="http://WWW.IFPS-FECAMP.FR">WWW.IFPS-FECAMP.FR</a></b>	Référence : T04N01-02 Version : 1

**A retourner au secrétariat de l'institut**  
**au plus tard le 8 janvier 2027** (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 18 de l'arrêté du 20 février 2026 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier,**



*« Lorsqu'ils sont admis en formation, les étudiants peuvent être dispensés d'enseignement ou de semestres par le président de l'université après avis de la commission d'admission mentionnée à l'article 6. Ces dispenses sont accordées au regard de leur formation antérieure e 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: <a href="mailto:SECRETARIATIFPS@CH-FECAMP.FR">SECRETARIATIFPS@CH-FECAMP.FR</a></b> <b>SITE: <a href="http://WWW.IFPS-FECAMP.FR">WWW.IFPS-FECAMP.FR</a></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
- 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.**

**Veillez 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
	IFSI : 02.35.28.61.00      IFAS : 02.35.10.39.50 MAIL: <a href="mailto:SECRETARIATIFPS@CH-FECAMP.FR">SECRETARIATIFPS@CH-FECAMP.FR</a> SITE: <a href="http://WWW.IFPS-FECAMP.FR">WWW.IFPS-FECAMP.FR</a>	Référence : T04N01-02 Version : 1

**Décision de la commission d'admission**

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

Date : ..... / ..... / 2027

Signature du président de l'université  
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 commission d'admission 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:SECRETARIATIFPS@CH-FECAMP.FR">SECRETARIATIFPS@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
	IFSI : 02.35.28.61.00      IFAS : 02.35.10.39.50 MAIL: <a href="mailto:SECRETARIATIFPS@CH-FECAMP.FR">SECRETARIATIFPS@CH-FECAMP.FR</a> SITE: <a href="http://WWW.IFPS-FECAMP.FR">WWW.IFPS-FECAMP.FR</a>	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
	IFSI : 02.35.28.61.00      IFAS : 02.35.10.39.50 MAIL: <a href="mailto:SECRETARIATIFPS@CH-FECAMP.FR">SECRETARIATIFPS@CH-FECAMP.FR</a> SITE: <a href="http://WWW.IFPS-FECAMP.FR">WWW.IFPS-FECAMP.FR</a>	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:SECRETARIATIFPS@CH-FECAMP.FR">SECRETARIATIFPS@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) :**

.....  
.....

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

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**