

DOSSIER ADMINISTRATIF ENTRÉE EN FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

RENTÉE SEPTEMBRE 2026

Ce dossier est strictement réservé aux candidats admis en IFSI pour la rentrée de septembre 2026 et ayant confirmé leur place à l'issue de la sélection FPC ou PARCOURSUP.

👉 Vous devez imprimer ce dossier **en recto** uniquement – **Ne pas agraffer** les documents.

Le dossier doit être retourné **dûment complété** et accompagné des pièces demandées **par voie postale en Lettre Suivie** :

- Pour **les candidats FPC** :
au plus tard le **15 juin 2026** (*candidat ayant confirmé l'inscription auprès de l'institut entre le 20 février et le 02 mars inclus*).
- Pour **les candidats Parcoursup** :
Le dossier est à retourner **immédiatement suite à votre confirmation d'inscription**.

👉 L'admission à l'institut de formation en soins infirmiers est subordonnée à l'envoi de l'ensemble des documents à l'adresse suivante :

« Centre Hospitalier – IFSI
Promotion 2026/2029
1060 Chemin de la Madeleine
CS 40001
11010 CARCASSONNE CEDEX »

Pour tout renseignement,
vous pouvez nous joindre au 04.30.51.24.01
gestion.ifsifas@ch-carcassonne.fr

La rentrée s'effectuera le mardi 1^{er} septembre 2026

Madame, Monsieur,
Etudiant(e) en soins infirmiers
PROMOTION 2026/2029

N/Réf. : 2026/CN/MP

Objet : Rentrée universitaire 2026/2027.

Madame, Monsieur,

Vous avez été admis(e) à l'institut de formation en soins infirmiers de Carcassonne. L'équipe pédagogique, administrative et moi-même sommes heureux de vous accueillir au sein de l'institut de formation.

Je vous informe que la **rentrée** est fixée au **mardi 1^{er} septembre 2026 à 10 heures**.

Toutes les modalités d'organisation pédagogique vous seront détaillées par l'équipe pédagogique le mardi 1^{er} septembre 2026.

Le calendrier d'alternance 2026/2027 est joint en annexe 1 du livret d'accueil afin de vous permettre d'anticiper l'organisation de votre formation (les cours se dérouleront entre 8h et 17h30).

Dans l'hypothèse d'une formation à distance, vous devrez être en possession d'un ordinateur et d'une connexion internet au jour de la rentrée.

Vous trouverez sur le site internet les documents à télécharger : <https://www.ch-carcassonne.fr/formations/ifsiiifas/formations-1/soins-infirmiers/rentree-dossier-administratif>

- Le dossier administratif à constituer et à retourner selon les modalités mentionnées en page 1 ;
- Le livret d'accueil et d'information à l'attention des apprenants.

Les étudiants demandeurs de bourses sont invités à effectuer leur demande sur le site internet <https://www.laregion.fr/bourses-etudes-sanitaires-sociales> (cf page 8 du livret d'accueil). La campagne de bourses 2026 est ouverte du 1^{er} juin au 31 octobre 2026 pour les étudiants de 1^{ère} année.

Un code établissement (à caractère confidentiel) vous sera demandé pour saisir votre demande, ce code est :

IFSICARCASSONNE2627.

Je vous rappelle l'importance de nous transmettre sans délai toutes les pièces requises pour la constitution de votre dossier, immédiatement après la confirmation de votre inscription.

Tout étudiant dont le dossier sera incomplet au jour de la rentrée, ne sera pas admis en formation (une tolérance est acceptée uniquement pour le schéma vaccinal).

Restant à votre disposition, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

La Directrice des soins
Chargée de l'institut de formation
aux métiers de la santé,

signé
Christelle NERZIC

**Tous les documents ci-joints
doivent être imprimés en
RECTO uniquement**

NOM et Prénom :		Colonne réservée à l'IFSI
DOSSIER ADMINISTRATIF – à classer dans ordre ci-dessous :		
DOCUMENTS CI-JOINTS A COMPLETER :		
☐ La fiche de renseignements.		
☐ L'attestation de droit à l'image et le moyen de locomotion.		
☐ La fiche de renseignements pour la prise en charge financière de votre formation.		
☐ La fiche de renseignements « Stages ».		
DOCUMENTS A FOURNIR :		
☐ L'attestation de la contribution vie étudiante et de campus (téléchargeable à compter de début juin sur le site : https://cvec.etudiant.gouv.fr) à régler sur la plateforme APOGEE en ligne du CROUS. <i>Pour les candidats FPC concernés, veuillez envoyer votre attestation par mail et avant le 10/07/2026.</i> (cf livret d'accueil page 4).		
☐ Pour les étudiants concernés et sous réserve de l'avoir reçue, la notification définitive de bénéfice d'une bourse sanitaire et sociale au titre de l'année universitaire 2026-2027.		
☐ Pour les candidats relevant de la sélection Parcoursup : la photocopie du diplôme ayant permis l'inscription sur la plateforme (baccalauréat ou DAEU).		
☐ L'attestation de désinscription ou attestation sur l'honneur de non inscription sur Parcoursup pour les candidats ayant passé les épreuves relevant de la F.P.C. et inscrits sur Parcoursup.		
☐ Pour les candidats bacheliers, la photocopie du relevé de notes du baccalauréat.		
☐ La photocopie couleur d'une pièce d'identité en cours de validité (carte d'identité, passeport, titre de séjour, uniquement) recto/verso sur la même page.		
☐ La photocopie de votre carte vitale avec votre propre numéro de sécurité sociale.		
☐ L'attestation d'ouverture de droits à la sécurité sociale de votre département de moins de 6 mois (téléchargeable sur le site : ameli.fr ou sur une borne de la sécurité sociale).		
☐ L'attestation d' assurance responsabilité civile vie privée des étudiants en soins infirmiers (voir modalités dans livret d'accueil – page 5 - "La responsabilité civile vie privée").		
☐ Document(s) visant à justifier la prise en charge financière du coût pédagogique de votre formation. (ci-joint page 9).		
☐ Le certificat médical de vaccinations obligatoires (ci-joint page 11) à faire compléter par un médecin.		
☐ La photocopie des vaccinations notées sur votre carnet de santé.		
☐ 1 Photocopie de la carte grise du véhicule utilisé pour les déplacements durant la formation. (inscrire en haut à droite votre Nom et Prénom ainsi que la couleur du véhicule).		
☐ 1 Photocopie du Relevé d'Identité Bancaire au nom de l'étudiant, à imprimer en format A4.		

A FOURNIR LE JOUR DE LA RENTREE :

☐ Le chèque correspondant au montant des frais d'inscription universitaire (le tarif sera indiqué sur le site internet de l'institut dans la 1^{ère} quinzaine de juillet) ; il sera collecté par le secrétariat lors de l'accueil administratif organisé le jour de la rentrée (mentionner votre nom au dos du chèque). **L'étudiant qui ne le fournira pas le jour de la rentrée ne sera pas admis en formation.**

Cadre réservé à l'IFSI et à compléter le jour de la rentrée : L'étudiant est-il concerné par :

signature de l'étudiant :

➔ La fiche de demande d'aménagement ?
☐ Oui ☐ Non ☐ Va faire la demande.

➔ Le dossier de demande de dispenses d'enseignement ?
☐ Oui ☐ Non ☐ Va faire la demande.

FICHE DE RENSEIGNEMENTS – PROMOTION 2026/2029

Jour de la rentrée à l'I.F.S.I. : **Le mardi 1^{er} septembre 2026**

A compléter en lettres majuscules et lisiblement

IDENTITE / TELEPHONE / INE :

NOM : _____ NOM Marital : _____
 Prénom : _____ Autres prénoms : _____
 Date de naissance : ____ / ____ / ____ Lieu de naissance : _____ Dépt : (____)
 Nationalité : _____
 N° de Téléphone portable : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

N° INE : _____

(Numéro d'identifiant national étudiant) ou BEA (Numéro de base élève académique) **OBLIGATOIRE**. Ce numéro est précisé sur votre relevé de notes du baccalauréat (BEA) ou sur votre ancienne carte étudiant (INE).

AFFILIATION A LA SECURITE SOCIALE :

N° Immatriculation à la sécurité sociale **OBLIGATOIRE** (de l'étudiant) :

____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ clé ____

Caisse d'affiliation : (à préciser : CPAM / RSI / MSA...) _____ Dépt (____)

SITUATION FAMILIALE :

Célibataire ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve) ☐
 Marié(e) ☐ PACS ☐ Concubinage ☐ Séparé(e) ☐

ADRESSE DE L'ETUDIANT PENDANT SA FORMATION :

.....

N° de Téléphone fixe : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

@Mail : prenom.nomifsi11010@gmail.com ⁽¹⁾ : ifsi11010@gmail.com

⁽¹⁾ Il est **obligatoire** de créer une adresse mail formalisée en respectant précisément le format suivant : prenom.nomifsi11010@gmail.com. Attention : le Nom doit être celui de jeune fille pour les étudiantes mariées. Toute autre adresse mail ne sera pas acceptée. L'institut de formation utilisera cette adresse Gmail pour toute la durée de votre formation. Cette adresse permettra à l'institut de formation de vous communiquer des identifiants de connexion pour accéder à la plateforme pédagogique.

 @Mail autre que celui utilisé pendant les études ⁽²⁾ :@.....

⁽²⁾ Noter votre adresse mail personnelle ; elle sera utilisée pour l'envoi d'informations après votre fin de formation. (Information pour cérémonie du diplôme d'Etat, offres d'emploi...).

AUTRE RESIDENCE :

.....

.....

.....

VOIE D'ADMISSION ET DIPLÔME :

✓ Voie d'admission en IFSI :

☐ Parcoursup

☐ F.P.C.

Niveau d'études :

Dernier établissement fréquenté :

✓ Diplôme obtenu avant votre admission à l'institut :

☐ Baccalauréat – Série : Année d'obtention : Académie :

☐ Baccalauréat étranger : Spécialité : Pays d'obtention : Année :

☐ Equivalence titre de niveau IV (titre à préciser) : Année :

☐ Validation des acquis : Année :

☐ Diplôme d'Etat d'Aide-médico-psychologique : Année :

☐ Diplôme d'Etat d'Aide-soignant : Année :

☐ Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Puériculture : Année :

☐ Diplôme d'Etat d'infirmier hors U.E. : Pays d'obtention : Année :

☐ PASS ou LAS

☐ Autre (à préciser) :

☐ Diplôme(s) universitaire(s) : Année :

(Joindre obligatoirement la photocopie du récapitulatif des U.E. validées)

✓ Avez-vous effectué une (ou plusieurs) année(s) préparatoire(s) :

☐ OUI ☐ NON

Si OUI, précisez la période et le nom de l'établissement :

✓ Activités professionnelles avant l'entrée à l'institut de formation :

.....

✓ Avez-vous déjà été inscrit(e) en études supérieures (PASS ou LAS, Fac de sciences, IUT, ...) ?

☐ NON ☐ OUI ; en quelle année : Quelle filière ?

EXPERIENCE(S) OU ACTIVITE(S) PROFESSIONNELLE(S) ANTERIEURE(S) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

MOYEN DE LOCOMOTION :

L'étudiant s'engage à avoir un moyen de locomotion pour se rendre sur les différents lieux de stage en fonction de la programmation pédagogique.

Permis de conduire : ☐ OUI ☐ NON ☐ en cours

Type de véhicule : ☐ Voiture ☐ Vélomoteur / Scooter < 50 cm³
☐ Motocyclette > = 50cm³ ☐ Néant

Immatriculation : Nombre de CV (P.6) : Modèle : Couleur :

(En cas de changement de véhicule en cours de scolarité transmettre au secrétariat la nouvelle carte grise)

PERSONNE(S) A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

NOM : Prénom :

N° de Téléphone : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ N° de Téléphone portable : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

NOM : Prénom :

N° de Téléphone : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ N° de Téléphone portable : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

POUR L'ETUDIANT MINEUR, COORDONNEES DU REPRESENTANT LEGAL :

Père : NOM : PRENOM :

N° de Téléphone portable : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Adresse :

.....

Mère : NOM : PRENOM :

N° de Téléphone portable : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Adresse :

.....

BOURSES REGIONALES :

Avez-vous fait une demande de bourse pour l'année universitaire 2026/2027 ?

☐ OUI ☐ NON

⚡ (Si oui, dès réception, pensez à la remettre au secrétariat pour le remboursement du montant des frais d'inscription universitaire).

AUTRE RENSEIGNEMENT :

Etes-vous allergique au latex ?

☐ OUI ☐ NON

J'atteste de la sincérité et de l'exactitude de tous les renseignements portés sur le présent document et m'engage à vous informer de tous changements.

Fait à, le

Signature de l'étudiant(e)
(si l'étudiant(e) est mineur(e) le 1^{er} septembre 2026, précisez : Nom – Prénom,
coordonnées et signature des parents ou représentant légal)

FICHE DE RENSEIGNEMENTS PRISE EN CHARGE FINANCIERE DE LA FORMATION

Ce document est indispensable pour la prise en charge du coût de votre formation. Tous renseignements erronés pourraient entraîner une facturation totale de l'année de formation à l'étudiant(e).

Pour information : Le coût de la formation est pris en charge par le Conseil Régional Occitanie pour l'étudiant(e) en poursuite de scolarité ainsi que pour le demandeur d'emploi, sous réserve que l'étudiant(e) puisse justifier de sa situation préalablement à son entrée en formation.

COUT FORMATION D.E INFIRMIER(E) : **9 100 €** par année de formation - tarif 2025 (révisable chaque année).

Je soussigné(e) _____, déclare avoir pris connaissance du coût de la formation et atteste être dans la situation suivante avant mon entrée en formation : **Cochez et complétez ci-dessous votre situation :**

A. Je suis étudiant(e) :

☐ **En poursuite de scolarité :** (je n'ai jamais quitté le cursus scolaire) :

Précisez l'établissement fréquenté - année scolaire 2025-2026 :

📄 Fournir tous les certificats de scolarité des établissements fréquentés depuis l'obtention du baccalauréat à ce jour.

📄 Le cas échéant, la ou les attestations de scolarité en classe préparatoire aux épreuves de sélection d'entrée en IFSI.

B. Je suis demandeur d'emploi :

☐ **Demandeur d'emploi :**

☐ **en cours d'inscription :**

N° d'identifiant auprès de Pôle Emploi (**OBLIGATOIRE**) :

Date d'inscription :

Précisez l'agence de rattachement (**OBLIGATOIRE**) :

📄 - Fournir un avis de situation daté de moins de 3 mois.

Percevez-vous des Indemnités POLE EMPLOI ? ☐ OUI ☐ NON

C. Je suis salarié(e) :

☐ **Salarié(e) du secteur public (formation professionnelle) :**

Nom et adresse de l'établissement d'origine :

Coordonnées de la personne à contacter :

..... Téléphone :

Nom et adresse de l'organisme de prise en charge :

📄 Fournir l'attestation de prise en charge par l'employeur du coût de la formation.

☐ **Salarié(e) du secteur privé :**

☐ TRANSITION PRO ☐ UNIFAF ☐ UNIFORMATION Autre ☐ _____

N° de dossier :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Personne à contacter :

 **Fournir l'attestation ou la convention de prise en charge des frais de formation de l'employeur ou d'un fonds de formation.**

D. Autres situations nécessitant un financement personnel de la formation :

➤ **Congé sans solde :** ☐ OUI ☐ NON

➤ **En Disponibilité :** ☐ OUI ☐ NON

Je soussigné(e) _____, m'engage à régler chaque année le montant de ma formation.
Signature :

J'atteste de la sincérité et de l'exactitude de tous les renseignements portés sur le présent document.

Fait à _____, le _____

Signature de l'étudiant(e)

(si l'étudiant(e) est mineur(e) le 01 septembre 2026, précisez : Nom – Prénom,
coordonnées et signature des parents ou tuteur légal)

- Inscription des étudiants Filière IFSI –
- Certificat médical de vaccinations à valider par un médecin -

Nom : Nom de naissance :
Prénom : Date de naissance : / /

Avant votre entrée en formation, vous devez apporter la preuve que vous êtes vacciné(e) contre différentes maladies. Si vous n'êtes pas à jour des vaccinations obligatoires, vous ne serez pas autorisé(e) à aller en stage. Les tableaux suivants devront être complétés par votre médecin. Cette fiche devra être communiquée, avec les résultats* sérologiques réalisés (au minimum anticorps anti-HBs et anticorps anti-HBc), en même temps que votre dossier d'inscription (article L3111.4 du Code de la Santé Publique).

Ce document est à renseigner uniquement si le schéma vaccinal de l'Hépatite B est COMPLET. Le schéma vaccinal doit être obligatoirement complet avant le 1^{er} départ en stage soit le : 12 octobre 2026.

Diphtérie – Tétanos – Polio (dTP)* / Diphtérie – Tétanos – polio – Coqueluche (dTcPa)

Si un vaccin coquelucheux n'a pas été administré dans les 5 dernières années, faire 1 dose de vaccin dTcPa (au moins 1 mois après le dernier dTP). Ensuite, les rappels seront administrés aux âges fixes de 25, 45 et 65 ans avec systématiquement la valence coqueluche.

Dernier rappel dTP : / / Nom :
Dernier rappel dTcPa : / / Nom :

Hépatite B*

Joindre les résultats sérologiques quelle que soit la date.

Rappel des conditions d'immunisation :

- 1) Ac anti-HBs > 100 UI/l (quels que soient l'historique vaccinal et l'ancienneté des résultats) ;
- 2) Ac anti-HBs ≥ 10 UI/l et Ac anti-HBc négatif (si schéma vaccinal complet) ;
- 3) Ac anti-HBs ≤ 10 UI/l : compléter le schéma vaccinal.

Schéma complet pour adulte (3 doses) :

- 2 doses à 1 mois d'intervalle, la 3^{ème} au moins 5 mois après la 2^{ème} dose ;
- Soit accéléré (vaccin Engerix) : 3 doses en 21 jours, rappel à 1 an.

☞ Compléter ci-dessous le schéma vaccinal reçu :

Schéma vaccinal standard :
1 ^{ère} dose (M0) le : / /
2 ^{ème} dose (M1) le : / /
3 ^{ème} dose le : / /
Taux d'Ac anti-HBs :
- Résultat : UI/ml le / /
- Si < à 10 UI/l, 4 ^{ème} injection faite le / /

Schéma accéléré – vaccin Engerix
1 ^{ère} dose (J0) le : / /
2 ^{ème} dose (J7) le : / /
3 ^{ème} dose (J21) le : / /
Taux d'Ac anti-HBs :
- Résultat : UI/ml le / /
- Si < à 10 UI/l, 4 ^{ème} injection faite le / /

L'étudiant(e) est immunisé(e) contre l'hépatite B : ☐ oui ☐ non

Je soussigné(e) Docteur certifie que M. ou Mme est à jour de ses vaccins pour exercer ou aller en stage en milieu de soins, conformément aux arrêtés et décrets.

Certificat établi le : / /

Signature et cachet du médecin.

* obligatoire

1/2

Textes de référence

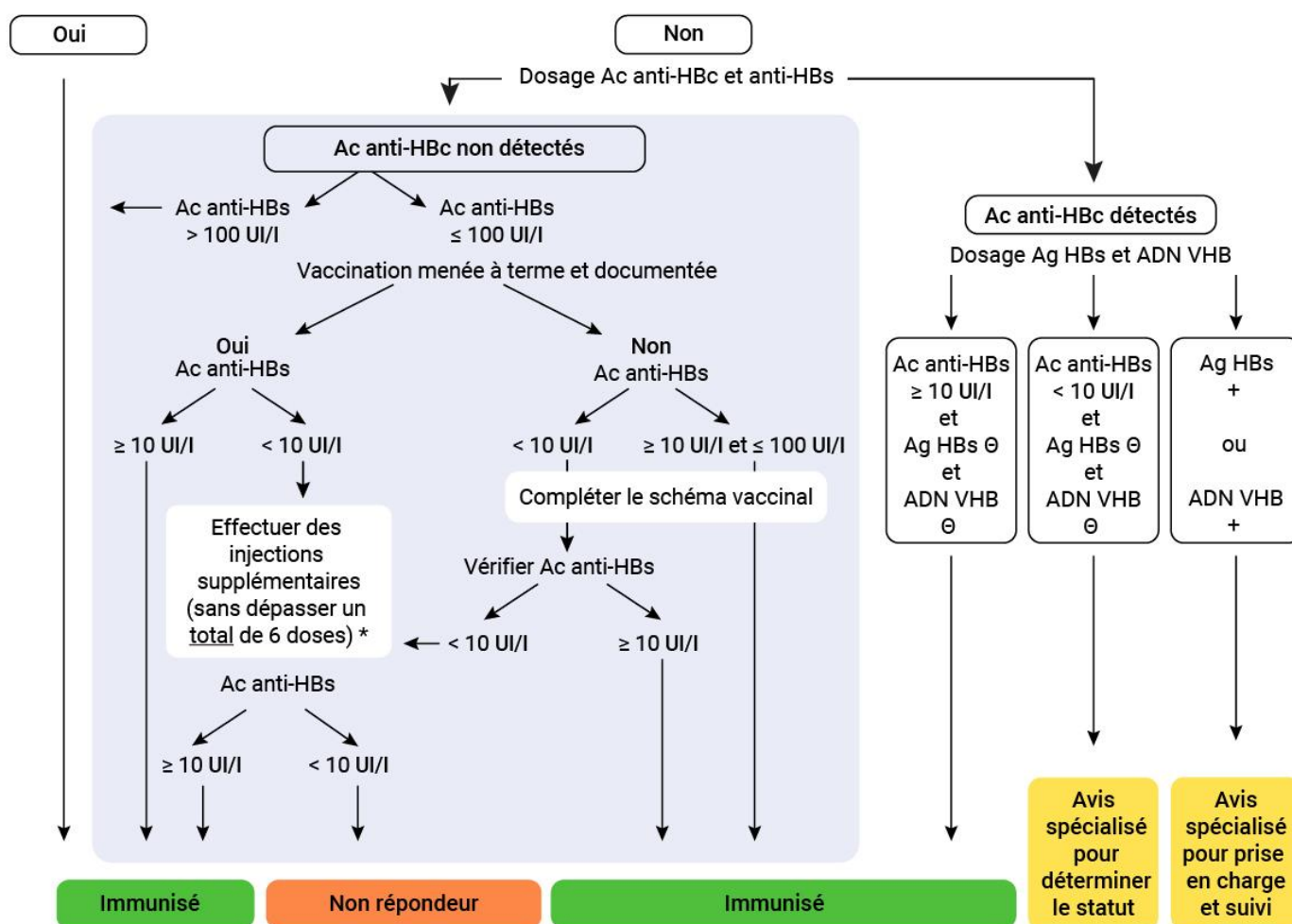
- Articles L.3111-1, L.3111-4 et L.3112-1 du code de la santé publique (CSP)
- Arrêté du 15 mars 1991 fixant la liste des établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins dans lesquels le personnel exposé doit être vacciné, modifié par l'arrêté du 29 mars 2005 (intégration des 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 :

<https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/vaccination/calendrier-vaccinal>

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.

Attestation d'un résultat, même ancien, montrant des Ac anti-HBs > 100 UI/l



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

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

ATTESTATION : DROIT A L'IMAGE ET PUBLICATION SUR INTERNET

Je soussigné(e),

Nom : Prénom :

1/ PUBLICATION EN LIGNE

Lors de la publication en ligne des résultats du Diplôme d'Etat d'Infirmier, j'autorise la Direction Régionale de l'Economie, de l'Emploi, du Travail et des Solidarités (DREETS Occitanie) à mentionner mon nom sur la liste des admis.

(Dans le cas où vous n'êtes pas favorable à la publication en ligne de votre nom, vous pouvez à tout moment nous faire parvenir une demande écrite d'opposition).

2/ DROIT A L'IMAGE

Lors de séances récréatives, de travaux pratiques ou de travaux dirigés effectués au sein de l'institut de formation en soins infirmiers de Carcassonne, je donne mon accord pour être photographié(e) ou filmé(e).

(Dans le cas où vous n'êtes pas favorable à être photographié(e) ou filmé(e), vous pouvez à tout moment nous faire parvenir une demande écrite d'opposition).

ATTESTATION : MOYEN DE LOCOMOTION

3/ MOYEN DE LOCOMOTION

Je m'engage :

à avoir un moyen de locomotion pour me rendre sur les différents lieux de stage au vue de la programmation pédagogique.

Fait à, le

Signature de l'étudiant(e)

(si l'étudiant(e) est mineur(e) le 01 septembre 2026, précisez : Nom – Prénom,
coordonnées et signature des parents ou tuteur légal)

FICHE DE RENSEIGNEMENTS « STAGES »

Nom : Nom Marital :

Prénom : Age : ans.

Résidence pendant les études :

.....
.....

Autre adresse personnelle, si différente :

.....
.....

MOYEN DE LOCOMOTION :

Permis de conduire : ☐ OUI ☐ NON ☐ en cours

Type de véhicule : ☐ Voiture ☐ Moto ☐ Vélo ☐ autre : préciser :

STAGES DEJA EFFECTUES DANS LE DOMAINE SANITAIRE ET SOCIAL :

Précisez le nom de l'établissement, du service et de la ville ainsi que la durée du stage.

-
-
-
-

EMPLOIS DEJA OCCUPÉS DANS LE DOMAINE SANITAIRE ET SOCIAL :

Précisez le nom de l'établissement, du service, de la ville, la qualification et la durée de l'exercice professionnel.

-
-
-
-

Personnes que vous connaissez personnellement (professionnel de santé, résident d'un EHPAD)

Préciser le nom de la structure.

-
-