

DOSSIER ADMINISTRATIF ENTRÉE EN FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

RENTRÉE SEPTEMBRE 2026

Ce dossier est strictement réservé aux étudiants admis dans le cadre d'un **transfert** vers l'institut de formation en soins infirmiers du Centre Hospitalier de Carcassonne.

👉 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** au plus tard **dans les 15 jours suivants la réception du courrier d'acceptation du transfert** à l'adresse suivante :

« Centre Hospitalier – IFSI
Promotion 20XX / 20XX (**préciser votre promotion**)
1060 Chemin de la Madeleine
CS 40001
11010 CARCASSONNE CEDEX »

👉 **L'admission à l'institut de formation en soins infirmiers est subordonnée à l'envoi de l'ensemble des documents.**

Pour tout renseignement,
vous pouvez nous joindre au 04.30.51.24.15
ifsi.ifas@ch-carcassonne.fr

La rentrée s'effectuera le :

- ✓ Mardi 1^{er} septembre 2026 à 10h00 pour la promotion 2026-2029 ;
- ✓ **Lundi 31 août 2026 à 13h00** pour la promotion 2025-2028 ; (**10h00 pour les mutations entrantes**) ;
- ✓ **Lundi 31 août 2026 à 13h00** pour la promotion 2024-2027 ; (**10h00 pour les mutations entrantes**).

Madame, Monsieur,
Etudiant(e) en soins infirmiers

➔ TRANSFERT - PROMOTION 2025/2028
ou

➔ TRANSFERT - PROMOTION 2024/2027

N/Réf. : 2026/CN/MP

Objet : Rentrée universitaire 2026/2027.

Madame, Monsieur,

Suite à votre demande de transfert, et après étude de votre dossier pédagogique, j'ai le plaisir de vous faire savoir que j'émet un avis favorable à votre demande de transfert. L'équipe pédagogique, administrative et moi-même sommes heureux de vous accueillir au sein de l'institut de formation en soins infirmiers de Carcassonne.

Vous trouverez sur le site internet <https://www.ch-carcassonne.fr/IFSI/IFAS> les documents à télécharger :

- 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.

Je vous informe que la rentrée aura lieu le :

- ✓ Mardi 1^{er} septembre 2026 à 10h00 pour la promotion 2026-2029 ;
- ✓ **Lundi 31 août 2026 à 13h00** pour la promotion 2025-2028 ; *(10h00 pour les mutations entrantes)* ;
- ✓ **Lundi 31 août 2026 à 13h00** pour la promotion 2024-2027 ; *(10h00 pour les mutations entrantes)*.

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 étudiants demandeurs de bourses sont invités à effectuer leur demande sur le site internet <https://www.laregion.fr/bourses-etudes-sanitaires-sociales> (confer page 8 du livret d'accueil). La campagne de bourses 2026 est ouverte :

- Du 15 avril au 31 juillet 2026 pour les 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} années,
- Du 1^{er} juin au 31 octobre 2026 pour les 1^{ère} années.

Un code établissement (à caractère confidentiel) vous sera demandé pour saisir votre demande, ce code est : **IFSICARCASSONNE2627.**

J'attire votre attention sur la nécessité de nous retourner dans les délais précisés l'ensemble des pièces indispensables à la constitution de votre dossier.

Tout étudiant dont le dossier sera incomplet au jour de la rentrée, ne sera pas admis en formation.

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,

Christelle NERZIC

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

NOM et Prénom : Transfert en semestre :	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 sur le site : https://cvec.etudiant.gouv.fr) à régler sur la plateforme APOGEE en ligne du CROUS. | |
| ☐ Pour les étudiants concernés et sous réserve de l'avoir reçue, la notification définitive de bénéfice d'une bourse sanitaire et sociale Région Occitanie, au titre de l'année universitaire 2026-2027. | |
| ☐ Pour les candidats bacheliers, la photocopie de leur 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. | |
| ☐ 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 Relevé d'Identité Bancaire au nom de l'étudiant, à imprimer en format A4. | |
| ☐ Pour les étudiants ayant bénéficié d'un aménagement de formation en 2025/2026, veuillez joindre une la fiche d'aménagement des études accompagnée des justificatifs. Toute demande non jointe à ce dossier ne sera pas acceptée. | |

A FOURNIR LE JOUR DE LA RENTREE :

- ✂ **Le chèque** (mentionnez votre nom & prénom au dos du 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).**
L'étudiant boursier, exonéré du paiement des frais d'inscription universitaire, doit fournir la notification définitive de bourse avec le présent dossier. S'il n'a pas reçu la notification de bourse, il devra remettre le chèque qui sera conservé dans l'attente de la réception de la notification.
Le chèque sera collecté par le secrétariat lors de l'accueil administratif organisé le jour de la rentrée. L'étudiant qui ne le fournira pas le jour de la rentrée ne sera pas admis en formation.

INFORMATIONS

- 1) **Demande de bourses :** Les informations concernant la campagne des bourses sanitaires et sociales 2026/2027 sont à consulter en page 8 du livret d'accueil et d'information mis à votre disposition sur le site : <https://www.ch-carcassonne.fr/IFSI/IFAS>.
- 2) **L'ALTERNANCE 2026/2027** est disponible en page 26 du livret d'accueil et d'information mis à votre disposition sur le site : <https://www.ch-carcassonne.fr/IFSI/IFAS>.
- 3) **Le livret d'accueil et d'information à l'attention des apprenants** est à consulter sur le site : <https://www.ch-carcassonne.fr/IFSI/IFAS>.

FICHE DE RENSEIGNEMENTS – PROMOTION _____ / _____

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 : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

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)

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 :

E. Je suis en contrat de formation d'apprentissage (C.F.A.) :

Nom et adresse du Centre de formation des Apprentis :
.....
.....

Coordonnées de la personne à contacter :

..... Téléphone :

 **Fournir l'attestation de prise en charge du CFA.**

Nom et adresse de l'établissement avec lequel vous êtes en apprentissage :
.....
.....

Coordonnées de la personne à contacter :

..... Téléphone :

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)

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)

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.

-
-