



Cofinancé par
l'Union européenne



Institut d'Etudes en Santé



Institut de Formation en Soins Infirmiers



Cher(e) candidat(e),

Saint-Pierre, 01/07/2024

Vous êtes admis à l'IFSI du CHU Sud de la Réunion en et nous vous en félicitons.

L'Institut de Formation est accessible à tous les étudiants présentant un certificat d'aptitude à suivre la formation et les stages inhérents à la formation et dont les vaccinations sont à jour.

Afin d'assurer les mêmes chances de réussite face au diplôme, les étudiants en situation de handicap sont invités à se rapprocher du Référent Handicap de l'Institut lors de leur inscription administrative pour prendre connaissance des mesures d'accompagnement possibles et anticiper les éventuels aménagements nécessaires au bon déroulement de de leurs études. Les solutions mises en œuvre le seront avec le partenariat des responsables pédagogiques et ou de stage voire de terrain de sage en fonction des besoins dans la mesure de leur faisabilité eu égard au référentiel de compétences.

A noter :

- Chaque année scolaire, tout étudiant en situation de handicap, reprend contact avec le référent handicap de l'institut pour bénéficier d'un nouvel accompagnement personnalisé, il n'y a pas d'automatisme, le handicap pouvant être temporaire.
- Attention, pour les étudiants / élèves en situation de handicap ayant besoin d'aménagement des examens, aucune demande ne sera acceptée au-delà d'un mois avant la date des examens. Il est impératif d'anticiper pour bénéficier des mesures nécessaires.
- Tout étudiant / élèves en situation de handicap prend contact avec le référent handicap de l'institut qui l'orientera ou l'accompagnera dès l'apparition de problèmes de santé survenant pendant la scolarité. Apporte l'attestation MDPH à jour. Les référents handicap des IES sont :

Contacts et coordonnées

IES Sud

Isabelle FONTAINE – Cadre Formateur

Téléphone : 0262 35 59 98

Email : isabelle.fontaine.ies-reunion.fr

Sabine DIJOUX - Adjoint administratif

Téléphone : 0262 35 95 70

Email : sabine.dijoux@ies-reunion.fr

IES Nord

Gilbert DALLE-MULE – Cadre Formateur

Téléphone : 0262 71 75 59

Email : gilbert.dalle-mule@chu-reunion.fr

Martine TECHER - Adjoint administratif

Téléphone : 0262 71 75 49

Email : martine.techer@ies-reunion.fr

Les référents handicap du CHU (en cas de promotion professionnelle) sont (à la D.R.H) :

Vanessa DARID

Téléphone : 0262 71 98 14

Email : vanessa.darid@chu-reunion.fr

Françoise BELON

Téléphone : 0262 35 95 94 - Dect 5 5569

Email : francoise.belon@chu-reunion.fr

Afin de procéder à votre inscription suite à votre admission via **PARCOURSUP nous vous demandons d'effectuer les démarches suivantes :**

ETAPE 1 - Dès la réception de votre admission et par retour de mail à :

inscriptions.seve@ies-reunion.fr

Confirmer votre inscription / Transmettre par retour de mail les documents personnels suivants :

1. **(format jpeg)** Une photo d'identité
2. **(format pdf)** Fiche d'inscription *ci-jointe (remplie, datée et signée)*
3. **(format pdf)** Photocopie de la Carte d'identité (recto/verso) nationale ou passeport (*avec visa en cours de validité pour les étudiants étrangers*)
4. **(format pdf)** Relevés d'Identité Bancaire avec code IBAN à votre nom (*nom de jeune fille au dos du RIB pour les femmes mariées*)
5. **(format pdf)** Copie de l'attestation de la sécurité sociale justifiant l'affiliation (avec votre numéro CGSS & nom)
6. **(format pdf)** Livret de famille (*si vous êtes père ou mère de famille*)

ETAPE 2 - Du 15 au 19 JUILLET 2024

Rendez-vous en présentiel secrétariat de la vie de l'étudiant de l'IFSI CHU Sud

Prévoir et préparer les documents :

- Noms de : **A à E** - LUNDI le 15/07/2024 de 8 à 12 heures
- Noms de : **F à I** - MARDI le 16/07/2024 de 8 à 12 heures
- Noms de : **J à M** - MERCREDI le 17/07/2024 de 8 à 12 heures
- Noms de : **N à Q** - JEUDI le 18/07/2024 de 8 à 12 heures
- Noms de : **R à Z** - VENDREDI le 19/07/2024 de 8 à 12 heures
7. **Original du BAC (à présenter) + photocopie**
8. **Original de relevé de notes du BAC (à présenter) + photocopie**
9. **Originaux des Bulletins scolaires du lycée de 1^{ère} et Terminale (à présenter) + photocopies (seulement si votre BAC a été acquis avant 2024)**
10. **Originaux (à présenter) + photocopie du diplôme le plus élevé (BTS, licence, master...)**
11. **Attestation d'immunisation et vaccinations obligatoires** ci-jointe remplie par votre médecin traitant
12. **Certificat médical (ci-joint avec votre nom de jeune fille) établi obligatoirement par un médecin agréé** et avec cette phrase : « Mme/Mr.... Ne présente pas de contre-indications physiques et psychologiques à l'exercice de la profession d'infirmier ». Consulter la liste de médecins agréés sur le site : <https://www.lareunion.ars.sante.fr/media/45217/download?inline>
13. **Justificatif de résidence pendant les études (photocopie)** de moins de 3 mois (*soit facture EDF, soit facture d'eau...*). Si la facture n'est pas à votre nom, veuillez fournir une attestation s/honneur de l'hébergeur ainsi que sa pièce d'identité et un justificatif d'adresse (facture EDF, facture d'eau...)
14. **Attestation d'assurance responsabilité civile individuelle (obligatoire)** pour l'année 2024-25 (*la responsabilité civile professionnelle est conseillée mais facultative*)
15. **Attestation d'inscription à Pôle emploi avec numéro d'identifiant (seulement si vous êtes concerné)**
16. **Photocopie de votre carte grise (seulement si la voiture est à votre nom)**
17. **Extrait du casier judiciaire n°3** de moins de 3 mois, à récupérer sur le site internet : <https://www.service-public.fr/particuliers/>
18. Prévoir carte bancaire pour effectuer les paiements (droit de scolarité + recueil de textes et portfolio ~190€)
19. **Justificatif du paiement** de la Contribution de Vie Etudiant et de Campus (CVEC) <https://cvec.etudiant.gouv.fr> (*concerne uniquement les étudiants qui n'ont pas de prise en charge par un organisme financeur : TRANSITION PRO ou employeur*).
20. **Demande de validation d'acquis (Dossier ci-joint.)** « 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 (DEAS+DEAP+ études universitaires...), des certifications, titres et diplômes obtenus et de leur parcours professionnel ». Fournir les photocopies des diplômes + de justificatifs (les originaux seront exigés pour vérification).



Aucune demande de Validation d'Acquis Antérieur n'est possible au-delà du 19/08/2024.

Votre inscription sera soumise à la vérification des originaux de diplômes et documents :

Vos diplômes (minimum niveau IV ou équivalent), Relevé de notes du BAC, Bulletins scolaires de 1^{ère} et Terminale, Tous les documents déclarés dans votre inscription PARCOURSUP....

Toute déclaration non conforme aux originaux ou en l'absence de documents et copies demandées, entraînera l'annulation de l'inscription du candidat.

L'équipe administrative de l'IFSI du CHU de la Réunion



Institut d'Etudes de Soins



Institut de Formation en Soins Infirmiers



A Saint-Pierre, le 01/07/2024

A tous les étudiants primo-entrants **à l'IFSI du CHU Réunion**

Dans le cadre de votre formation, une **visite médicale d'embauche est obligatoire** avec le Médecin du Travail des IES du CHU Réunion. Cette visite médicale, sera programmée par l'institut (date qui vous sera communiquée ultérieurement).

Et vous devrez vous munir **OBLIGATOIREMENT** des pièces suivantes :

- Carnet de santé ou carnet de vaccinations,
- **Dernière sérologie de l'Hépatite B**
- Lunettes de vue le cas échéant,
- Les certificats demandés ci-dessous sont à apporter pour la 2^{ème} étape d'inscription:

1. **Certificat médical** (ci-joint) rempli par le **médecin agréé** (avec votre nom de jeune fille) **établi obligatoirement par un médecin agréé** (page5)
Consulter la liste de médecins agréés sur le site : <https://www.lareunion.ars.sante.fr/obtenir-la-liste-des-medecins-agrees-4>
2. **Certificat de vaccination** (ci-joint) rempli par **votre médecin traitant**. HEPATITE A JOUR ! (pages 6&7)
3. Si vous êtes en situation de **handicap déclaré** : obligation de fournir les documents médicaux préconisant les dispositifs d'aménagement recommandés :

Un certificat délivré par un médecin agréé de la Maison Départementale pour les Personnes Handicapées. Cette information est importable afin que nous puissions tout mettre en œuvre pour vous accueillir dans des conditions optimales (adaptation technique, pédagogique, matérielle...).

Pour toutes informations, vous pouvez contacter le référent handicap IFSI ☎ 02.62.35.95.70



CERTIFICAT MEDICAL MEDECIN AGREE

(dernier délais pour le remettre à l'IFS: le 19/08/2024)

Je soussigné(e) Docteur :.....certifie avoir
examiné ce jour Mr/Mme :

Né(e) le : ____ / ____ / ____ à

inscrit(e) à l'IFSI du C.H.U de la Réunion et atteste qu'il/elle ne présente pas de contre-
indications physiques et psychologiques à l'exercice de la profession d'Infirmier(ère).

Fait àle.....

Signature et cachet du médecin agréé :

Attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires et recommandées pour les étudiants -professions de santé

Je soussigné, Docteur¹

Adresse :

Téléphone :

Certifie que M. / Mme (Nom de jeune fille).....

Né(e) le...../...../..... à

Est à jour des vaccinations suivantes obligatoires :

- Hépatite B** (Arrêté du 02/08/2013 - voir algorithme ci-dessous). **3 injections au total** selon le schéma 0,1 mois et 6 mois après la première dose.
L'immunisation est OBLIGATOIRE afin de pouvoir débiter les stages. Un schéma accéléré peut être proposé afin de garantir l'immunisation avant le début du premier stage : ENGERIX B20 3 doses en 21 jours (J0, J7, J21) suivies d'un rappel 12 mois après, indispensable pour obtenir une protection au long cours. Contrôle des anticorps 4 à 8 semaines après l'administration de la dose de rappel à 12 mois.

Résultats des dosages (OBLIGATOIRES)		Date
<p>Anticorps Anti-HBs UI / L</p> <p>et</p> <p>Anticorps Anti-HBcUI / L</p> <p>Si attestation d'un résultat, même ancien, montrant des Ac Anti-HBs > 100 UI/L : sujet immunisé.</p> <p>Si concentration des anticorps Anti-HBs entre 10 et 100 UI/L et anticorps Anti-HBc non détectés : sujet immunisé <u>si</u> vaccination menée à terme (3 injections au total).</p> <p>Si concentration des anticorps Anti-HBs < 10 UI/L et anticorps Anti-HBc non détectés : réaliser une injection supplémentaire de vaccin contre l'hépatite B et effectuer un nouveau contrôle sérologique 4 à 8 semaines après l'injection (répéter ce schéma si besoin sans dépasser 6 injections au total).</p> <p>Après 6 doses, si la personne présente toujours un taux d'anticorps anti-HBs inférieur à 10 UI/L, elle est considérée comme « non répondeuse » à la vaccination.</p> <p>Si anticorps Anti-HBc détectés : dosage des antigènes HBs et de l'ADN VHB.</p>	<p>.....</p> <p>.....</p>	

- Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite :** 3 injections + rappel à l'âge de 6 ans, 11-13 ans, 25 ans et 45 ans.
Pour les professionnels de santé, les rappels comportent la valence coquelucheuse (recommandé).

Dernier rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N° de lot
.....

A pris connaissance que les vaccinations suivantes sont recommandées :

1) Rougeole, Oreillons, Rubéole :

Personnes nées depuis 1980 : rattrapage pour obtenir au total 2 doses de vaccin trivalent ROR (avec un délai de minimum 1 mois entre les doses), **quels que soient les antécédents vis-à-vis des trois maladies.**

Personnes nées avant 1980 : 1 dose de vaccin trivalent ROR au total si absence d'antécédent connu.

Nom du vaccin	Date	N° de lot
1ère dose ROR :
2ème dose ROR :

2) Varicelle : 2 injections espacées de 4 à 8 semaines (Varivax®) ou de 6 à 10 semaines (Varilrix®) en cas de personne sans antécédent de varicelle (ou dont l'histoire est douteuse) et dont la sérologie est négative.

Nom du vaccin	Date	N° de lot
1ère dose :
2ème dose :

3) COVID-19 :

Nom du vaccin	Date	N° de lot
1ère dose :
2ème dose :
3ème dose :

4) Grippe saisonnière :

Nom du vaccin	Date	N° de lot
.....

A pris connaissance que la réalisation d'un test IDR tous les 5 ans est recommandée :

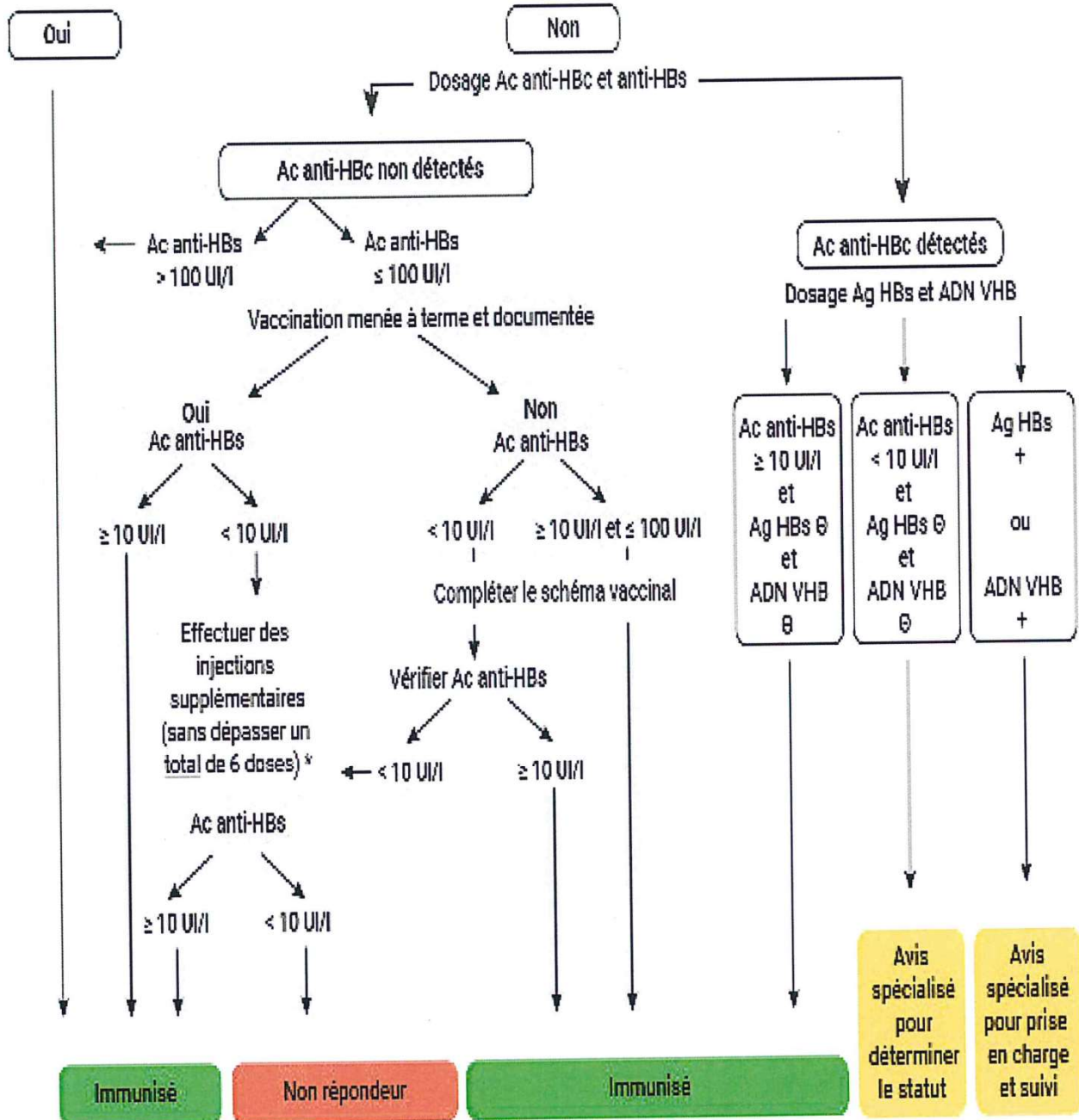
Date	Résultat
.....

Fait à le/...../.....

Signature et cachet du Médecin traitant

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.



Campagne 2024

Notice

Ce dossier concerne les étudiants inscrits en première année des formations en soins infirmiers des établissements liés par convention à l'Université de La Réunion.

Il est établi et examiné à la demande de l'intéressé(e) pour la dispense d'UE dans le cursus de formation en soins infirmiers par les équivalences accordées pour tout ou partie d'UE acquises antérieurement dans une formation ayant permis l'obtention d'un titre universitaire.

Ce dossier préparatoire à la Commission d'Attribution des Crédits a pour objectif de permettre à l'UFR Santé de donner un avis préalable pour les demandes de dispenses formulées par les candidats, au regard du programme analytique de toutes les années de formations antérieures ayant permis d'obtenir le titre universitaire (Licence, Master, DUT, Doctorat, Ingénieur d'un établissement habilitée par la Commission des Titres d'Ingénieur) avec le programme analytique des trois années du cursus des études d'infirmier (référentiel national).

Le dossier complété par le candidat, accompagné de toutes les copies des pièces justificatives demandées doit être déposé auprès de l'IFSI.

IMPORTANT :

- Tout dossier incomplet ou retardataire ne sera pas traité.
- Aucune pièce manquante ne sera réclamée.
- Toutes les copies des pièces fournies ne seront pas restituées : *les originaux devront être présentés aux services administratifs de l'IFSI*

Nom (majuscules) / prénom :	
Etablissement d'inscription (IFSI) <input checked="" type="checkbox"/> Saint-Pierre Année d'inscription en 1 ^{ère} année . 2024	Visa du directeur de l'institut Stéphane LE ROUZIC Directeur de Soins

Réservé à l'Administration de l'UFR Santé	
Date d'arrivée (UFR SANTE) :	<input type="checkbox"/> Dossier complet <input type="checkbox"/> Dossier incomplet



IFSI – DEMANDE
DE VALIDATION DES ACQUIS ANTERIEURS

Campagne -2024



--	--

IDENTIFICATION

Nom

Nom marital :

Prénom(s)

Date de naissance : / /

Lieu de naissance (commune) :

Département de naissance :

Pays :

COORDONNEES

Adresse permanente (adresse de résidence habituelle) :

Rés./appt. :

N°, voie

Code postal : Commune :

Pays :

LISTE DES PIECES A FOURNIR DANS LE DOSSIER

- Copie d'une attestation d'inscription à l'IFSI (PIECE N°1)
- Les autres pièces (attestation du titre universitaire, son programme analytique* et les relevés de notes) seront numérotées dans l'ordre d'apparition dans le tableau ci-après et à partir du numéro 2

* Le programme analytique est le référentiel pédagogique détaillé (UE par UE) de chaque année universitaire ayant conduit à l'obtention du titre universitaire, notamment pour les UE demandées en équivalence en vue d'une dispense dans le cadre de la formation en IFSI.



Campagne 2024

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e),
atteste sur l'honneur :

- de l'authenticité des informations personnelles mentionnées dans ce dossier ;

J'ai pris connaissance que toute fausse déclaration ou production de documents falsifiés dans ce dossier est passible de sanctions pénales.

A le

Signature obligatoire



**IFSI - DEMANDE
DE VALIDATION DES ACQUIS ANTERIEURS**



Campagne 2024

TITRES UNIVERSITAIRES ACQUIS ANTERIEUREMENT

Année d'obtention	Intitulé complet et établissement ayant délivré le diplôme	Pièce
		2
		3
		4
		5
		6
		7
		8
		9
		10



IFSI - DOSSIER DE DEMANDE DE VALIDATION DES ACQUIS ANTERIEURS - Campagne 2024



Nom :- Prénom(s) :

EQUIVALENCES DEMANDEES

Formation antérieure			Formation en IFSI		Avis
Titre universitaire	Intitulé complet du titre	UE demandée en équivalence (année, libellé de l'UE)	Année (1, 2, 3)	UE correspondante demandée en dispense (semestre et intitulé complet)	

DEMANDE DE VALIDATION DES ACQUIS ANTERIEURS-2024

<p style="text-align: center;">Liste des pièces à fournir pour constituer le dossier de VAA pour tous les étudiants présentant une demande.</p>	<p style="text-align: center;">Listes des UE à demander en dispense pour les étudiants aide-soignant ou auxiliaire de puériculture.</p>
<p>MODALITES D'OCTROI DE DISPENSES D'ENSEIGNEMENTS</p> <p>Art. 7 - Les personnes admises en formation peuvent faire l'objet de dispenses d'unités d'enseignements ou de semestres au regard de leur formation antérieure validée, des certifications, titres et diplômes obtenus et de leurs parcours professionnels.</p> <p>Art. 8 - Les candidats déposent auprès de l'établissement d'inscription leur demande de dispense sur la base des documents suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1° la copie d'une pièce d'identité 2° le(s) diplôme(s) originaux détenu(s) 3° le cas échéant, une attestation de validation d'ECTS de moins de 3 ans 4° le cas échéant, le(s) certificat(s) du ou des employeurs attestant de l'exercice professionnel de l'intéressé 5° un curriculum vitae 6° une lettre de motivation 7° une attestation de niveau de langue B2 française pour les candidats étrangers. <p>La demande sera présentée à la section compétente pour le traitement pédagogique des situations individuelles des étudiants, pour décision.</p>	<p>UE 2.10 semestre 1 : Infectiologie hygiène</p>
	<p>UE 4.1 semestre 1 : Soins de confort et de bien-être</p>
	<p>UE 5.1 semestre 1 : Accompagnement de la personne dans la réalisation de ses soins quotidiens</p>

*