

  Hôpitaux de Provence Groupement Hospitalier et Universitaire des Bouches-du-Rhône	DOSSIER ADMINISTRATIF 2025	PHOTO A NE PAS COLLER NI AGRAFER SVP
INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS		

A REMPLIR EN LETTRES CAPITALES

NOM :	
NOM d'USAGE :	
PRENOM(S) :	
Né(e) le : à : VILLE : DPT : PAYS : Nationalité : ☐ Française ☐ Autre :	
PORTABLE :	TEL FIXE :
ADRESSE E-MAIL (UNIQUEMENT du type « nom.prénom@... ») :@.....	
<i>En cas de changement de vos coordonnées, vous êtes prié de nous tenir informé au plus vite</i>	
<u>Adresse durant les études :</u> Code postal : Ville :	
<u>Autre résidence :</u> Code postal : Ville :	
<u>Sélection d'entrée en IFSI :</u> ☐ Parcoursup ☐ Sélection FPC	
<u>Situation à l'entrée en IFSI (autre qu'étudiant en continuité de parcours) :</u> ☐ AS-AP ☐ Pôle Emploi ☐ PPH ☐ Formation continue	
TITRE ou DIPLÔME D'INSCRIPTION (BAC + SERIE ou AUTRES et année d'obtention) BAC ☐ oui ☐ non ☐ En cours 2025 Série/ Option ☐ Général ☐ Professionnel ☐ Technologique Date d'obtention : / / Département : Autres diplômes : Date d'obtention Autres diplômes : Date d'obtention Dernière classe fréquentée :	

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

[illegible]

Le n° INE figure le relevé de notes du baccalauréat ou sur votre attestation CVEC

Situation familiale :

☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Concubinage ☐ Pacsé(e) ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e)

Nombre d'enfants à charge : Age(s) :

Sécurité sociale :

Centre sécurité sociale de :

Nº SS: / / / / / / / / / / / / / / clé / / /

☐ Régime général ☐ Ayant droit d'un assuré : ☐ Agricole ☐ SNCF

Permis de conduire : ☐ oui ☐ non **Véhicule :** ☐ oui ☐ non

Personne à prévenir en cas d'urgence :

NOM & Prénom :

Téléphone fixe : ou Portable :

Financement de la formation ☐ Conseil Régional ☐ Promotion professionnelle

Pour les étudiants qui suivent leur formation infirmière au titre de la Promotion Professionnelle, veuillez préciser :

- L'établissement dont vous dépendez
- L'organisme payeur susceptible de financer votre formation.....
- Autre

  Hôpitaux de Provence Groupement Hospitalier et Universitaire des Bouches-du-Rhône	DOSSIER ADMINISTRATIF <u>2025</u>	 RÉGION PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR
INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS		

France Travail :

Etes-vous inscrits à France Travail ? :

☐ Oui

N° identifiant (de type 1234567A) :

Région si autre que PACA :

Numéro unique (à 10 chiffres) :

Date d'inscription.....

Percevez-vous une allocation par France Travail ? ☐ Oui ☐ Non

☐ Non

3

  Hôpitaux de Provence Groupe Hospitalier et Universitaire des Bouches-du-Rhône	DOSSIER ADMINISTRATIF 2025	 RÉGION PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR
INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS		

PIECES À FOURNIR AU DOSSIER ADMINISTRATIF		Contrôle Candidat / IFSI	
Frais d'inscription chèque 175€ (tarif 24-25) à l'ordre de <i>Trésorerie Publique Hospitalière</i>	☐	☐	
Photocopie du Diplôme (Bac ou équivalence ou autres) ou Notes si Bac 2025. <i>L'original de tout diplôme devra être confronté à la copie, merci de l'apporter au plus tôt.</i> ☐	☐	☐	
Photocopie de la carte d'identité (recto/verso sur 1 seule page, en couleur) en cours de validité	☐	☐	4
Pour les mineurs : Photocopie de la carte d'identité du responsable légal (recto/verso) et autorisation parentale complétée (annexe 1)	☐	☐	
Listes FPC : Attestation de non-inscription PARCOURSUP (à télécharger sur le site PARCOURSUP)	☐	☐	
Attestation PARCOURSUP d'admission en première année de l'enseignement supérieur année 2024-2025	☐	☐	
Attestation d'acquittement de la CVEC (Portail messservices.etudiant.gouv.fr)	☐	☐	
Dossier Parcoursup (relevés de notes, diplômes et attestations de formation....)	☐	☐	
1 RIB au nom de l'étudiant, si photocopie, veillez à ce que l'ensemble du RIB apparaisse.	☐	☐	
1 CV	☐	☐	
Attestation de Sécurité sociale de l'étudiant	☐	☐	
Photocopie carte grise véhicule (pour les stages) si véhiculé(e)	☐	☐	
1 photo d'identité non collée ni agrafée sur le présent dossier <i>avec votre nom au dos</i>.	☐	☐	
1 Attestation responsabilité civile vie privée, comportant la mention « accident corporel causé au tiers, accident matériel causé au tiers, Dommages immatériels »	☐	☐	
1 Attestation responsabilité civile vie scolaire et stages paramédicaux pour l'année scolaire 2024-2025	☐	☐	
- Uniquement pour les étudiants issus de FPC : Le dossier d'inscription à la Faculté de Médecine d'Aix-Marseille à télécharger sur notre site internet : www.cgd13.fr, rubrique « Nos Instituts de Formation » et « IFSI » dès sa parution. - Pour les étudiants issus de Parcoursup, l'inscription se fera en ligne sur le site de l'AMU fin juin, début juillet.	☐	☐	
1 certificat médical (annexe 2) émanant d'un médecin agréé ARS attestant que le ou la future étudiant (e) ne présente pas de contre-indications physique et psychologique à l'exercice de la profession d'infirmier(ère) (Voir liste médecins agréés ARS sur internet) En cas d'absence de ce certificat le jour de la rentrée, l'étudiant(e) ne sera pas admis(e) en formation.	☐	☐	
1 Dossier médical : - Radio du thorax - Certificat de vaccination (Annexe 3)	☐	☐	
Contrat de formation complété et signé (annexe 4)	☐	☐	
POUR LES ETUDIANTS CONCERNES : La demande de dispense d'enseignement, avec tous les documents demandés (cf. courrier annexe 5 ci-joint) à adresser au plus tard le 8 septembre 2025 à l'IFSI.	☐	☐	

  Hôpitaux de Provence Groupe Hospitalier et Universitaire des Bouches-du-Rhône	DOSSIER ADMINISTRATIF <u>2025</u>	 RÉGION PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR
INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS		

INFORMATION HANDICAP

ACCUEIL ET ACCOMPAGNEMENT DES ETUDIANTS EN SITUATION DE HANDICAP :

- Etes-vous en situation de handicap : Oui ☐ Non ☐
- Si oui, avez-vous une reconnaissance de situation de handicap (RQTH...) Oui ☐ Non ☐
- Avez-vous déjà bénéficié d'aménagement de parcours : Oui ☐ Non ☐
- Et/ou d'examens : Oui ☐ Non ☐
- Souhaitez-vous bénéficier de mesures d'aménagement de formation : Oui ☐ Non ☐
- Et/ou d'examens : Oui ☐ Non ☐

Le référent handicap de l'IFSI et le formateur référent pédagogique de l'institut de formation pourront vous informer sur es adaptations possibles (modalités pédagogiques, supports, organisation de la formation, modalités d'examens...)

Référent handicap de l'IFSI du CGD : Nathalie BOYER nathalie.boyer@cgd13.fr

Conformément à la réglementation des instituts de formation en soins infirmiers (arrêté du 21 avril 2007 modifié relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, le candidat atteste sur l'honneur :

- « J'atteste que je ne suis pas concerné(e) par une décision d'exclusion encore en cours prise par l'institut de formation paramédical dans lequel j'étais inscrit(e) et qui ferait obstacle à mon admission en IFSI à la rentrée de septembre 2025 » ;
- « J'atteste que je ne suis pas actuellement inscrit(e) en IFSI » ;
- « J'atteste que je ne suis pas en situation d'avoir interrompu la formation en IFSI pour laquelle je candidate » ;
- « Je demande mon inscription » ;
- « J'atteste sur l'honneur avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'Institut de Formation du CGD13 (consultable sur le site internet de l'institut www.cgd13.fr ou à l'Institut ainsi que du contrat de formation IFSI (annexe 4) »
- Je soussigné(e) atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document. »

Fait à Marseille, le ____ / ____ /2025

Signature :