DOSSIER D'INSCRIPTION 2025

CANDIDAT RELEVANT DE LA
FORMATION PROFESSIONNELLE CONTINUE

DOSSIER COMPLÉMENTAIRE

CANDIDAT ADMIS

2 Impasse Isaac Newton, 85340 Les Sables d'Olonne
Tel. : 02.85.75.74.61 / 06.14.30.64.14
Courriel : contact@ifsi.formationsante-vlo.com

Formation santé
VAL DE LOIRE OCÉAN
IFSI LES SABLES D'OLONNE
2 Impasse Isaac Newton,
85340 Les Sables d'Olonne
Tel : 02 85 75 74 61
Courriel : contact@ifsi.formationsante-vlo.com

DOSSIER D'INSCRIPTION A COMPLÉTER

Vous avez récemment passé et validé le concours d'entrée à l'IFSI des Sables d'Olonne et nous sommes ravis de pouvoir vous compter parmi l'effectif de celle nouvelle promotion d'étudiants.

Afin de compléter votre dossier d'inscription, nous avons besoin d'un certain nombre de documents. Vous trouverez donc ci-dessous la liste des pièces administratives à nous fournir au plus tard le jour de la rentrée.

Vous pouvez nous retourner ces documents soit :

- Par courrier ou directement sur place à l'adresse
  2 Impasse Isaac Newton
  Locaux Numérimer, 1er étage
  85340 Les Sables d'Olonne

- Par email à l'adresse
  contact@ifsi.formationsante-vlo.com

➢ Liste des documents à fournir :

- Copie de la **carte vitale**
- Attestation des **droits à la sécurité sociale**
- Attestation de **responsabilité civile** couvrant l'année universitaire en cours
- Le droit à l'image (document ci-joint)
- Un **RIB** au nom du postulant à la formation
- Un **chèque** à l'ordre de Santé VLO couvrant les **frais d'inscription**
- **Contribution à la Vie Etudiante et de Campus : CVEC**
- Copie du **permis de conduire** accompagné de la **carte grise**
- Pour les candidats titulaires du baccalauréat ou de l'équivalence de ce diplôme admis au concours de sélection FPC, l'admission définitive est conditionnée à la production d'une **attestation signée de désinscription ou de non-inscription** sur la plateforme de préinscription (Parcoursup) prévue à l'article D. 612-1 du code de l'éducation
- RAPPEL : Pensez à fournir le **suivi médical** concernant votre vaccination obligatoire ainsi que le **certificat médical de non-contre-indication** vous permettant d'intégrer la formation

DROIT à L'IMAGE

Je soussigné(e) :

Nom de naissance ..... Nom d'usage.....

Prénoms .....

Date de naissance ..... Lieu de naissance .....

Autorise ☐ N'autorise pas ☐

Formation Santé VLO – IFSI les Sables d'Olonne et son équipe pédagogique

A utiliser et diffuser mon image à titre gratuit (suite à une captation photo et/ou vidéo et/ou audio) sur supports imprimés, informatiques et numériques :

- À des fins pédagogiques : Oui ☐ Non ☐
- À de fins de de communication et/ou de promotion de l'institut : Oui ☐ Non ☐
- À l'occasion d'événements en lien avec la formation : Oui ☐ Non ☐

L'utilisation de l'image ne portera pas atteinte à la vie privée ou à la réputation.

Chaque étudiant/élève pourra exercer a posteriori son droit à l'image et/ou à l'anonymat, en demandant le retrait d'une photographie, d'une séquence d'un enregistrement vidéo.

Fait à

Le

Signature

FRAIS DIVERS
POUR INSCRIPTION DÉFINITIVE

L'inscription au concours pour la Formation en Soins Infirmiers à l'IFSI des Sables d'Olonne est soumise au règlement des frais suivants :

- **Les frais d'inscription à la formation 2025 – 2026** : un chèque à l'ordre de Santé Val de Loire Océan (avec nom et prénom au dos).
- **Coût de la formation** : Le candidat devra, selon sa situation, justifier de la prise en charge des coûts pédagogiques (attestations employeur, attestation OPCO, Attestation transition pro… financement personnel)
- **L'attestation d'acquittement ou d'exonération de la Contribution Vie Etudiante et de Campus (CVEC)** d'un montant de 105 € uniquement pour les primo entrants voir sur le site www.cvec.etudiant.gouv.fr. Les boursiers, une fois détenteur de leur notification de bourse, pourront demander le remboursement de cette cotisation auprès du CROUS via l'application CVEC à partir du 1er septembre 2025

Droits d'inscription en établissement d'enseignement supérieur	**178 €**
Les droits d'inscription à l'IFSI sont identiques aux droits d'inscription dans les universités dont le montant est fixé par le ministère en charge de l'enseignement supérieur.	
Le règlement des frais d'inscription se fait par chèque à l'ordre de Santé Val de Loire Océan.	

Coût de la formation	**8 500 € par an**
Le candidat devra, selon sa situation, justifier de la prise en charge des coûts pédagogiques (attestations employeur, attestation OPCO, Attestation transition pro, financement personnel)	

Contribution à la Vie Etudiante et de Campus CVEC	**105 €**
Le règlement de la contribution est à effectuer auprès du CROUS, sur le site de la CVEC : https://cvec.etudiant.gouv.fr/. L'attestation d'acquittement de la CVEC est à fournir obligatoirement pour procéder à l'inscription.	

SUIVI MEDICAL

CERTIFICAT MEDICAL DE VACCINATION et d'IMMUNISATION

(Etabli par votre médecin traitant)

Je soussigné(e),

Docteur .....

Certifie que

Madame ☐, Monsieur ☐

.....

Né(e) le .....

A ses vaccinations obligatoires à jour, conformément à la réglementation en vigueur.

☐ oui ☐ non

Doit réaliser un rappel durant le cursus

☐ oui ☐ non

Si oui préciser : .....

Est considéré immunisé contre l'hépatite B, conformément à la réglementation en vigueur

☐ oui ☐ non

A été informé des vaccinations recommandées possibles dans le cadre de son orientation

☐ oui ☐ non

Fait à ..... Le .....

Signature :

CACHET

- Compléter les informations du document suivant –
Vaccination obligatoire –Hépatite B – autres vaccins

Vaccinations obligatoires

Diphtérie + tétanos + poliomyélite +/- coqueluche *Pour les professionnels de santé, il est recommandé que les rappels administrés aux âges de 25, 45, 65 ans comportent systématiquement la valence coqueluche*		
DTP	Nom du vaccin	Date dernière dose
DTPC	Nom vaccin	

Vaccination hépatite B			
Nom du vaccin	Nombre de doses reçues	Protocole	Date dernière dose
Date			

Immunisation contre l'hépatite B

Sérologie				
Anti HBs	Date	Résultat		
Anti HBc	Date	Résultat		

☐ sérologie négative après 6 doses = non répondeur(euse) à la vaccination

Autres vaccinations

Antituberculeuse		
BCG	Date(s)	
IDR	Date	Résultat en mm
Rougeole, oreillon, rubéole		
ROR 1ère injection	Date	OU date maladie
ROR 2ème injection	Date	
Autres (grippe, méningocoque, varicelle, hépatite A, covid…)		
Vaccin / maladie	Date	

SUIVI MEDICAL

CERTIFICAT MEDICAL de non contre indication

(Etabli par un médecin agréé par l'ARS - cf. liste sur le site internet de l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire)

Je soussigné(e),

Docteur .....

Exerçant à .....

Certifie que

Madame ☐Monsieur ☐

Nom de naissance ..... Nom marial.....

Né(e) le .....

Ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession d'infirmier(e)

Fait à ..... le .....

Signature :

CACHET

Art. 54 de l'arrêté du 21 avril 2007 modifié par arrêté du 17 avril 2018 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux :

*« **L'admission définitive dans un institut de formation en soins infirmiers est subordonnée** à la production, au plus tard le premier jour de la rentrée, d'un **certificat établi par** un médecin agréé attestant que l'étudiant ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession... »*