

# DOSSIER D'INSCRIPTION

Année 2025-2026

Demande de mutation

## Formation au DEI



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 / 06.14.30.64.14

Courriel : [contact@ifsi.formationsante-vlo.com](mailto:contact@ifsi.formationsante-vlo.com)



# ENTREE EN FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

Rentrée le lundi 1<sup>er</sup> septembre 2025

Vous avez reçu **une réponse favorable** à votre demande de mutation à **l'IFSI des Sables d'Olonne**.

Vous devez maintenant procéder à votre inscription auprès de notre institut en remplissant le dossier administratif et réunir toutes les pièces justificatives demandées.

**Merci de cocher l'année de formation concernée par votre inscription.**

- 1<sup>ère</sup> Année**
- 2<sup>ème</sup> Année**
- 3<sup>ème</sup> Année** (inscription possible uniquement à partir de septembre 2026)

**Le dossier d'inscription est à envoyer :**

- **Par voie postale en courrier recommandé avec AR à l'adresse**

2 Impasse Isaac Newton  
Locaux Numérimex  
85340 Les Sables d'Olonne

- **À apporter sur place au bureau de l'assistante administrative**

La remise du dossier d'inscription à l'institut est possible aux périodes suivantes :

Le lundi : de 9h00 à 13h  
Le mardi : de 13h30 à 17h30  
Le jeudi : de 9h00 à 13h  
Le vendredi : de 9h00 à 13h



# SOMMAIRE

## **LISTE DES DOCUMENTS ET PIÈCES JUSTIFICATIVES À TRANSMETTRE**

1. **FICHE DE RENSEIGNEMENTS** (coordonnées personnelles) .....P. 7 et 8
  
2. **DOCUMENTS ADMINISTRATIFS :**
  - Liste des documents à fournir.....P. 9
  - Droit à l'image.....P.11
  
3. **FRAIS D'INSCRIPTION OBLIGATOIRES :** .....P. 13
  - Frais d'inscription 2025 – 2026
  - Coût de la formation
  - Attestation de la Contribution à la Vie Étudiante et de Campus : CVEC
  
4. **SUIVI MÉDICAL**.....P. 15 à 17
  - Le certificat médical de vaccination et immunisation complète
  - Le certificat médical de non-contre-indication délivré par un médecin agréé ARS

### **ATTENTION**

La vaccination contre l'hépatite B est obligatoire à l'entrée de l'IFSI (cf. arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L.3111-4 du code de la santé publique).

Compte-tenu des délais parfois importants du protocole de vaccination, il est recommandé de commencer le schéma vaccinal classique dès que possible.

Dans le cas où ces démarches auraient déjà été effectuées lors d'une précédente rentrée dans un autre IFSI, nous vous invitons à nous transmettre directement les documents déjà en votre possession.



# 1. FICHE DE RENSEIGNEMENTS

## Promotion 2025/2028

Madame  Monsieur

Photo d'identité

Nom de naissance.....

Nom d'usage.....

Prénoms.....

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

Nationalité.....

Numéro INE (Numéro précisé sur votre relevé de notes au Baccalauréat)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numéro de Sécurité Social

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### ADRESSES

<b>Adresse électronique</b> : .....	
<b>Téléphone Portable</b> : .....	<b>Téléphone Fixe</b> : .....
<b>Adresse personnelle pour la formation</b> (si non connue, à préciser lors de la rentrée) .....	
Code postal.....	Ville .....
<b>Adresse familiale</b> .....	
Code postal.....	Ville .....

### NIVEAU D'ETUDE :

Diplôme	Date d'obtention	Série/S spécialité/Type/Dénomination

Situation de l'année 2024/2025..... Etablissement .....

### SITUATION FAMILIALE :

Célibataire  Marié(e)  Séparé(e)  PACS  Vie maritale  Veuf(ve)

Enfants : Oui  Non

Si oui combien ? Âge(s) ?

**SITUATION DE HANDICAP :**

Oui  Non

Si **oui**, souhait d'aménagement de formation : Oui  Non

Joindre l'attestation de RQTH et prendre contact avec le référent handicap de l'institut pour une prise de rendez-vous :

Madame MONNOT Véronique  
02 85 75 74 62  
vmonnot@formationsante-vlo.com

<p><b>PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :</b></p> <p>Nom et prénom : .....</p> <p>Lien de parenté : .....</p> <p><b>Numéro de téléphone fixe :</b> .....</p> <p><b>Numéro de téléphone portable :</b> .....</p> <p>Email : .....</p> <p>Adresse postale : .....</p> <p>.....</p>
---

**Je soussigné(e), .....confirme mon admission et certifie que les renseignements ci-dessus sont exacts**

Fait à ..... Le.....

Signature de l'étudiant(e)

**Tout changement d'adresse / de numéro de téléphone et tout changement de situation en cours d'année scolaire sera à signaler au secrétariat**

## 2. DOCUMENTS ADMINISTRATIFS

### LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR

- Une copie de la **carte vitale**
- Une copie de l'**attestation des droits de Sécurité Sociale**,
- Une copie du **permis de conduire**,
- Une copie de la **carte grise**
  - ↳ Si vous n'êtes pas le propriétaire du véhicule, fournir une attestation sur l'honneur de la personne qui vous prête le véhicule ainsi que sa pièce d'identité recto/verso
- **RIB** au nom de l'étudiant
- Un **Curriculum Vitae** à jour
- Copie du **diplôme du baccalauréat** et du **relevé de notes** du baccalauréat (pour les bacheliers 2025, la copie du diplôme est à fournir impérativement dès réception).
- Une attestation de **responsabilité civile** couvrant l'année universitaire 2025/2026
- L'**attestation de contribution à la CVEC** à télécharger sur le site du CROUS
- Le **certificat médical de vaccination et immunisation**
- Le **certificat médical de non-contre-indication** délivré par un médecin agréé de l'ARS



## 2. DOCUMENTS ADMINISTRATIFS

### DROIT à L'IMAGE 2025-2026

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 à 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 des 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 de l'étudiant(e)



### 3. FRAIS D'INSCRIPTION OBLIGATOIRES pour l'année 2025-2026

L'inscription définitive à l'Institut de Formation en Soins Infirmier est soumise au règlement des frais suivants :

- **Les frais d'inscription 2025 – 2026** : un chèque de 178 € libellé à l'ordre de Santé Val de Loire Océan (avec nom et prénom au dos). Les boursiers seront remboursés sur présentation de la notification de Bourse auprès du secrétariat.

<b>Droits d'inscription en établissement d'enseignement supérieur</b>	<b>178 €</b>
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.	

- **Coût de la formation :**  
 ↳ Pour la 2<sup>ème</sup> et la 3<sup>ème</sup> année le candidat n'ayant pas d'apprentissage devra, selon sa situation, justifier de la prise en charge des coûts pédagogiques (attestations employeur, attestation OPCO, Attestation transition pro... financement personnel)

<b>Coût de la formation</b>	<b>8 500 € par an</b>
Le candidat devra, selon sa situation, justifier de la prise en charge des coûts pédagogiques	

- **L'attestation d'acquiescement ou d'exonération de la Contribution Vie Etudiante et de Campus (CVEC)** 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

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





## 6. 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 au verso

## Vaccinations obligatoires

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

<b>Vaccination hépatite B</b>			
Nom du vaccin	Nombre de doses reçues	Protocole	Date dernière dose
Date			

## Immunsation contre l'hépatite B

<b>Sérologie</b>				
Anti HBs	Date	Résultat		
Anti HBc	Date	Résultat		

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

## Autres vaccinations

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

## 6. 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 marital.....

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...* »**



# EN RESUMÉ

---

## **Documents à renvoyer avant la rentrée :**

- Fiche de renseignement
- Le droit à l'image
- Copie de la carte vitale
- Attestation des droits de Sécurité Sociale
- Copie du permis de conduire
- Copie de la carte grise
- Attestation sur l'honneur de la personne qui vous prête le véhicule si vous n'êtes pas le propriétaire + sa carte d'identité
- Un RIB au nom de l'étudiant
- Un curriculum vitae à jour
- Copie du diplôme du baccalauréat
- Copie du relevé de notes du baccalauréat
- L'attestation de responsabilité civile couvrant l'année universitaire 2025/2026
- Un chèque de 178 € à l'ordre de Santé VLO
- Une attestation d'acquittement ou d'exonération du CVEC de 105 €

## **Documents à remettre au plus tard le jour de la rentrée (documents 6 : suivi médical) :**

- Certificat médical de vaccination et d'immunisation ou copie si déjà effectué
- Certificat médical établi par un médecin agréé par l'ARS ou copie si déjà effectué