



Dossier d'inscription IFSI Rodez - année 2026-2027

Code du document : IFMS SEO (T1N13-1-6-dossier 1ère année)

Date de la dernière version et application : V1 29/04/2026



Erasmus+
Enrichit les vies, ouvre les esprits.

DOSSIER ADMINISTRATIF

Institut de Formation en Soins Infirmiers IFSI RODEZ (Primo-entrants)

Madame, Monsieur,

Vous avez confirmé votre intention d'entreprendre vos études à l'IFMS de Rodez. Vous devez à présent effectuer votre inscription administrative :

- **auprès de l'Université de Toulouse** : Cf. procédure annexe 10
- **auprès de l'IFSI** en renvoyant ce dossier administratif par courrier postal ou en le déposant dans la boîte aux lettres à l'entrée de l'institut, rue de Copenhague – 12027 RODEZ CEDEX 9.

INSCRIPTION :

- **Pour les candidats FPC** : retourner le dossier complet pour le **11 juillet 2026** dernier délai. (cachet de la poste faisant foi)
- **Pour les candidats PARCOURSUP admis avant le 11 juillet 2026** : retourner le dossier complet pour le 17 juillet 2026 dernier délai. (cachet de la poste faisant foi)
- **Pour les candidats PARCOURSUP admis au-delà du 11 juillet 2026** : retourner l'annexe 1 dans la journée suivant l'admission (par courriel à ifsi@ch-rodez.fr) et les autres éléments par courrier postal dans un délai de 7 jours après proposition définitivement acceptée.

Passé ce délai, les candidats sont réputés avoir renoncé au bénéfice des épreuves de sélection.

TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA REJETÉ :

Aucune entrée en formation ne sera autorisée si votre dossier est incomplet. Tous les documents demandés sont obligatoires.

PRÉ-RENTREE :

Vendredi 28 août 2026 dans les locaux de l'institut - rue de Copenhague à RODEZ.

L'heure de convocation vous sera précisée par e-mail quelques jours avant.

RENTREE SCOLAIRE :

Lundi 31 août 2026 à 9h00 dans les locaux de l'institut - rue de Copenhague à RODEZ.

Rédaction :

Nom : **PONS Sébastien**
Fonction : **Secrétaire 2010**
Date : **29/05/2026**

Vérification :

Nom : **ENJALBERT Christiane**
Fonction : **Coordinatrice pédagogique**
Date : **29/05/2026**

Approbation :

Nom : **GAQUIERE Céline**
Fonction : **Directrice**
Date et visa : **29/05/2026**

Institut de Formation aux Métiers de la Santé (IFMS)

Centre Hospitalier de Rodez - Rue de Copenhague – Bourran - 12027 RODEZ CEDEX 9

N° Activité : 7312P000712 - N° SIRET : 26120011700131 - Code APE : 8542Z

Scolarité IFSI : 05 65 55 17 63 / Scolarité IFAS : 05 65 55 17 51

Régie - Finances AS : 05 65 55 17 53 ou Régie - Finances IDE : 05.65.55.17.77 / Gestion des stages : 05 65 55 17 52

Email : ifsi@ch-rodez.fr

PIECES à retourner à l'Institut

Nom : _____ Prénom : _____

Documents Administratifs

Cadre réservé à
l'établissement

- ☒ La présente liste complétée avec votre nom et prénom, accompagnée des éléments demandés ci-dessous :

Candidats recrutés via Parcoursup :

- ☐ - Attestation d'admission téléchargeable sur la plateforme Parcoursup.
- ☐ - Copie du relevé de notes du Baccalauréat.
- ☐ - **Pour les candidats qui ne sont pas en poursuite de scolarité** : copie des diplômes et relevés de notes saisies dans Parcoursup.

En cas de non-conformité, le candidat sera désinscrit de la plateforme Parcoursup par la directrice de l'Institut. La scolarité ne pourra pas se poursuivre.

Candidats recrutés hors Parcoursup : (FPC)

- ☐ - **Candidats qui ne se sont pas inscrits sur Parcoursup** : Attestation de non inscription sur Parcoursup à télécharger à compter du 2 juin 2026 sur le site : <https://dossier.parcoursup.fr/Candidat/attestation.noninscription?ACTION=2>, Compléter, imprimer et signer l'attestation
- ☐ - **Candidats qui ont formulé des vœux sur Parcoursup** : Attestation de désinscription de Parcoursup à télécharger directement dans le dossier Parcoursup, rubrique « Admission » à compter du 2 juin 2026.

- ☐ La demande d'autorisation d'inscription (**Annexe 1**) dûment renseignée et signée

- ☐ 1 curriculum vitae

- ☐ 1 photo d'identité datant de moins de 6 mois.
Indiquer le nom et prénom au dos de la photo

- ☐ 1 photocopie de la **carte nationale d'identité** (recto-verso) ou du **passport** en cours de validité (sur papier format A4)

- ☐ 1 photocopie d'un **titre de séjour** valide à l'entrée en formation pour les candidats étrangers hors union Européenne

- ☐ **1 copie** du diplôme vous ayant permis d'accéder à la sélection

- ☐ **1 copie du certificat de scolarité 2025/2026** pour les candidats en poursuite de scolarité

- ☐ **Annexe 9** relative au droit à l'image complétée, datée et signée

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

Documents relatifs à la mise en stage :

La mise en stage et le remboursement des frais de déplacements de l'étudiant sont conditionnés à la production de ces documents.

- ☐ 1 justificatif de domicile à votre nom, à l'adresse où vous résidez pendant la formation (copie dernière facture électricité ou eau)
- ☐ (Si vous résidez chez vos parents ou conjoint pendant la formation, compléter l'**Annexe 2**)
- ☐ 1 copie de l'**attestation de droits à l'assurance maladie** en cours de validité (téléchargeable sur votre compte Ameli.fr)
- ☐ 1 copie de votre attestation d'assurance « **responsabilité civile vie privée** »
- ☐ Assurance responsabilité civile et professionnelle 2026 couvrant les risques des stagiaires paramédicaux tant lors des stages que lors de la formation
L'assurance est souscrite par l'institut.
Compléter l'**annexe 3 et 4**.
- ☐ 1 copie de la carte grise du véhicule utilisé pour vous rendre en stage
- ☐ (si la carte grise n'est pas à votre nom fournir le justificatif d'autorisation d'utilisation du propriétaire du véhicule : document joint en **annexe 5**)
- ☐ 1 copie de votre permis de conduire
- ☐ 1 copie de l'assurance du véhicule
- ☐ Certificat médical d'aptitude à suivre la formation, daté, tamponné et signé par un médecin agréé (Cf. **annexe 6**)
SANS CE CERTIFICAT VOTRE SCOLARITÉ NE POURRA PAS SE POURSUIVRE.
- ☐ Le certificat médical de vaccinations joint en **annexe 7** à faire remplir par votre médecin traitant (pas de photocopie du carnet de santé).
SANS CE CERTIFICAT VOTRE SCOLARITÉ NE POURRA PAS SE POURSUIVRE.
- ☐ 1 RIB à votre nom sur papier format A4

Cadre réservé à
l'établissement

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

Tenues professionnelles

La fourniture et l'entretien des tenues professionnelles des étudiants et élèves en santé non médicaux sont généralement pris en charge par les établissements d'accueil.

Il est cependant recommandé aux étudiants de posséder 2 jeux de tenues pour certains lieux de stages et travaux pratiques en institut. (pantalons blancs + tuniques blanches sans boutons, manches courtes).

Le choix du fournisseur par l'étudiant est libre.

Accès / handicap

Etudiant en situation de handicap (ESH) :

L'université propose, dès votre inscription et tout au long de l'année universitaire, un service dédié aux étudiants en situation de handicap : le Pôle Handicap Etudiant (PHE).

Le PHE accompagne les étudiants pour définir et mettre en œuvre un plan d'accompagnement de l'étudiant en situation de handicap (PAEH) pour les études, les examens et la vie universitaire. **Pour une première demande d'aménagements, contactez par mail le PHE.**

Le PHE travaille en collaboration avec d'autres services et structures tels que les composantes par le biais des correspondants handicap enseignants et administratifs, les scolarités, l'Université de Toulouse (SIMPPS, Atout pour tous), le Crous, Atypie Friendly, APIPESH...

Vous pouvez contacter :

Tél. 05.61.55.82.13

Mél : phe.referent@utoulouse.fr

Pour plus d'informations : <https://www.univ-tlse3.fr/accompagnement-des-publics-specifiques/handicap>

Le site national « etudiant.gouv.fr » informe plus particulièrement sur les aides, les contacts utiles, les textes officiels, etc.

Site : <http://www.etudiant.gouv.fr/pid38441/etudiants-en-situation-de-handicap.html>

Pour toute demande de logement étudiant, contacter le Crous.

Site : <https://www.crous-toulouse.fr/>

Quelques exemples d'aménagements :

Pour les études :

En fonction des situations de handicap et des besoins spécifiques, le PHE propose plusieurs types de mesures compensatoires pour le suivi du cursus tels que la prise de notes ou l'intervention d'interprètes LSF. Des rencontres et suivi avec l'équipe pédagogique de la formation concernée permettent d'assurer la mise en place des aménagements.

Pour les examens et/ou concours :

Pour passer les examens dans des conditions rétablissant l'égalité des chances, les étudiantes et étudiants en situation de handicap peuvent bénéficier de mesures compensatoires.

La circulaire du Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche en date 6-2-2023 relative aux Adaptations et aménagements des épreuves d'examen et de concours pour les candidats en situation de handicap ou avec un trouble de santé invalidant encadre ces aménagements : temps supplémentaire, prêt d'ordinateurs, transcriptions, secrétariat d'examen, salle dédiée, etc.

Tout étudiant ou étudiante en PASS ou LAS qui demande des aménagements (1/3 temps) doit fournir avant l'entrée à l'université un bilan, orthophonique, neuropsychologique, psychomotricien... datant de moins de 2 ans. Ce bilan attestera des répercussions de la situation de handicap sur les capacités de travail.

Autres accompagnements possibles :

- Recherche de stages et insertion professionnelle avec le dispositif APIPESH (fabyenne.borloz@utoulouse.fr)
- Activité physique et/ou sportive, le Pôle Sport propose des activités adaptées aux étudiants en situation de handicap, en liaison avec le PHE. <https://www.univ-tlse3.fr/campus/sport>

Le référent handicap de l'IFSI est Madame Christiane ENJALBERT

Tél : 05 65 55 17 65 courriel : christiane.enjalbert@ght-rouergue.fr

Dossier Financement

- ☐ Dossier financier (**Annexe 8**) complété, daté et signé + pièces demandées
- ☐ **Si vous êtes inscrit à France Travail :**
joindre votre avis de situation + pièces demandées

Cadre réservé à
l'établissement

☐☐

☐ Demandes de dispenses d'enseignements

(Arrêté du 20 février 2026 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier – TITRE 3
« dispenses d'enseignements »)

Lorsqu'ils sont admis en formation, les étudiants peuvent être dispensés d'unités d'enseignement ou de semestres par le président de l'université après avis de la commission d'admission mentionnée à l'article 6.

Ces dispenses sont accordées au regard de leur formation antérieure validée, des certifications, titres et diplômes obtenus et de leur parcours professionnel

La procédure vous sera communiquée à la rentrée

Cadre réservé à
l'établissement

Inscription UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

Suivre la procédure en **Annexe 10**

Une fois l'inscription achevée, **transmettre au secrétariat de l'IFSI au plus tard la semaine de la rentrée :**

- ☐ 1 copie de l'Attestation CVEC
- ☐ 1 copie du Certificat de scolarité UNIVERSITÉ DE TOULOUSE 2026/2027

Cadre réservé à
l'établissement

☐☐

Bibliographie

Références bibliographiques présentant un intérêt en vue du suivi de la formation : dès que la liste sera établie, vous pourrez la consulter sur notre site <https://www.ch-rodez.fr/preparer-la-rentree/>

Ces ouvrages sont disponibles au centre de documentation de l'institut,
il n'est pas obligatoire de les acheter.

Institut de Formation aux Métiers de la Santé

Rue de Copenhague - 12027 RODEZ CEDEX 9

Secrétariat de la formation en Soins infirmiers : Tél : 05.65.55.17.63

Secrétariat de la gestion financière (Gestion des absences, bourses, OPCA, pôle emploi) : 05.65.55.17.77

Secrétariat des stages (dossier médical, assurances) : 05.65.55.17.52

Photo identité (Joindre
avec un trombone)
NE PAS COLLER

DEMANDE D'AUTORISATION D'INSCRIPTION

Nom de famille		Prénom	
Nom d'usage		Autre(s) prénom(s)	

Date de naissance		Pays	
N° département		Ville	

N° Tél. portable		Situation Fam. : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Pacs ☐ Concubinage ☐ Divorcé(e) ☐ Séparé(e) ☐ Veuf(veuve)
N° INE – BEA		
Nationalité		
N° Sécurité sociale ____ / ____ - ____ - ____ / ____		

Résidence pendant les études	
Adresse	
Adresse (suite)	
Adresse (suite)	
CP, Ville	

Autre résidence (parents...)

E.mail	
--------	--

Personne à contacter en cas d'urgence :	
Nom	N° Tél.
Lien de parenté	

Nombre d'enfants	Âge(s)
------------------	--------

Si étudiant mineur	Parent 1
Nom, prénom	
N° Tél.	

Parent 2

Permis voiture obtenu	☐ Oui ☐ Non	Si non (date approximative du passage du permis) :	
-----------------------	--	--	--

RAPPEL : Vous devez être obligatoirement mobile pour les stages.

PARCOURS AVANT LA FORMATION

DIPLÔMES OBTENUS

Année	Diplôme	Spécialité	Etablissement

STAGES : Etablissements où vous avez fait un stage dans le milieu sanitaire et médico-social :

Dates et durée	Lieux	Services	Fonction

EMPLOIS : Etablissements où vous avez travaillé dans le milieu sanitaire et médico-social :

Dates et durée	Lieux	Services	Fonction

PROCHE, PARENTS OU FAMILLE qui travaille dans le milieu médical : ☐ Oui ☐ Non

Si oui (qui et dans quel établissement et service) :

Fait le _____ à _____

Je reconnais l'exactitude des données que j'ai notées ci-dessus.

Signature de l'étudiant :

NB. : Toutes les données et informations portées sur ce document sont strictement confidentielles.

Elles sont nécessaires au besoin du service.

En application de la loi française "Informatique et Liberté" du 6 Janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données vous concernant. Pour l'exercice de ces droits, vous pouvez nous contacter par mail.

ATTESTATION D'HÉBERGEMENT

(A compléter dans le cas où l'étudiant est hébergé par un tiers)

Je soussigné(e) (*nom-prénom*) :

Demeurant (*adresse complète du logement*) :

Atteste sur l'honneur que Madame, Monsieur (*nom-prénom de l'étudiant*) :

Résidera à mon domicile durant l'année scolaire 2026/2027.

Je joins la copie d'un justificatif de domicile à mon nom datant de moins de 6 mois.

Fait le : ____ / ____ / 2026

Signature :



GRUPE MUTUALISTE EUROPÉEN
ASSURANCE ET MANAGEMENT DES RISQUES

ATTESTATION D'ASSURANCE

Nous soussignés, Relyens Mutual Insurance, 18 rue Edouard Rochet - 69372 LYON CEDEX 08

Certifions que notre sociétaire, CENTRE HOSPITALIER, dont le Siège Social est situé AVENUE DE L HOPITAL 12027 RODEZ CEDEX (12 Aveyron)

Est titulaire auprès de notre société,

D'un contrat d'assurance Assurance Individuelle Accidents n° 171298

Garantissant :

Les élèves des Centres de formation de l'établissement, dans le cadre des études et des stages qu'ils effectuent, aux conditions suivantes :

Nom Prénom : _____

Année Scolaire : _____

Assurance Individuelle Accidents n° 171298

Les garanties sont accordées selon les termes et conditions du contrat susvisé en cas d'accident survenant, pendant les cours, stages et activités.

Les garanties de ce contrat prennent fin automatiquement à l'expiration de la session ou de l'année d'études au titre de laquelle l'étudiant a été inscrit et en toute hypothèse à la fin de la période d'assurance ci-dessous.

La présente attestation est délivrée sous réserve des dispositions concernant la suspension ou la résiliation dudit contrat.

L'attestation est délivrée pour servir ce que de droit, et ne peut engager l'Assureur au-delà des limites et conditions du contrat auquel elle se réfère.

La présente attestation est délivrée pour la période du 01/01/2025 au 31/12/2026.

Fait à Lyon, le 8 Décembre 2025.



Isabelle QUEREZ
Responsable de la direction Marché
Groupements Hospitaliers de Territoires



GROUPE MUTUALISTE EUROPÉEN
ASSURANCE ET MANAGEMENT DES RISQUES

ATTESTATION D'ASSURANCE

Nous soussignés, Relyens Mutual Insurance, 18 rue Edouard Rochet - 69372 LYON CEDEX 08

Certifions que notre sociétaire, CENTRE HOSPITALIER, dont le Siège Social est situé AVENUE DE L HOPITAL 12027 RODEZ CEDEX (12 Aveyron)

Est titulaire auprès de notre société,

D'un contrat d'assurance Assurance Responsabilité Civile et Risques Annexes n° 171291

Garantissant :

Les élèves des Centres de formation de l'établissement, dans le cadre des études et des stages qu'ils effectuent, aux conditions suivantes :

Nom Prénom : _____

Année Scolaire : _____

Assurance Responsabilité Civile et Risques Annexes n° 171291

Sont garanties les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile de l'élève susnommé, **pour les dommages corporels ou matériels qu'il peut occasionner au cours de ses études, ou stages effectués durant sa scolarité, en particulier à l'extérieur de l'Etablissement assuré, dans les termes et conditions du contrat.**

- Les garanties du présent contrat s'exercent au profit des Etablissements et Institutions situés en France Métropolitaine, dans les départements et Territoires d'Outre-Mer, à Andorre et dans la Principauté de Monaco.
- Elles sont étendues au **Monde Entier**, sans déclaration du Sociétaire, pour les élèves assurés effectuant des études, missions, stages, accompagnements de malades, pour autant que la durée du séjour n'excède pas trois mois.
Dans le cas où la garantie est accordée au profit des étudiants sages-femmes, la garantie est étendue aux stages effectués dans le cadre des études, dans le monde entier pour autant que la durée du séjour n'excède pas 6 mois.
- **CETTE EXTENSION NE S'APPLIQUE PAS AUX CONSÉQUENCES D'ACTES MEDICAUX OU DE SOINS EFFECTUES AUX ETATS-UNIS ET AU CANADA, AINSI QU'AUX DOMMAGES CAUSES PAR LES PRODUITS LIVRES DANS CES DEUX PAYS.**

Les garanties de ce contrat prennent fin automatiquement à l'expiration de la session ou de l'année d'études au titre de laquelle l'étudiant a été inscrit et en toute hypothèse à la fin de la période d'assurance ci-dessous.



GRUPE MUTUALISTE EUROPÉEN
ASSURANCE ET MANAGEMENT DES RISQUES

La présente attestation est délivrée sous réserve des dispositions concernant la suspension ou la résiliation dudit contrat.

L'attestation est délivrée pour servir ce que de droit, et ne peut engager l'Assureur au-delà des limites et conditions du contrat auquel elle se réfère.

La présente attestation est délivrée pour la période du 01/01/2025 au 31/12/2026.

Fait à Lyon, le 8 Décembre 2025.



Isabelle QUEREZ
Responsable de la direction Marché
Groupements Hospitaliers de Territoires

JUSTIFICATIF D'AUTORISATION D'UTILISATION DU VEHICULE

JOINDRE A CE DOCUMENT :

- ☐ Copie assurance du véhicule (document vert)
- ☐ Copie certificat d'immatriculation
- ☐ Copie du permis de conduire de l'étudiant
- ☐ Justificatif de domicile au nom de l'étudiant

Je soussigné(e) (Nom et prénom du propriétaire du véhicule) : _____

Adresse (du propriétaire du véhicule) : _____

Atteste que Mme/M. (Nom-prénom de l'étudiant) : _____

Inscrit(e) en formation en Soins Infirmiers

Institut de Formation aux Métiers de la Santé
Centre hospitalier de Rodez - Rue de Copenhague
12027 RODEZ CEDEX 9

**Utilisera mon véhicule lors de ses déplacements durant sa formation
(cours et stages)**

Véhicule immatriculé numéro : _____

Nombre de Chevaux Fiscaux (P6) : _____

**L'assurance de mon véhicule couvre l'étudiant en totalité
lors de ses déplacements.**

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait le ____/____/2026 A _____

Signature du propriétaire du véhicule :

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE 2026/2027

**attestant que l'étudiant(e)
ne présente pas de contre-indication physique
et psychologique à l'exercice de la profession.**

A faire remplir par un médecin agréé

Je soussigné(e) Dr _____

atteste que l'étudiant :

(Nom et Prénom) : _____

Né(e) le : ____ / ____ / ____

Inscrit(e) en formation en Soins Infirmiers

Institut de Formation aux Métiers de la Santé
Centre hospitalier de Rodez - Rue de Copenhague
12027 RODEZ CEDEX 9

Ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession.

Fait à _____, le ____ / ____ / 2026

Cachet et signature du médecin :

Liste des médecins agréés généralistes du département de l'Aveyron :

<https://www.occitanie.ars.sante.fr/media/125379/download?inline>

**Pour les autres départements, la liste est disponible sur le site internet
de l'Agence Régionale de Santé de la Région dont vous dépendez.**

CERTIFICAT MEDICAL DE VACCINATION

Institut de Formation aux Métiers de la Santé de Rodez

Rue de Copenhague
12027 RODEZ CEDEX 9

L'INSCRIPTION EN FORMATION SERA DEFINITIVE DÈS RECEPTION DE CE CERTIFICAT CONFORME

A faire remplir par le médecin de votre choix

Je soussigné(e) Dr _____ atteste que l'étudiant :

Nom et Prénom : _____ Né(e) le : ____ / ____ / ____ à _____

Inscrit(e) en formation à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers

DIPHTERIE-TETANOS-POLIOMYELITIS OBLIGATOIRE (Coqueluche recommandée)			
Vaccin et rappels :	Dates :	Nom spécialité :	N° lot :
Trois 1 ^{ères} injections :	1 ^e		
	2 ^e		
	3 ^e		
1 ^{er} rappel :			
2 ^{ème} rappel :			
3 ^{ème} rappel :			
Rappels ultérieurs :			

HEPATITE B OBLIGATOIRE			
Le schéma vaccinal comprend 3 injections (à Mois 0 – à Mois 1- à Mois 6), avec un intervalle d'un mois entre la 1 ^{ère} et la 2 ^{ème} injection et 5 mois entre la 2 ^{ème} et la 3 ^{ème} injection.			
	Dates :	Nom spécialité :	N° lot :
1 ^{ère} injection :			
2 ^{ème} injection :			
3 ^{ème} injection :			
Rappels éventuels :			

Sérologie (prise de sang) 1 mois après la dernière injection de l'Hépatite B (Ac anti HBs  Ac anti HBc totaux en chiffres) **OBLIGATOIRE** :

Date de la sérologie : ____ / ____ / 2026

Résultats de la sérologie :

Ac anti HBs (chiffres) : _____ et Ac anti HBc totaux (en chiffres) : _____

Résultat à faire valider par le médecin traitant suivant le tableau d'algorithme pour le contrôle d'immunisation
Cf. verso de ce document

☐ **L'étudiant a un calendrier vaccinal compatible à la mise en stage en milieu médical, paramédical.** Les étudiants en soins infirmiers qui ne rempliront pas les conditions d'immunisation ne seront pas autorisés à se rendre en stage (le 1^{er} stage débute le 12 octobre 2026) au risque d'une suspension de leur formation.

Fait à _____ le ____ / ____ / 2026

Cachet et signature du médecin :

Dossier d'inscription IFSI Rodez - année 2026-2027

Code du document : IFMS SEO (T1N13-1-6-dossier 1ère année)

Date de la dernière version et application : V1 29/04/2026

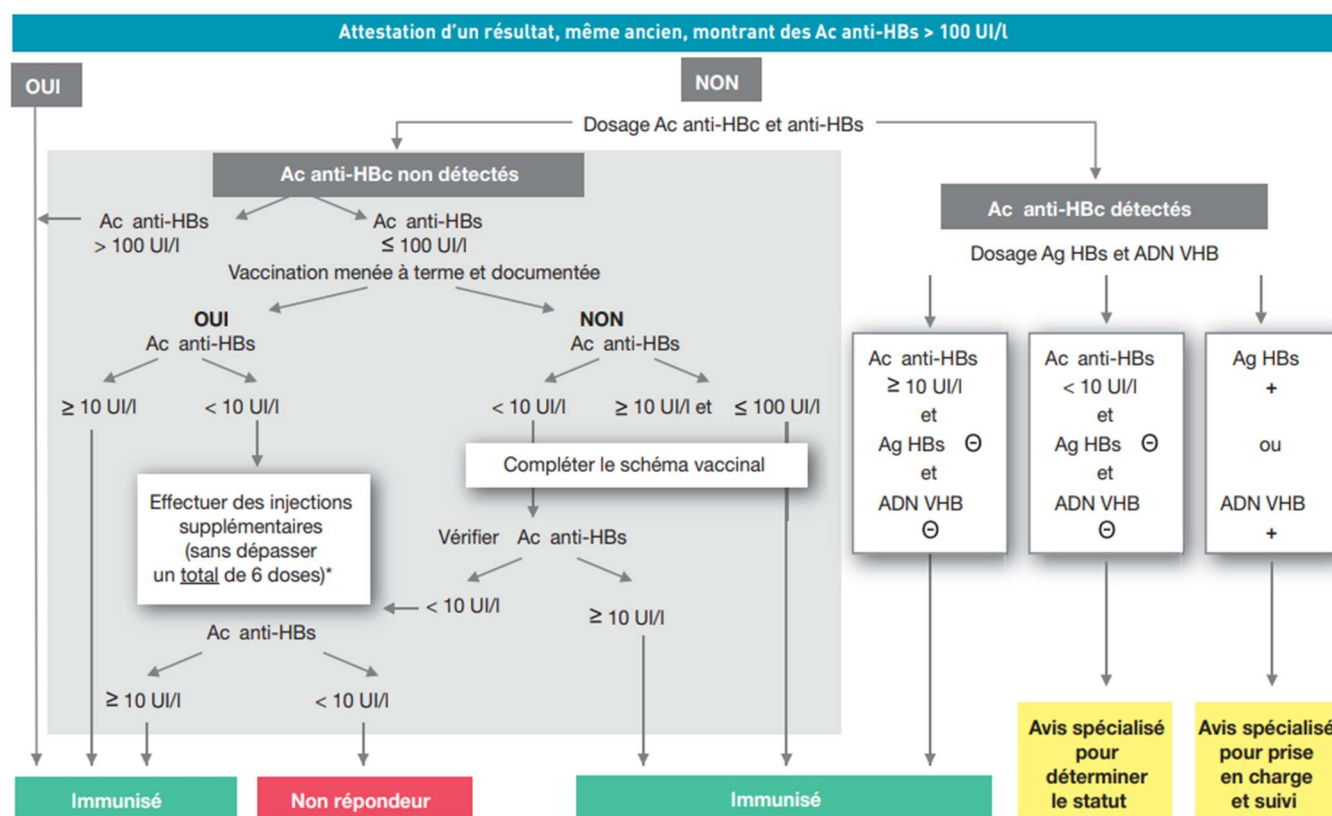
Pas de photocopies du carnet, merci de faire compléter et rapporter le document certificat de vaccinations

Les vaccinations des étudiants des professions médicales, paramédicales ou pharmaceutiques

(Tableau synthétique d'après le guide des vaccinations INPES)

Domaine concerné	Professionnels concernés	Vaccinations obligatoires (Obl) ou recommandées (Rec) selon les professions exercées											
		BCG	D T P	Coqueluche	Grippe saison.	Hépatite A	Hépatite B	Leptospirose	Rage	Rougeole (vaccin ROR)	Typhoïde	Varicelle	FJ
	Étudiants des professions médicales, paramédicales ou pharmaceutiques	Obl	Obl	Rec	Rec		Obl						

3.8 Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des professionnels de santé



* Sauf cas particulier voir 4° de l'annexe 2 de l'arrêté

Légende : Ac : anticorps ; Ag : antigène ; VHB : virus de l'hépatite B

47

Recommandations pour les professionnels

L'article L. 3111-4 du Code de la santé publique (CSP) rend **obligatoire l'immunisation contre l'hépatite B** pour les personnes exerçant une activité professionnelle les exposant ou exposant les personnes dont elles ont la charge à des risques de contamination ainsi que pour les élèves ou étudiants d'un établissement préparant à l'exercice de certaines professions de santé, afin de les protéger de cette infection. Cette immunisation des professionnels a également pour objectif de protéger les patients¹⁹ vis-à-vis de la transmission de ce virus par un soignant.

La liste des établissements ou organismes de soins ou de prévention, publics ou privés où l'obligation s'applique est précisée par l'arrêté du 15 mars 1991²⁰. Les personnes exerçant dans l'un de ces établissements et **exposées à un risque de contamination** doivent être immunisées contre cette infection si le médecin du travail évalue que l'exposition de cette personne à ce risque le justifie.

L'arrêté du 6 mars 2007²¹, relatif à la liste des élèves et étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des autres professions de santé, **dresse la liste des élèves et étudiants soumis à une obligation d'immunisation. Cette liste est la suivante :**

- professions médicales et pharmaceutiques : médecin, chirurgien-dentiste, pharmacien, sage-femme ;
- autres professions de santé : infirmier, infirmier spécialisé, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, manipulateur d'électroradiologie médicale, aide-soignant, ambulancier, auxiliaire de puériculture, technicien en analyses biomédicales, assistant dentaire²².

Dossier financier

NOM : _____ Prénom : _____

IFSI 1^{ère} année

Promotion : 2026-2029

FINANCEMENT DE VOTRE FORMATION

Si le coût est pris en charge par un organisme, merci de préciser lequel :

(joindre le document de l'accord de prise en charge)

☐ **VOTRE EMPLOYEUR :**

Préciser le nom de votre employeur : _____

☐ **UN ORGANISME FINANCEUR :** (TRANSITIONS PRO ou autre...)

Préciser l'organisme : _____

Dans les autres cas, c'est la **Région Occitanie** qui prend en charge les frais de scolarité.

VOS RESSOURCES PENDANT LA FORMATION

☐ **VOTRE EMPLOYEUR :** à préciser : _____

(joindre dernier Bulletin de salaire)

☐ **FRANCE TRAVAIL (ex-Pôle Emploi) :**

N° identifiant : _____ Date inscription : ____/____/____

Ville du Pôle emploi où vous êtes inscrit(e) : _____

(joindre un avis de situation de France Travail)

Etes-vous indemnisé(e) ? ☐ non

☐ oui : Quel type d'allocation ? _____

(joindre la notification d'admission de droits)

☐ **BOURSES auprès de la Région Occitanie :** N° dossier BSS : _ _ _ _ _

☐ En attente de réponse

☐ Notification reçue *(joindre la notification de bourses)*

Demandes de bourses :

Ouverture du site de dépôt de demande de bourses **entre le 1^{er} juin et le 31 octobre 2026**

Pour saisir votre dossier : <https://www.laregion.fr/bourses-etudes-sanitaires-sociales> et

<https://del.laregion.fr> Code établissement pour les étudiants sur le site de Rodez : **RODEZ2627**

Pour contacter la région : bss.assistance@laregion.fr

N° vert : 0800 33 50 50

☐ **AUCUNE REMUNERATION**

« Je déclare avoir pris connaissance des informations mentionnées ci-dessus,
et certifie l'exactitude des données renseignées. »

Date et signature :

Demande d'autorisation d'utilisation de l'image d'une personne

Je soussigné(e) : [Nom, Prénom] _____

Inscrit(e) en formation en Soins Infirmiers

Année 2026-2027

Institut de Formation aux Métiers de la Santé
Centre hospitalier de Rodez - Rue de Copenhague
12027 RODEZ CEDEX 9

Déclare avoir pris connaissance de l'article 9 du Code Civil* qui protège les éléments de ma vie privée, et notamment mon droit à l'image.

☐ **Autorise** l'Institut de Formation aux Métiers de la Santé du Centre hospitalier de Rodez à utiliser et diffuser à titre gratuit et non exclusif des photographies/vidéos/voix me représentant, réalisées lors de ma formation ainsi qu'à exploiter ces clichés, en partie ou en totalité, à des fins d'exploitation promotionnelle tout au long de ma formation.

Les photographies/vidéos susmentionnées sont notamment susceptibles d'être reproduites sur les supports suivants (liste non exhaustive) :

- Trombinoscope des promotions.
- Documents de communication physique ou numérique (brochures, cartes de visite, papier à en-tête, affiches, kakémonos, site Internet www.ch-rodez.fr, bannières, revue interne au Centre hospitalier, journal externe...)
- Édition numérique (vidéos pédagogiques ou à caractère promotionnel des formations de l'IFMS (ex : journée Portes Ouvertes...))
- Diffusion sur les réseaux sociaux du Centre hospitalier de Rodez (Instagram, Facebook, Twitter...).

La présente autorisation d'exploitation de mon droit à l'image est consentie à titre gratuit.

OU

☐ **Refuse** l'utilisation de mon image (sauf photo du dossier d'inscription pour le trombinoscope qui a un usage exclusivement interne à l'usage des formateurs/direction de l'Institut de Formation et sauf pour les vidéos à caractère pédagogique/simulation à diffusion exclusive à la promotion de l'apprenant). Lors des manifestations, merci de vous écarter du champ de vision du photographe/caméraman.

Fait à _____ le _____

Signature de l'apprenant précédée par
« lu et approuvé »:

Si l'apprenant est mineur
(nom, prénom et signature du responsable
légal) précédé par « lu et approuvé »:

*Rappel de l'article 9 du Code Civil : "Chacun a droit au respect de sa vie privée. Les juges peuvent, sans préjudice de la réparation du dommage subi, prescrire toutes mesures, telles que séquestre, saisie et autres, propres à empêcher ou faire cesser une atteinte à la vie privée; ces mesures peuvent, s'il y a urgence, être ordonnées en référé."

Inscription UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

Les inscriptions à l'université de Toulouse se feront exclusivement en ligne

- > du 07/07 au 17/07 - 12h pour les propositions d'admission définitivement acceptées jusqu'au 10/07 inclus
- > au plus tard le 24/08 - 18h pour les propositions d'admission définitivement acceptées entre le 11/07 et le 23/08 inclus
- > du 17/08 au 24/08 - 18h pour les candidats ayant répondu "oui avec vœux en attente"

Vous devez impérativement vous inscrire dans les délais fixés, à défaut votre place dans la formation ne pourra être maintenue.

Les modalités seront consultables sur le site de l'université :

<https://www.univ-tlse3.fr/inscriptions-administratives-1re-annee>

NB Césure : les candidats ayant coché la case indiquant qu'ils souhaitaient une césure, doivent déposer leur demande auprès de l'université du lundi 1er juin 2026 au mercredi 1er juillet 2026 : <https://www.univ-tlse3.fr/cesure>