

	DOSSIER D'INSCRIPTION ET RENSEIGNEMENTS PRATIQUES POUR L'ENTREE EN FORMATION EN SOINS INFIRMIERS – CANDIDATS PARCOURSUP ANNEE 2026	Réf SEO : T03N07-01-04 Création : 21/04/2022 Version : 001 Date : 09/06/2026
---	--	--

DEPOT DES DOSSIERS selon indications dans le mail d'envoi du dossier



Vous venez de retirer un dossier d'inscription pour l'entrée en formation en Soins Infirmiers conduisant au Diplôme d'Etat d'Infirmier.

Pour tout renseignement complémentaire, veuillez-vous adresser au secrétariat :

Secrétariat : tél. 03 88 06 30 81

E-mail : sec.ifsif@ch-haguenau.fr

Internet : <https://www.ifsif-ifas-chna.fr/>



IFSIF IFAS Haguenau



IFSIF IFAS Haguenau

Instituts de Formation en Soins Infirmiers et Aides-Soignants
21 rue de la Redoute
BP 40 252
67504 HAGUENAU CEDEX



1. PIECES A FOURNIR

Légende : Documents à fournir
Documents à compléter

- POUR LE DOSSIER MEDICAL

2 rendez-vous :

1. **Le médecin traitant** : faire compléter l'**attestation médicale de vaccinations en Annexe 1** ainsi que le **certificat médical en Annexe 2**. **Vous devez être à jour de vos vaccinations d'hépatite B pour effectuer vos stages.** Attention, si vous n'êtes pas à jour avec cette vaccination, il faut impérativement démarrer la 1^{ère} injection dès que possible. Votre médecin devra vous transmettre un certificat attestant que vous êtes à jour de vos vaccinations.

Nous transmettre la photocopie des pages «vaccinations» et «maladies infantiles» de votre carnet de santé.

2. **A la Médecine Universitaire pour la VISITE MEDICALE (obligatoire pour valider définitivement votre inscription).**

- POUR LA VISITE MEDICALE (obligatoire pour valider définitivement votre inscription).

Attention : n'oubliez de faire votre inscription universitaire qui est obligatoire. Ouverture des inscriptions à l'université à partir du 26 Juin 2026.

<https://med.unistra.fr/formations/autres-metiers-de-la-sante/ide> vous y trouverez les informations nécessaires à votre inscription ainsi que les documents à fournir.

Il faut prendre RDV pour votre visite médicale auprès de la médecine universitaire qui aura lieu au Service de Santé Etudiante 6, rue de Palerme à Strasbourg ou au Service de Santé Etudiante 72 route du Rhin à ILLKIRCH arrêt de tram Campus d'Illkirch.

1. Avant la visite médicale, vous devez dans un premier temps consulter votre médecin traitant avec la fiche « Attestation médicale de vaccination en Annexe 1 »
2. Vous prenez rendez-vous sur Doctolib en flashant l'un des 2 QR-Codes. Des créneaux sont ouverts pour notre Institut. Ne tardez pas à prendre rendez-vous.



SSE ESPLANADE



SSE ANTENNE ILLKIRCH

Il est possible d'avoir en plus un rendez-vous médical pour ceux qui le souhaitent, si problème de santé particulier ou nécessité d'un aménagement des études.

Important : Les étudiants mineurs devront être accompagnés d'un parent ou être en possession d'une autorisation parentale de soins.

Documents à apporter impérativement le jour de la visite médicale :

- L'attestation médicale de vaccinations en Annexe 1 à faire compléter au préalable par votre médecin traitant
- Votre carnet de santé ou carnet de vaccinations
- Les résultats de la sérologie hépatite B ((avec anticorps anti-HBS ET anti-HBC) si déjà faite)



ATTENTION

Selon l'article 54 de l'Arrêté du 21 avril 2007 modifié notamment par l'arrêté du 17 avril 2018: l'admission définitive dans un institut de formation préparant au diplôme d'infirmier est subordonnée :

1. *à la production, au plus tard le jour de la première entrée en stage, d'un certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France.*

- POUR LE DOSSIER ADMINISTRATIF

- Document « **Fiche de renseignements** » « Annexe 3 »
- Document « **Frais de formation** » « Annexe 4 »
- Document « **Dossier apprenant** », comprenant 1 fiche de renseignements et 1 attestation sur l'honneur « Annexe 5 »
- Document « Formulaire d'autorisation parentale » si mineur « Annexe 6 »
- Photocopie **couleur** de la **pièce d'identité en cours de validité** recto/verso, certifiée conforme à l'original
- Photocopie du certificat de participation à la Journée Défense et Citoyenneté (**JDC**) ou anciennement Journée d'Appel de Préparation à la Défense (**JAPD**)
- Photocopie de vos **diplômes** (pour les nouveaux bacheliers : le relevé de notes et le diplôme du baccalauréat dès réception)
- **Attestation d'assurance** « responsabilité civile avec une extension responsabilité professionnelle intégrant la mention : **assuré pour les stages en milieu hospitalier** »
- **Relevé d'identité bancaire (RIB)** à votre nom et datant de moins de 2 mois
- Copie du **MEMO VEHICULE ASSURÉ** (assurance de votre véhicule) qui remplace la carte verte depuis le 01/04/2024.
- Les frais d'inscriptions de 178 €, seront à régler à l'Université au moment de votre inscription
- Attestation de contribution à la vie étudiante (CVEC)
- **Le certificat de scolarité de votre inscription à l'Université généré dans votre espace personnel une fois l'inscription à l'Université réalisée. Sans ce certificat, votre inscription ne sera pas clôturée.**
- Attestation d'admission sur **PARCOURSUP**

- POUR LE DOSSIER FINANCIER

Candidats en poursuite d'études

- **Certificat de scolarité** datant de l'année scolaire **2025/2026/2025** ou **2024/2025**

Candidats pris en charge (par l'employeur ou un OPCA)

- **Attestation de prise en charge** de l'employeur ou de l'organisme financeur

Candidats demandeurs d'emploi

- **Attestation France Travail (Anciennement Pole Emploi)** du « **Dossier apprenant** » complétée et signée
- **Contrats de travail** pour la période de référence du **28/02/2026** au **31/08/2026**

2. RENSEIGNEMENTS PRATIQUES

- FRAIS DE FORMATION ET CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE

Ils s'élèvent à **8200 €/an** et sont pris en charge par la Région pour les jeunes issus du système scolaire et les demandeurs d'emploi. « Annexe 7 »

Si vous travaillez, des démarches sont à entreprendre, le plus rapidement possible, auprès de votre employeur pour obtenir un financement dans le cadre de la formation professionnelle.

Afin d'avoir accès à un 1er niveau d'information au sujet de la prise en charge des formations du secteur sanitaire et social, la Région met à disposition un outil développé via Genially : <https://view.genial.ly/640ee000bde3a60012a1896c>



NE PAS CONFONDRE LE FINANCEMENT DE LA FORMATION ET LA REMUNERATION

- Financement de la formation = Frais de formation pris en charge par la région Grand Est sous conditions ou par l'Employeur ou un OPCA (8200 € par année)
- Rémunération : salaire ou allocation versés éventuellement par l'Employeur ou par un organisme (France Travail, ANFH, Transitions Pro, Uniformation ou autre).

- **DEMANDE DE BOURSE**

Vous avez la possibilité de faire une demande auprès de la bourse sur le site :

https://messervices.grandest.fr/aides/#/crge/connecte/F_TEL0300/depot/simple

Le code d'accès de votre établissement : sp1XjN9 (il s'agit d'un 1 (chiffre) et non pas d'un L minuscule)

Date de la rentrée : **31/08/2026**

Date de fin : **06/07/2027**

Nombre d'heures à effectuer : **1400 h**

Important : les demandes de bourse ne doivent pas être faites sur le site du CROUS.

- **STAGES**

Les stages sont organisés sur le secteur de Haguenau et environs (Wissembourg, Bischwiller, Brumath...). Il vous appartient de vous organiser pour les déplacements en stage. Un véhicule est nécessaire.

- **HEBERGEMENT**

L'hébergement peut être réalisé par le Centre Hospitalier qui dispose de studios ou par Alter et Toit.

Montant du loyer au Centre Hospitalier de Haguenau = 160.00 € la 1^{ère} année – 320.00 € la 2^{ème} année

Montant du loyer Alter et Toit : 486.28 € (25m²) 449.75 € (21 m²)

Lien : <https://www.amitel.eu/nos-residences/residence-altertoit/>

- **CERTIFIER CONFORME UN DOCUMENT**

Toutes les photocopies demandées (diplôme, carte d'identité, JDC, JAPD, contrats de travail, etc.) doivent porter la mention suivante : « **Je certifie ce document conforme à l'original** » **daté et signé.** « Annexe 8 »

- **CONTRIBUTION VIE ETUDIANTE**

Avant votre inscription, vous devez **obligatoirement** vous acquitter de la contribution à la vie étudiante CVEC, auprès du CROUS,

<https://www.messervices.etudiant.gouv.fr/> pour un montant unique de **105 € (en 2025/2026)**

L'attestation de paiement devra être remise à l'IFSI pour valider votre inscription.

Pour les étudiants boursiers, la CVEC peut être remboursée via le site du CROUS après obtention de la notification de bourse.

Pour tout complément d'information sur la CVEC, contactez directement le CROUS : [03 88 21 28 00](tel:0388212800)

- **HANDICAP**

Si vous êtes en situation d'handicap, vous pouvez prendre contact avec notre référent handicap Mme EYERMANN Virginie virginie.eyermann@ch-haguenau.fr qui vous donnera les éléments nécessaires pour faire une demande d'aménagement d'étude.

3. DATES A RETENIR

PRE RENTREE (Présence obligatoire)

Mercredi 26 Août 2026 de 8H30 à 17H00

RENTREE SCOLAIRE

Lundi 31 Août 2026 à 09h30

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

21 rue de la Redoute – 67500 HAGUENAU

 	ATTESTATION MEDICALE DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES POUR L'ENTREE EN FORMATION EN SOINS INFIRMIERS ANNEE 2026 Annexe 1	Réf SEO : T03N07-01-04 Création : 02/05/2022 Version : 001 Date : 09/06/2026
---	---	---

Nom et Prénom de l'étudiant :	
Date de Naissance : ____ / ____ / ____	

VACCINATIONS ET EXAMENS OBLIGATOIRES pour l'admission en formation d'infirmier(e) ou d'aide-soignant(e) :

	Dates	Nom du vaccin
Vaccination contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche		

Vaccination contre l'hépatite B					
Primovaccination	Dates	Nom du vaccin	Rappels (si besoin)	Dates	Nom du vaccin
1 ^{ère} injection			1 ^{er} rappel		
2 ^{ème} injection			2 ^{ème} rappel		
3 ^{ème} injection			3 ^{ème} rappel		

Sérologie hépatite B		
	Dates	Résultat
Anticorps anti-HbS		
Anticorps anti-HbC		

Test tuberculinique obligatoire de moins de 3 mois	Date	Taille de l'induration en mm	Présence de phlyctènes

Attention, un tubertest s'effectue en deux temps :

1. L'injection intradermique de tuberculine,
2. La lecture par le personnel soignant, 48 h à 72 h après l'injection.

Il faudra donc anticiper la possibilité de revoir votre médecin traitant 2 à 3 jours après la réalisation du test.

Si le tubertest est supérieur à 15 mm, une radio du thorax sera nécessaire.

NOM et Prénom de l'étudiant

VACCINATIONS RECOMMANDEES pour l'admission en formation d'infirmier(e) ou d'aide-soignant(e) :

	Dates	Nom du vaccin
Rougeole Oreillons Rubéole 1 et 2		
Infections à méningocoque ACWY		
Varicelle 1 et 2 en l'absence d'antécédant et sérologie négative		
Hépatite A1 et 2		
Grippe		
COVID 1,2 et 3		

Observations du médecin :

Fait à : _____ le : _____

Cachet avec nom, adresse et signature du médecin :

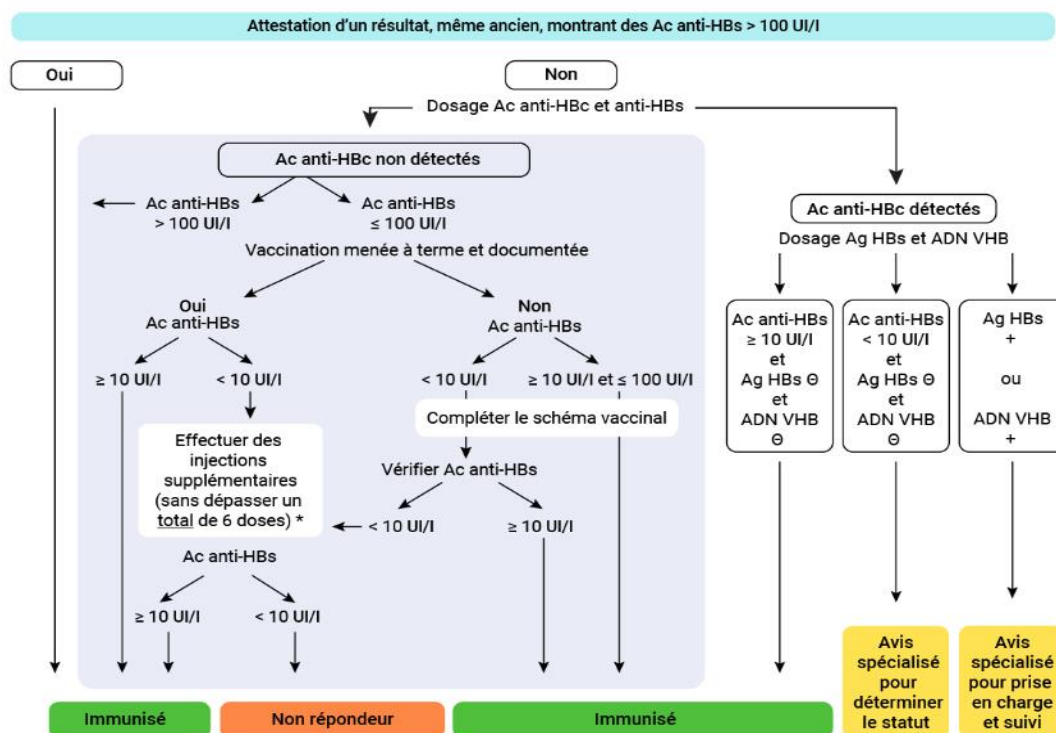
	INFORMATION VACCINATION HEPATITE B FORMATION EN SOINS INFIRMIERS ANNEE 2026 Annexe 1	Réf SEO : T03N07-01-04 Création : 02/05/2022 Version : 001 Date : 09/06/2026
---	---	---

Nom et Prénom de l'étudiant

Date de Naissance : ____ / ____ / ____

HEPATITE B

La **vérification de l'immunisation et de l'absence d'infection par le VHB** est obligatoire pour tous les étudiants et personnels de santé relevant de la vaccination obligatoire contre le VHB.



Taux d'anticorps :

Taux d'anticorps anti Hbs	>100 UI/L	immunisé
	10 -100 UI/L	réaliser Ag HBs (si Ag HBs négatif : immunisé)
	<10	non protégé : Reprendre le schéma vaccinal
En cas de doute : <u>CONSULTER LE MEDECIN AGREE REFERENT ARS</u>		

Immunisation : ☐ Oui ☐ Non

 	CERTIFICAT MEDICAL DE VACCINATION POUR L'ENTREE EN FORMATION EN SOINS INFIRMIERS ANNEE 2026 Annexe 1	Réf SEO : T03N07-01-04 Création : 02/05/2022 Version : 001 Date : 09/06/2026
---	--	--



ATTENTION

1. Selon l'article 91 de l'Arrêté du 21 avril 2007 modifié notamment par l'arrêté du 17 avril 2018: l'admission définitive dans un institut de formation préparant au diplôme d'infirmier 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 ;
 - à la production, **au plus tard le jour de la première entrée en stage**, d'un certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France.

2. Article L3111-4 du code de santé publique

« Tout élève ou étudiant d'un établissement préparant à l'exercice des professions médicales et des autres professions de santé (...) qui est soumis à l'obligation d'effectuer une part de ses études dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention ou de soins, doit être immunisé contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite ».

3. Arrêté du 02 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L.3114-4 du code de la santé publique

Article 2 : « Les élèves ou étudiants mentionnés à l'article 1er de l'arrêté du 6 mars 2007 susvisé sont soumis aux obligations d'immunisation mentionnées à l'article L. 3111-4 du code de la santé publique. Au moment de leur inscription dans un établissement d'enseignement et, au plus tard, avant de commencer leurs stages dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention ou de soins, ils apportent la preuve qu'ils satisfont aux obligations d'immunisation mentionnées à l'article L.3111-4. **A défaut, ils ne peuvent effectuer leurs stages.** ».

Article 3 : « La preuve de l'immunisation contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite (...) est apportée par la présentation d'une **attestation médicale de vaccination précisant la dénomination des spécialités vaccinales utilisées, les numéros de lots ainsi que les doses et les dates des injections.**

La preuve de l'immunisation contre l'hépatite B est apportée par la présentation d'une attestation médicale établie dans les conditions définies en annexes I et II du présent arrêté. ».

Annexe 1 : conditions d'immunisation contre l'hépatite B

« Les personnes [...] sont considérées comme immunisées contre l'hépatite B si elles produisent une attestation médicale comportant un résultat, même ancien, indiquant la présence, dans le sérum, d'anticorps anti-HBs à une concentration supérieure à 100UI/l.

Si les personnes [...] ne présentent pas le résultat mentionné, il est effectué un dosage des anticorps anti-HBc et des anticorps anti-HBs en vue de la délivrance d'une attestation médicale attestant ou non de l'immunisation contre l'hépatite

- Les anticorps anti-HBc ne sont pas détectables dans le sérum. »

Et

- « la vaccination a été menée à son terme selon le schéma en vigueur dans le calendrier vaccinal. »

Et

- « le taux d'anticorps anti-HBs dans le sérum est supérieur ou égal à 10 UI/l :

La personne est considérée comme définitivement protégée contre l'hépatite B. Il n'y a pas lieu de réaliser de dosage sérologique ultérieur ni d'injection vaccinale supplémentaire. »

4. Circulaire DGS/SD5C n°2004-373 du 11 octobre 2004 relative à la pratique des tests tuberculiniques

« L'IDR » ou Tubertest « doit être réalisée [...] comme test de référence dans le cadre de la surveillance des membres des professions à caractère sanitaire ou social exposés à la tuberculose (professions énumérées aux articles R. 3112-1 et R. 3112-2 du code de la santé publique) »

5. Article R4626-23 modifié par décret n°2015-1588 du 4 décembre 2015 – art. 25

« Le médecin du travail prévoit les examens complémentaires adaptés en fonction des antécédents de la personne, du poste qui sera occupé et dans une démarche de prévention des maladies infectieuses transmissibles. ».

  Coopération hospitalière Nord Alsace Centre hospitalier de Haguenau	CERTIFICAT MEDICAL FORMATION EN SOINS INFIRMIERS ANNEE 2026 ANNEXE 2	Réf SEO : T03N07-01-04 Création : 01/05/2021 Version : 001 Date : 09/06/2026
---	---	---

Je soussigné(e), **Médecin traitant** _____

Adresse : _____

atteste que **NOM DE L'ETUDIANT** _____

NOM MARITAL _____

Prénom _____

né(e) le _____

à _____

présente les aptitudes physiques et psychologiques nécessaires pour suivre la formation préparant au diplôme d'Etat d'Infirmier.

Fait à _____ le _____

Signature du médecin + cachet

 	FICHE DE RENSEIGNEMENTS ETUDIANTS EN SOINS INFIRMIERS ANNEE 2026 ANNEXE 3	Réf SEO : T03N07-01-04 Création : 01/05/2021 Version : 001 Date : 09/06/2026
---	--	---

NOM : _____ NOM MARITAL : _____

PRENOM : _____ NATIONALITE : _____

DATE DE NAISSANCE : _____ LIEU DE NAISSANCE _____ DEPT : _____

N° de Sécurité Sociale : _____

ETAT CIVIL : célibataire - marié(e) - pacsé(e) - divorcé(e) - veuf(ve)

ADRESSE : _____

N° DE TEL. : _____ N° DE TEL. PORTABLE : _____

ADRESSE EMAIL : _____

CODE INE (visible sur le relevé de notes du baccalauréat) : _____

NOMBRE D'ENFANTS : _____

CONJOINT : Nom, prénom : _____

Profession : _____

SITUATION AVANT L'ENTREE EN FORMATION :

☐ ELEVE OU ETUDIANT(E) : _____
(Précisez la classe)

☐ SALARIE(E) : _____
Nom de l'employeur : _____

☐ INSCRIT A FRANCE TRAVAIL LE : _____

☐ ETES-VOUS TITULAIRE DE LA FONCTION PUBLIQUE ? ☐ oui ☐ non

☐ AUTRE SITUATION : _____

AVEZ-VOUS LE PERMS DE CONDUIRE ? ☐ oui ☐ non

DISPOSEZ-VOUS D'UN VEHICULE ? ☐ oui ☐ non

Je soussigné(e), certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis sur ce document.

Date :

Signature :

	FRAIS DE FORMATION FORMATION EN SOINS INFIRMIERS ANNEE 2026 ANNEXE 4	Réf SEO : T03N07-01-04 Création : 01/05/2021 Version : 001 Date : 09/06/2026
---	--	--

A remplir si vous prenez en charge les frais de formation

Je soussigné(e)		
Né(e)	le	à
Domicilié(e)	à	

m'engage à payer les frais de formation s'élevant à 8 200 € par année de formation (Début de la formation : 31 Août 2026 – Fin de la formation prévisionnelle : 01 juillet 2029) à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers du Centre Hospitalier de HAGUENAU si je ne bénéficie pas d'une prise en charge par la Région Grand Est, par mon employeur ou par un autre organisme financeur.

DATE : _____

SIGNATURE :

DOSSIER APPRENANT SECTEUR SANITAIRE et SOCIAL

Les informations figurant dans le présent dossier sont destinées à la Région Grand Est et sont à renseigner par l'ensemble des apprenants admis en formation à la rentrée 2026/2027.

La Région participe au financement du fonctionnement des instituts de formations sanitaires en fonction des places agréées et financées.

Ne bénéficient de la gratuité du coût pédagogique de leur formation que les apprenants qui remplissent les conditions d'éligibilité fixées par la Région.

Ces conditions sont rappelées dans les fiches récapitulatives "Conditions générales et conditions spécifiques de prise en charge des formations" qui sont téléchargeables sur le site institutionnel de la Région Grand Est via le lien suivant :

<http://www.grandest.fr/actions/formations-sanitaires-sociales/>

Le dossier APPRENANT comporte 3 fiches à renseigner selon le code couleur suivant :

Renseignements à remplir par l'apprenant



Renseignements à remplir par l'institut



Renseignements à remplir par France Travail



Fiche 1 Fiche de renseignements - Situation de l'apprenant : à remplir par tout apprenant

Fiche 2 Attestation sur l'honneur : à remplir par tout apprenant

Fiche 3 Attestation de France Travail : à remplir par tout apprenant ayant le profil de demandeur d'emploi

Onglet 4 Documents demandés en cas de contrôle

Ces documents sont à remettre à l'institut de formation, dûment complétés et accompagnés de l'ensemble des justificatifs demandés, impérativement avant le démarrage de la formation.

Tout dossier mal renseigné ou incomplet sera rejeté par l'Institut ; et de ce fait, les frais de formation resteront à la charge de l'apprenant.

Toute fausse déclaration est passible de peines et d'amendes prévues par les articles 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal.

Les données personnelles recueillies sont exclusivement collectées pour un usage interne à la Région et sont destinées à la vérification du respect des critères d'éligibilité de la prise en charge du coût des formations.

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, tout utilisateur du présent document dispose d'un droit d'accès, de rectification et de radiation portant sur ses données personnelles sur simple demande à l'adresse suivante :

Conseil Régional Grand Est - Direction de l'OrientatIon, de la Formation pour l'Emploi

Service des Formations Sanitaires et Sociales

1 place Adrien Zeller - BP 91006 - 67070 STRASBOURG Cedex

Tél. 03 87 33 64 19 - mail : fss@grandest.fr

FICHE DE RENSEIGNEMENTS - SITUATION DE L'APPRENANT

IDENTITE DE L'APPRENANT

Civilité :

Nom de naissance : Nom d'usage (marital) :

Prénoms :

Adresse postale :

CP : Ville :

Etat civil : (cochez la case correspondant à votre situation)

☐ Célibataire ☐ Veuf(ve)

☐ Marié(e)/Pacsé(e) ☐ Divorcé(e)

☐ Vie maritale

Date de naissance :

Téléphone :

Personne reconnue travailleur handicapé (O/N) ?

Adresse électronique :

PARCOURS SCOLAIRES

Dernier diplôme obtenu (niveau le plus élevé) :

Année d'obtention	Intitulé du diplôme	Spécialité/discipline/série

Date de sortie de formation initiale (études) :

Année scolaire	Cursus de formation	Etablissement

ANTECEDENTS PROFESSIONNELS DE L'APPRENANT AVANT L'ENTREE EN FORMATION (si concerné)

ANTECEDENTS PROFESSIONNELS A COMPLETER OBLIGATOIREMENT SUR LES DEUX DERNIERES ANNEES AVANT L'ENTREE EN FORMATION
POUR TOUTES LES FORMATIONS

Date d'embauche (jj/mm/aaaa)	Employeur et lieu de travail	Emploi occupé	Type de contrat (CDD-CDI-Fonctionnaire-Intérimaire- Contrat en alternance-Contrat aidé- Contrat civique-Contrat volontariat...)	Temps de travail	Nature de la fin du contrat (fin de contrat-fin d'intérim-licenciement- rupture conventionnelle- démission-rupture d'un commun accord,...)	Date de fin ou de rupture de contrat (jj/mm/aaaa)

Toute fausse déclaration est passible de peines et d'amendes prévues par les articles 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal.

Je certifie exact les renseignements fournis.

Fait à :

Le :

Signature de l'apprenant ou du responsable légal

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) :

déclare avoir pris connaissance :

- du coût pédagogique de la formation :

Tarif applicable par année ou par session de formation :

8 200,00 €

Autres frais à charge de l'apprenant :

175,00 €

- des conditions de prise en charge fixées par la Région Grand Est (voir fiches synthétiques relatives aux conditions générales et aux conditions spécifiques de prise en charge des formations)

- et j'atteste :

remplir les conditions pour bénéficier d'une prise en charge régionale en tant que :

Jeune de -26 ans en poursuite d'études (certificat de scolarité 2024/2025 ou 2025/2026) à transmettre à l'institut à l'entrée en formation

Demandeur d'emploi non démissionnaire durant la période de référence qui démarre 6 mois avant la date de rentrée de l'année de sélection et jusqu'à la date de rentrée effective (y compris en cas de report) - (hors formation AS et AP)

Salarié(e) bénéficiant d'un financement à titre dérogatoire pour les formations d'AS, AP et d'AMBU

Salarié(e) en situation précaire dont le contrat de travail est inférieur ou égal à 18 heures par semaine ou 78 heures par mois dans les 9 mois avant l'entrée en formation

Salarié(e) en tant que Vendeur à Domicile Indépendant (VDI) ou auto-entrepreneur dont le salaire moyen dans les 6 mois avant l'entrée en formation n'excède pas 720 € par mois

financer la formation à titre personnel étant donné que je ne remplis pas les conditions d'éligibilité fixées par la Région

bénéficier de la prise en charge du coût pédagogique par le biais d'un dispositif de formation professionnelle continue (Transition Pro, CFP, OPCO, ANFH, France Travail, plan de formation employeur...)

mobilisation de mon CPF + le reste à charge à titre personnel

Coordonnées du financeur :

Je m'engage à :

- signaler au plus tôt tout changement de situation qui serait susceptible de remettre en cause ou d'impacter le financement de la Région Grand Est ;
- m'acquitter des frais à titre personnel en cas d'omission ou d'erreur dans la présente déclaration, de non production des pièces demandées par l'institut de formation ou par la Région ;
- remettre toute pièce demandée par la Région en cas de contrôle ;
- être assidu durant toute la formation et respecter le règlement intérieur de l'institut de formation.

Toute fausse déclaration est passible de peines et d'amendes prévues par les articles 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal.

Je certifie exact les renseignements fournis.

Fait à :

Le :

Signature de l'apprenant ou du responsable légal

FORMATIONS SANITAIRES et SOCIALES

Document à renseigner pour toutes les personnes inscrites comme demandeur d'emploi

IDENTITE DE L'APPRENANT

Nom de naissance et/ou nom d'usage :

Prénoms :

Date de naissance :

PROJET DE FORMATION

Etablissement de formation :

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

Formation suivie :

FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

Lieu de formation :

21 RUE DE LA REDOUTE - 67500 HAGUENAU

Année scolaire ou universitaire :

2026/2027

Année de réussite aux sélections :

2026

Date de la rentrée :

31/08/2026

Période de référence :

du :

28 février 2026

au :

31 août 2026

ANTECEDENTS PROFESSIONNELS (à compléter pour toutes les formations)

Situation au regard des derniers emplois occupés durant la période de référence qui **démarre 6 mois avant la date de rentrée de l'année de sélection et jusqu'à la date de rentrée effective (y compris en cas de report) - (cette période ne concerne pas les formations AS et AP) :**

soit :

du :

28 février 2026

au :

31 août 2026

Date d'embauche (jj/mm/aaaa)	Employeur	Lieu de travail	Emploi occupé	Type de contrat (CDD-CDI-Fonctionnaire- Intérimaire-Contrat en alternance-Contrat aidé- Contrat civique-Contrat volontariat...)	Temps de travail	Nature de la fin du contrat (fin de contrat-fin d'intérim- licenciement-rupture conventionnelle-démission- rupture d'un commun accord,...)	Date de fin ou de rupture de contrat (jj/mm/aaaa)

Le changement de situation lié à l'entrée en formation doit être signalé à France Travail dans le mois qui précède la rentrée.

Je soussigné(e) :

- atteste remplir les critères d'éligibilité fixés par la Région Grand Est - tels que rappelés dans les fiches récapitulatives "Conditions générales et conditions spécifiques de prise en charge des formations",
- déclare avoir cessé toute activité professionnelle salariée ou non salariée et ne plus être lié contractuellement à un employeur (sauf en cas d'activité réduite si la quotité de travail est inférieure ou égale à 18h/semaine ou 78h/mois dans les 9 mois avant l'entrée en formation),
- et ne pas être placé(e) soit en disponibilité de la fonction publique, soit en congé (congé de formation, congé sabbatique, congé parental...) .

J'autorise France Travail à transmettre les informations ci-après à la Région.

Toute fausse déclaration est passible de peines et d'amendes prévues par les articles 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal.

Fait à :

Le :

Signature de l'apprenant ou du responsable légal

PARTIE A RENSEIGNER PAR FRANCE TRAVAIL

Attestation à remplir dans le mois précédent l'entrée en formation

Nom de naissance et/ou nom d'usage :

Prénoms :

Période de référence : du :

(cette période ne concerne pas les formations AS et AP)

28 février 2026

au : 31 août 2026

- l'apprenant est inscrit en tant que demandeur d'emploi (à compléter obligatoirement pour toutes les formations):

N° d'identifiant France Travail :

depuis le :

est inscrit en catégorie :

depuis le :

dernier jour d'actualisation :

justifie d'une activité déclarée à cette date (O/N) :

- l'apprenant justifie du statut suivant, au cours de la période de référence :

☐ non démissionnaire

☐ démissionnaire pour motifs légitimes reconnus **exclusivement** par la Région Grand Est soit : rupture d'un contrat aidé, emploi avenir ou service civique... - pour cause de non paiement des salaires - pour suivre le conjoint suite à mutation ou mariage - pour suivre son enfant handicapé admis dans une structure d'accueil - pour cause de violences conjugales - pour cause d'actes délictueux dans le cadre du contrat de travail

☐ non renouvellement de CDD

☐ autre motif de rupture *

*Motif de fin ou de rupture de contrat - choisir parmi les options suivantes : Convention de Reclassement Personnalisé (CRP), démission, démission contrat 18 h/semaine au maximum, licenciement, rupture conventionnelle/amiable, fin de contrat, dispositif démission-reconversion

Date de la rupture :

☐ non défini, France Travail n'étant pas en mesure de vérifier la situation de l'apprenant et d'attester de son statut au regard des critères fixés par la Région Grand Est

- son projet de formation professionnelle a fait l'objet d'une validation auprès d'un conseiller : (France Travail, Mission locale, Cap Emploi ou Conseil Départemental).

Nom du signataire :

Prénom :

Qualité :

Agence :

Lieu :

Date :

Signature et cachet de France Travail

Nom du signataire :

Prénom :

Qualité :

Lieu :

Date :

Signature et cachet si suivi par
Mission Locale, CAP EMPLOI ou Conseil Départemental

**DOCUMENTS QUI VOUS SERONT DEMANDES
EN CAS DE CONTROLE**

POUR LES JEUNES EN POURSUITE D'ETUDES

- Certificat de scolarité 2024-2025 ou 2025-2026

POUR LES DEMANDEURS D'EMPLOI

- Dossier apprenant + attestation UNEDIC ou à défaut les contrats de travail pendant la période de référence
- Micro-entrepreneur : dossier apprenant + revenus déclarés à l'URSSAF des 6 derniers mois avant l'entrée en formation

POUR LES NON-FINANCES

- Attestation sur l'honneur du dossier apprenant pour le financement à titre personnel
- Attestation de mobilisation du Compte CPF (avec le montant)

POUR LES APPRENANTS HORS UNION EUROPEENNE

- Titre de séjour en vigueur à la date de la rentrée en formation

	FORMULAIRE D'AUTORISATION PARENTALE POUR L'INSCRIPTION DES ETUDIANTS MINEURS FORMATION EN SOINS INFIRMIERS ANNEE 2026 ANNEXE 6	Réf SEO : T03N07-01-04 Création : 01/05/2021 Version : 001 Date : 09/06/2026
---	---	--

Je soussigné (e) (NOM, Prénom, adresse) :

.....

.....

.....

Père, mère, tuteur légal de (NOM, Prénom de l'enfant) :

.....

.....

DECLARE

- ☐ **NE PAS AUTORISER** mon enfant à s'inscrire à l'IFSI du Centre Hospitalier de Haguenau
- ☐ **AUTORISER** mon enfant à s'inscrire à l'IFSI du Centre Hospitalier de Haguenau.
En l'autorisant, je permets à mon enfant de suivre les enseignements théoriques et pratiques dispensés à l'Institut et d'effectuer les stages obligatoires dans le cadre du cursus de formation.

Le à

Signature

DISPOSITIF DEROGATOIRE DE PRISE EN CHARGE DES FORMATIONS SANITAIRES ET SOCIALES

SALARIE EN FORMATION

Formations en un an (aide-soignant, auxiliaire de puériculture, ambulancier)

Vous devez justifier :

- **d'avoir entrepris des démarches** auprès de votre employeur et/ou de votre OPCO... afin d'obtenir un financement au titre de la formation professionnelle continue (ex : Transition Pro, Etudes Promotionnelles, Compte Personnel de Formation, Congé de Formation Professionnelle...)
- **d'un report** de formation de l'année de réussite aux épreuves de sélection pour motif de non prise en charge de la formation par l'employeur et/ou OPCO... (**refus officiel de prise en charge**)
- **d'un nouveau refus** de financement de l'employeur et/ou OPCO... pour la 2^{ème} rentrée souhaitée.

Pièces à produire à la Région Grand Est

Au minimum deux mois avant le début de la formation (année n) :

- demande écrite sollicitant le dispositif dérogatoire
- confirmation du report d'admission de l'institut
- décision de non prise en charge de la formation de l'employeur et/ou de l'OPCO... pour les 2 rentrées.



Formations pluriannuelles (infirmier, manipulateur en électroradiologie médicale, ergothérapeute (Mulhouse), psychomotricien (Mulhouse), masseur-kinésithérapeute par la voie de passerelle dans un IFMK public, assistante de service social, éducateur de jeunes enfants, éducateur spécialisé, éducateur technique spécialisé, moniteur éducateur, technicien de l'intervention sociale et familiale)

Vous devez justifier :

- **d'avoir entrepris des démarches** auprès de votre employeur et/ou de votre OPCO... afin d'obtenir un financement au titre de la formation professionnelle continue (ex : Transition Pro, Etudes Promotionnelles, Compte Personnel de Formation, Congé de Formation Professionnelle...) *
- **d'avoir financé votre 1^{ère} année de formation** sur fonds propres pour les salariés.

** si votre CPF ne couvre pas la totalité de votre 1^{ère} année de formation, vous devrez compléter sur vos fonds propres ou autres dispositifs*

Pièces à produire à la Région Grand Est

Au minimum deux mois avant la fin de la 1^{ère} année de formation :

- demande écrite sollicitant le dispositif dérogatoire
- décision de prise en charge du financeur ou mobilisation du CPF/DIF de la 1^{ère} année de formation (et des années suivantes le cas échéant)
- décision de non prise en charge du financeur pour la 2^{ème} et/ou 3^{ème} année de formation

Secteur Sanitaire et Social

DES MÉTIERS D'AVENIR !

Annexe 7

Conditions générales de prise en charge des **formations sanitaires et sociales** :

- Ambulancier, auxiliaire de puériculture, aide-soignant, ergothérapeute (Mulhouse), infirmier, manipulateur en électroradiologie médicale, psychomotricien (Mulhouse).
- Moniteur éducateur, technicien de l'intervention sociale et familiale, assistant de service social, éducateur de jeunes enfants, éducateur spécialisé, éducateur technique spécialisé, 3^e année en conseiller économie sociale et familiale.

RENTRÉE DE **SEPTEMBRE 2026**
ET **PREMIER TRIMESTRE 2027**



Vous êtes éligible à la prise en charge régionale !



Vous n'êtes pas éligible à la prise en charge régionale !

VOUS AVEZ MOINS DE 26 ANS ET ÊTES EN POURSUITE D'ÉTUDES

1

Vous devez fournir un **certificat de scolarité** (année 2024-2025 ou 2025-2026) pour une formation reconnue RNCP ou assimilé

Toute formation non reconnue RNCP ou assimilé



Le statut de jeune moins de 26 ans en poursuite d'études est prioritaire



VOUS ÊTES DEMANDEUR D'EMPLOI

2

Vous êtes non démissionnaire au cours de la période de référence* qui démarre 6 mois avant la date de rentrée de la sélection et jusqu'à la date de rentrée effective (y compris en cas de report)



Possibilité de mobiliser votre Compte Personnel de Formation (CPF) et de compléter sur fonds propres si vous souhaitez bénéficier de la mesure dérogatoire.

***PÉRIODE DE RÉFÉRENCE** : période durant laquelle votre statut est examiné pour déterminer si vous êtes éligible à la prise en charge régionale du coût de votre formation.
Cette période de référence ne s'applique pas aux formations D'AIDE-SOIGNANT ET D'AUXILIAIRE DE PUÉRICULTURE.

Vous avez démissionné pour **l'un des motifs suivants** :

Vous êtes démissionnaire au cours de la période de référence* qui démarre 6 mois avant la date de rentrée de la sélection et jusqu'à la date de rentrée effective (y compris en cas de report)

- **Rupture à l'initiative du salarié** d'un contrat aidé, d'un emploi d'avenir, d'un service civique, d'un contrat volontariat gendarmerie ;
- Pour cause de **non-paiement des salaires** ;
- Pour **suivre le conjoint** suite à une mutation ou mariage ;
- Pour suivre **son enfant handicapé** admis dans une structure d'accueil ;
- Pour cause de **violences conjugales** ;
- Pour cause **d'actes délictueux dans le cadre du contrat de travail**.

Le dispositif «DÉMISSION RECONVERSION» n'est pas reconnu, pendant la période de référence, comme démission permettant la prise en charge du coût de la formation par la Région.

Vous avez démissionné **avant la période de référence**.
Vous n'avez **pas renouvelé votre CDD**.





Vous êtes éligible à la prise en charge régionale !



Vous n'êtes pas éligible à la prise en charge régionale !

VOUS ÊTES SALARIÉ

3

- Vous avez un **contrat de travail dont la durée est inférieure ou égale à 18 heures par semaine ou 78 heures par mois** en moyenne durant les neuf mois précédant l'entrée en formation ;
- Vous avez un **contrat de travail à durée déterminée qui expire au plus tard dans les 7 jours** qui suivent le début de la formation ;
- Votre **congé parental a pris fin** avant le démarrage de la formation ;
- Votre **contrat travail est rompu** : licenciement, rupture conventionnelle de CDI... **la procédure doit impérativement avoir abouti avant la rentrée** ou au **plus tard dans les 7 jours** qui suivent le début de la formation ;
- Vous êtes **VDI ou micro-entrepreneur** et vos revenus déclarés en moyenne sur les 6 derniers mois avant l'entrée en formation s'élèvent mensuellement au maximum à 720 euros.



Obligation de mobiliser votre Compte Personnel de Formation (CPF) et de compléter sur fonds propres si vous souhaitez bénéficier de la mesure dérogatoire

- Vous avez gardé **un lien juridique avec un employeur**
- Vous êtes en **congé parental** ;
- Vous êtes en **congé sabbatique, en disponibilité, en congé de formation professionnelle, commerçant, profession libérale, ...**
- Vous êtes **VDI ou micro-entrepreneur** et vos revenus déclarés en moyenne sur les 6 derniers mois avant l'entrée en formation sont supérieurs mensuellement à 720 euros.



L'inscription à France Travail est obligatoire



PIÈCES À FOURNIR À L'INSTITUT DE FORMATION

- **Attestation dûment complétée par France Travail** datant au maximum du mois précédent la rentrée ;
- **Attestation Unedic ou à défaut les contrats de travail** pour l'ensemble des emplois pendant la période de référence ;
- S'il y a lieu, **toutes pièces justifiant d'un changement de profil** ou d'une situation particulière.

  Coopération hospitalière Nord Alsace Centre hospitalier universitaire de la Lorraine WISSENBURG Centre hospitalier de Hagenau	COMMENT CERTIFIER CONFORME UN DOCUMENT ? FORMATION EN SOINS INFIRMIERS ANNEE 2026 ANNEXE 8	Réf SEO : T03N07-01-04 Création : 02/05/2022 Version : 001 Date : 09/06/2026
--	--	--

POUR LES DIPLOMES : sur la photocopie de vos diplômes, sur le recto, écrivez en manuscrit :

« Je certifie ce document conforme à l'original »

Apposez votre signature

Mettez la date, jour, mois et année.



POUR LES CONTRATS DE TRAVAIL : sur la photocopie, mentionnez :

« Je certifie ce document conforme à l'original »

Apposez votre signature

Mettez la date, jour, mois et année.

POUR LES CARTES D'IDENTITE OU PIECES D'IDENTITE : copie des deux faces de la carte d'identité ou passeport ou titre de séjour valide sur une seule page (voir photo) :

« Je certifie ce document conforme à l'original »

Apposez votre signature

Mettez la date, jour, mois et année.

**Attention les photocopies et la photographie doivent
être lisibles**

