

DOSSIER D'INSCRIPTION

FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

RENTREE 2024

JOURNEE D'INFORMATIONS: VENDREDI 30 AOUT 2024 DE 9H A 16H30

RENTREE : LUNDI 2 SEPTEMBRE 2024 à 10H

**L'ENSEMBLE DES DOCUMENTS DEMANDES EST A RETOURNER PAR
COURRIER A
IFSI
17 rue Guillaume Briçonnet – 77100 MEAUX
POUR LE 19 AOUT 2024 DERNIER DELAI.**

**NOUS VOUS CONSEILLONS D'ENVOYER VOTRE DOSSIER LE PLUS
RAPIDEMENT POSSIBLE AFIN D'EN VERIFIER LA CONFORMITE.**

Le secrétariat sera fermé du 5 Août au 18 Août 2024

LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR

TOUTES LES PIECES DEMANDEES DEVRONT ETRE FOURNIES LORS DE VOTRE INSCRIPTION ADMINISTRATIVE
DANS LE CAS CONTRAIRE VOTRE INSCRIPTION SERA REJETEE

- 1 - La photocopie de la carte nationale d'identité recto/verso ou du titre de séjour ou du passeport en cours de validité
 - 2 - 2 photos d'identité (dont une à coller sur la fiche du dossier administratif, mettre votre nom au dos de l'autre photo)
 - 3 - 1 relevé d'identité bancaire à vos nom et prénom
 - 4 - La photocopie de votre titre d'accès au concours, baccalauréat ou du relevé de notes (si baccalauréat étranger joindre l'équivalence enic-naric et le niveau de langue B2), DAEU
 - 5 - La fiche de renseignements « dossier administratif » dûment remplie
 - 6 - Dossier de demande de dispense si vous êtes éligible
 - 7 - La fiche de renseignements de prise en charge de la formation
 - 8 - La photocopie de l'attestation de « Journée défense et citoyenneté »
 - 9 - La photocopie de l'attestation de droit à l'assurance maladie
 - 10 - L'attestation d'inscription à la contribution C.V.E.C (**voir information C.V.E.C**)
OU
L'attestation d'exonération à la contribution C.V.E.C (**voir information C.V.E.C**)
 - 11 - Les droits d'inscription d'un montant de **175 Euros**. (**JOINDRE OBLIGATOIREMENT LE JUSTIFICATIF DE VIREMENT**)
par virement bancaire sur le compte suivant : PRECISER DANS LE LIBELLE DE VOTRE VIREMENT BANCAIRE : NOM, PRENOM, OBJET DU VIREMENT : FRAIS D'INSCRIPTION
- Pour les étudiants dits « extra-communautaires » d'un montant de **2770 Euros par année** (arrêté du 19 avril 2019)

En cas d'annulation d'inscription, les droits de scolarité reste acquis à l'IFP

Le relevé ci-contre est destiné à être remis à vos créanciers ou débiteurs, français ou étrangers, appelés à faire inscrire des opérations à votre compte (virements, paiements des quittances, etc...)

Identifiant national de compte bancaire - RIB

| Code banque | Code guichet | N° compte | Clé |
|-------------|--------------|-------------|-----|
| 10071 | 77000 | 00002002670 | 13 |

| |
|---------------|
| Domiciliation |
| TPMELUN |

IBAN (International Bank Account Number)

| | | | | | | |
|------|------|------|------|------|------|-----|
| FR76 | 1007 | 1770 | 0000 | 0020 | 0267 | 013 |
|------|------|------|------|------|------|-----|

| |
|----------------------------|
| BIC (Bank Identifier Code) |
| TRPUFRP1 |

Titulaire du compte :
REGIE DE RECETTES IFSI
SITE M GHEF
CENTRE HOSPITALIER
6-8 RUE SAINT FIACRE
77100 MEAUX

12- Le certificat médical ci-joint **datant de moins de 3 mois** établi par un médecin agréé ARS (les listes des médecins agréés sont disponibles sur le site des ARS de votre département)

ATTENTION LE CERTIFICAT MEDICAL DU MEDECIN AGREE CONDITIONNE L'INSCRIPTION DEFINITIVE EN FORMATION

13 – Le certificat médical de vaccinations ci- joint

Il est impératif de mettre à jour dès à présent vos vaccinations notamment l'hépatite B qui s'inscrit dans un schéma vaccinal plus long.

14 – Une assurance « Responsabilité Civile » couvrant **les étudiants en soins infirmiers dans le cadre de stages hospitaliers et extra-hospitaliers pour l'année scolaire de septembre à août.**

circulaire « DGOS/RH1 no 2010-243 du 5 juillet 2010 relative aux modalités de mise en oeuvre de la réforme LMD au sein des instituts de formation en soins infirmiers »

Les étudiants doivent être garantis pour l'ensemble des risques suivants couvrant la responsabilité civile, tant lors du stage que des trajets occasionnés par celui-ci :

- accidents corporels causés aux tiers ;
- accidents matériels causés aux tiers ;
- dommages immatériels.

Ces termes doivent IMPERATIVEMENT figurer sur l'attestation d'assurance

15 – La fiche d'informations de stage signée

16 – Attestation des parents pour les étudiants mineurs

17- Formulaire de demande d'aménagement pour les étudiants en situation de handicap

INFORMATIONS DIVERSES

PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

L'institut de formation de Meaux n'est pas accessible aux personnes à mobilité réduite.

Les étudiants en situation de handicap ou ayant des troubles de santé peuvent solliciter une demande d'aménagements pour les examens et le suivi des études.

Le référent pour les personnes en situation de handicap est Madame Christine HAYOTTE

chayotte@ghef.fr – 01-64-35- 21-50

CVEC

Les étudiants en soins infirmiers doivent obligatoirement s'acquitter de la CVEC qui est en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2018. Montant pour l'année 2024-2025 **103 euros**.

Ne sont pas concernés les étudiants en formation continue (formation prise en charge par un employeur ou organisme)

Tous les étudiants concernés doivent :

- s'inscrire en ligne sur le site du CROUS (Centre Régional des Œuvres Universitaires et Sociales) : <https://cvec.etudiant.gouv.fr>
- Télécharger et imprimer l'attestation pour la fournir dans le dossier d'inscription

Les étudiants boursiers auront la possibilité de demander le remboursement auprès du CROUS avant le 31 mai de l'année en cours

BOURSE

Les demandes de bourse pour l'année 2024-2025 se font par inscription sur : <https://ma-bourse-sanitaire-ou-sociale.iledefrance.fr>

Le matricule de l'IFSI de Meaux pour les demandes de bourse est le : **b3249v**

UPEC

L'inscription à l'UPEC est obligatoire. La procédure d'inscription vous sera transmise ultérieurement

DOSSIER PAIE DRH

A la rentrée un dossier sera à constituer pour la DRH pour le versement des indemnités de stage et des frais de déplacement liés aux stages.

Indemnités de stage :

1^{ère} année : 36 euros par semaine de stage effectuée

2^{ème} année : 46 euros par semaine de stage effectuée

3^{ème} année : 60 euros par semaine de stage effectuée

Indemnités de transport selon certaines modalités qui vous seront expliquées à la rentrée.

A PREVOIR

- IMPERATIF PC Portable / connexion internet pour les cours-learning, évaluations dématérialisées, visio...)
- Accès à une imprimante
- Chaussures fermées, silencieuses, confortables, facilement nettoyables
- Une montre avec trotteuse
- Pour les tenues de stage, des informations vous seront données le jour de la rentrée

INFORMATIONS SUR LES DONNEES ADMINISTRATIVES VOUS CONCERNANT

L'IFSI DU GHEF-Site de Meaux traite vos données personnelles pour l'accomplissement de ses missions : Gestion des dossiers de candidatures à la formation, gestion des dossiers administratifs et pédagogiques, suivi des cursus de stages, de la sélection jusqu'à la fin de la formation. Les bases légales de ces traitements sont l'exécution d'une mission d'intérêt public ou le respect d'obligations légales. Les données sont conservées pendant le temps de votre cursus et sont archivées conformément aux dispositions réglementaires.

Vos données sont transmises aux personnels administratifs et formateurs ainsi qu'aux organismes extérieurs participant à la prise en charge des formations et autorités de tutelle. A titre d'exemple, l'IFSI du GHEF- Site de Meaux peut partager des informations relatives à votre dossier avec la Région ILE DE France, si ces informations sont nécessaires à la coordination et au suivi de votre parcours de formation. Certaines données personnelles doivent obligatoirement être fournies pour permettre votre inscription et la gestion de votre dossier. Le refus de fournir ces données pourrait entraîner l'impossibilité de vous inscrire ou de vous fournir certains services.

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) n° 2016/679 du 27 avril 2016, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, d'effacement de vos données et de limitation des traitements effectués. Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant au secrétariat de l'institut : ifsighef.meaux@ghef.fr

Aucun transfert de vos données personnelles en dehors de l'Union Européenne n'est effectué. Si vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à l'autorité de contrôle compétente (en France, la CNIL) : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL)

DOSSIER ADMINISTRATIF
FORMATION INFIRMIERE
PROMOTION 2024-2027

RENTREE DU 2 SEPTEMBRE 2024

Cadre réservé à l'administration

Types de sélection d'entrée :

Parcoursup FPC (Formation Professionnelle Continue)

Prise en charge de la formation :

Conseil Régional IDF Promotion Professionnelle

Transition Pro Individuel

PHOTO

ETAT CIVIL

NOM DE NAISSANCE :Prénoms :

NOM D'USAGE : épouse :

Sexe : féminin masculin Nationalité :

Date de naissance :/...../..... Age : Lieu de Naissance :

Département de naissance : Pays :

Adresse Mail :@.....

Adresse actuelle :

Code Postal : Ville :

Téléphone portable : Téléphone domicile :

Adresse pendant la formation :

Code Postal : Ville :

Téléphone portable : Téléphone domicile :

SITUATION FAMILIALE

Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

Nombre d'enfants :âge :/...../.....

Profession du conjoint :

SITUATION SOCIALE

Numéro de Sécurité Sociale : _/_/_/_/_/_/_/_/_/_

SITUATION SCOLAIRE ET PROFESSIONNELLE

Niveau d'études : (si terminale, indiquez la série) :

Baccalauréat Série : Année d'obtention :

Autre Diplôme(s) obtenu(s) : Année d'obtention :

CODE INE (ou INA) inscrit sur votre relevé de notes du BAC

(Numéro à 10 chiffres et une lettre)...

ACTIVITES PROFESSIONNELLES ANTERIEURES

DATE

PROFESSION

STRUCTURE

| DATE | PROFESSION | STRUCTURE |
|-------|------------|-----------|
| | | |
| | | |
| | | |

Avez-vous déjà bénéficié d'un aménagement dans le cadre d'une formation et/ou passation des examens ou toute autre épreuve d'évaluation oui non

Souhaitez-vous un aménagement de scolarité en lien avec un handicap ? oui non

MOYEN DE TRANSPORT

Titulaire du Permis B OUI NON

Moyen de transport utilisé pendant la formation :

Véhicule Personnel Transport en commun

Quelle est la durée de transport entre votre domicile et l'IFSI :

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Personne à contacter pour les étudiants mineurs :

NOM : Prénom :

Lien de parenté :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone portable : Téléphone domicile :

Personne à contacter en cas d'urgence :

NOM : Prénom :

Lien de parenté :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone portable : Téléphone domicile :

DEMANDE DE DISPENSE D'UNITES D'ENSEIGNEMENT Année universitaire 2024 – 2025

Dossier sous format papier à déposer impérativement pour le lundi 2 septembre 2024 dernier délai auprès
de Mme Da Fonseca, secrétariat référent de la formation infirmière

Les dossiers par mail ne seront pas acceptés

Nom de l'étudiant :

Prénom :

Téléphone :

Mail :

**En application des articles 7 et 8 de l'arrêté du 31 juillet 2009 modifié notamment par les
arrêtés des 29 décembre 2022 et 3 juillet 2023 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier :**

« Les personnes admises en formation peuvent faire l'objet de dispenses d'unités d'enseignements ou de semestres par le directeur d'établissement, après décision de la section compétente pour le traitement pédagogique des situations individuelles des étudiants, au regard de leur formation antérieure validée, des certifications, titres et diplômes obtenus et de leur parcours professionnel. »

Pièces à joindre à votre demande

- Le formulaire rempli, daté et signé
- La copie d'une pièce d'identité
- Le(s) copies des diplôme(s) originaux détenu(s)
- Le cas échéant, une attestation de validation d'ECTS de moins de 3 ans
- Le cas échéant, le(s) certificat(s) du ou des employeurs attestant de l'exercice professionnel de l'intéressé
- Un curriculum vitae
- Une lettre de motivation
- Une attestation de niveau de langue B2 française pour les candidats étrangers
- Le contenu détaillé des enseignements suivis antérieurement traduit en français

Sans réception de ces documents dans les délais impartis, ou dossier incomplet, votre demande ne sera pas étudiée

Demande de dispense des unités d'enseignements suivants :

▪

| UE | Intitulé | Semestre |
|----|----------|----------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Date : / / 2024

Signature

PRISE EN CHARGE DU COUT DE LA FORMATION INFIRMIERE
8000 euros pour l'année 2024-2025

Nom et Prénom : Date naissance.....

Adresse :

Cocher la case qui correspond à votre situation

Dans tous les cas joindre justificatif

- Demandeur d'emploi **inscrit à France TRAVAIL à l'entrée en formation, dont le coût de la formation n'est pas pris en charge par France TRAVAIL** (joindre attestation)

Indiquer la région : N° allocataire :

Date inscription France Travail :

Bénéficiaire ARE, ou autre allocation France Travail: oui non

Inscrit à France Travail et salarié du secteur privé en CDI ou CDD de plus de 78 heures par mois :
(Joindre votre contrat de travail) oui non

- Bénéficiaire du **RSA** (joindre justificatif)
- Elève ou étudiant **âgé de moins de 26 ans** en poursuite d'études sans interruption (joindre certificat de scolarité)
- Elève ou Etudiant **âgé de moins de 26 ans** avec interruption de scolarité de moins de 2 ans avant le démarrage de la formation (joindre certificat de scolarité)
- Elève ou étudiant dont le **service civique** s'est achevé dans un délai d'un an avant l'entrée en formation (joindre justificatif)
- Bénéficiaire d'un **PEC – Parcours Emploi Compétences** (joindre justificatif)
- Les apprenants relevant du **SPRF – Service Public Régional de Formation** (joindre justificatif)
- Salarié** (vous avez un employeur) Secteur Privé Secteur Public
Vous êtes en : CDI CDD Date fin CDD :
Coordonnées employeur et Téléphone :

Prise en charge de la formation par votre employeur oui non (joindre le justificatif)
Précisez si vous bénéficiez d'une **prise en charge** : Transition Pro, CPF, Formap, Uniformation, ANFH, AIF par pôle emploi, etc.....

- Paiement personnel**
- Autres** (à préciser) (joindre justificatif)

DATE : Signature :



IMPORTANT

Critères de prise en charge de la formation par la Région Ile-de-France

Le coût de la formation pour l'année 2024-2025 est de 8.000 €

Le statut est considéré à l'entrée en formation et vaut pour toute la durée de la formation.

Sont éligibles au financement :

- ➔ Les jeunes de moins de 26 ans en poursuite d'études sans interruption (y compris ceux ayant un contrat de travail étudiant);
- ➔ Les jeunes de moins de 26 ans avec interruption de scolarité de moins de 2 ans avant l'entrée en formation ;
- ➔ Les jeunes dont le service civique s'est achevé dans un délai d'un an avant l'entrée en formation ;
- ➔ Les demandeurs d'emploi inscrits à France Travail à l'entrée en formation, dont le coût de formation n'est pas pris en charge par France Travail.
- ➔ Les bénéficiaires d'un PEC (Parcours Emploi Compétences) ;
- ➔ Les bénéficiaires du RSA (Revenu de Solidarité Active) ;
- ➔ Les apprenants relevant du SPRF (Service Public Régional de Formation) ;

Les élèves titulaires des Baccalauréats professionnels ASSP / SAPAT et les élèves titulaires d'un CAP « Accompagnant Educatif de la Petite Enfance » sont éligibles à la subvention régionale s'ils répondent aux critères d'éligibilité.

Ne peuvent prétendre à ce financement :

- Les agents publics (y compris en disponibilité) ;
- Les salariés du secteur privé en CDD ou CDI de plus de 78 heures par mois ;
- Toute personne ayant bénéficié d'une prise en charge partielle par Transition Pro ;
- Les abandons de formation intervenus dans le mois suivant l'entrée en formation ;
- Les apprentis ;
- Les personnes en validation des acquis de l'expérience (VAE) ;
- Les cursus partiels hormis les titulaires d'un BAC ASSP, SAPAT ou CAEPE s'ils répondent aux critères d'éligibilité ;
- Les médecins et les sages-femmes diplômés à l'étranger.

Pour une prise en charge totale ou partielle du coût de la formation autre que la Région :

- Personne ayant un employeur : financement par l'employeur, Transition Pro, Unifformation, ANFH, CPF etc...

CERTIFICAT MEDICAL – 1^{ère} année IDE / AS - AP (datant de moins de 3 mois)

ETABLI PAR UN MEDECIN AGREE PAR L'AGENCE REGIONALE DE SANTE

Je soussigné(e),

Docteur en Médecine, agréé, certifie que :

NOM DE NAISSANCE :

NOM D'USAGE :

PRENOM :

Né(e) le

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

- Infirmier(e)
- Aide-Soignant(e)
- Auxiliaire de Puériculture

Fait à..... le

Signature et cachet du médecin

CERTIFICAT MEDICAL DE VACCINATIONS

A compléter par le médecin traitant

Pour l'entrée en formation :

- D'AIDE-SOIGNANTE
- D'AUXILIAIRE DE PUERICULTURE
- INFIRMIERE

NOM DE NAISSANCE :

NOM D'USAGE :

PRENOMS :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE

ADRESSE :

.....

TELEPHONE :

SELON LE CALENDRIER DES VACCINATIONS ET RECOMMANDATIONS VACCINALES 2024

4.4 Tableau 2024 des vaccinations pour les populations spécifiques

4.4.1 Tableau 2024 des vaccinations en milieu professionnel*

| SANTÉ | D T P | Coque-luche | Grippe | Covid-19 | Hépatite A | Hépa-tite B | Leptospi-rose | Rage | ROR | Varicelle | FJ | IIM |
|--|-------|-------------|--------|----------|------------|------------------|---------------|------|--|----------------------------|----|-----|
| Étudiants des professions médicales, paramédicales ou pharmaceutiques assistant dentaire | Obl | Rec | Rec | Rec | | Obl | | | | | | |
| Professionnels des établissements ou organismes de prévention et /ou de soins (liste selon arrêté du 15 mars 1991) dont les services communaux d'hygiène et de santé et les entreprises de transports sanitaires | Obl | Rec | Rec | Rec | | Obl (si exposés) | | | Rec y compris si nés avant 1980, sans ATCD | Rec sans ATCD, séronégatif | | |
| Professionnels libéraux n'exerçant pas en établissements ou organismes de prévention et/ou de soins | Rec | Rec | Rec | Rec | | Rec (si exposés) | | | | | | |

1. ATTESTATION DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES

Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 du code de la santé publique (document joint)

Je soussigné(e) Docteur :

Adresse :

Téléphone :

Certifie que M..... Né(e) le :

a été vacciné(e) :

• Contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et la coqueluche :

| Dernier rappel DTP effectué | | | |
|-----------------------------|------|------|--------|
| Nom du vaccin | Dose | Date | N° lot |
| | | | |

| Dernière injection / Rappel DTP et coqueluche | | | |
|---|------|------|--------|
| Nom du vaccin | Dose | Date | N° lot |
| | | | |

• Contre l'hépatite B, selon les conditions définies au verso, il / elle est considéré(e) comme (cocher les mentions utiles) :

- immunisé(e) contre l'hépatite B : oui non
- non répondeur(se) à la vaccination : oui non

2. • FORTEMENT RECOMMANDE

| ROUGEOLE OREILLON RUBEOLE | | |
|---------------------------|------|-------|
| Nom du vaccin | Date | N°lot |
| | | |
| | | |

3. ATTESTATION DE VACCINATIONS RECOMMANDEES

• Par le BCG : 2 cas de figure (cf. décret du 27 février 2019 ci-joint)

1- Vaccination antérieure

| Vaccin intradermique ou Monovax® | Date (dernier vaccin) | N°lot |
|----------------------------------|-----------------------|-------|
| | | |

2- Si non vacciné(e) BCG ou si absence de preuve : laissé à l'appréciation du médecin

| | | |
|---|------|------------------|
| IDR à la tuberculine 5 U (si pas de vaccination BCG ou risque d'exposition) | Date | Résultat (en mm) |
| | | |
| Vaccination BCG (si non antérieurement réalisé ou si risque) | Date | Résultat (en mm) |
| | | |

A CONTRACTE LA VARICELLE

OUI NON

| VARICELLE | | |
|---------------|------|-------|
| Nom du vaccin | Date | N°lot |
| | | |

| GRIPPE SAISONNIERE | | |
|--------------------|------|-------|
| Nom du vaccin | Date | N°lot |
| | | |

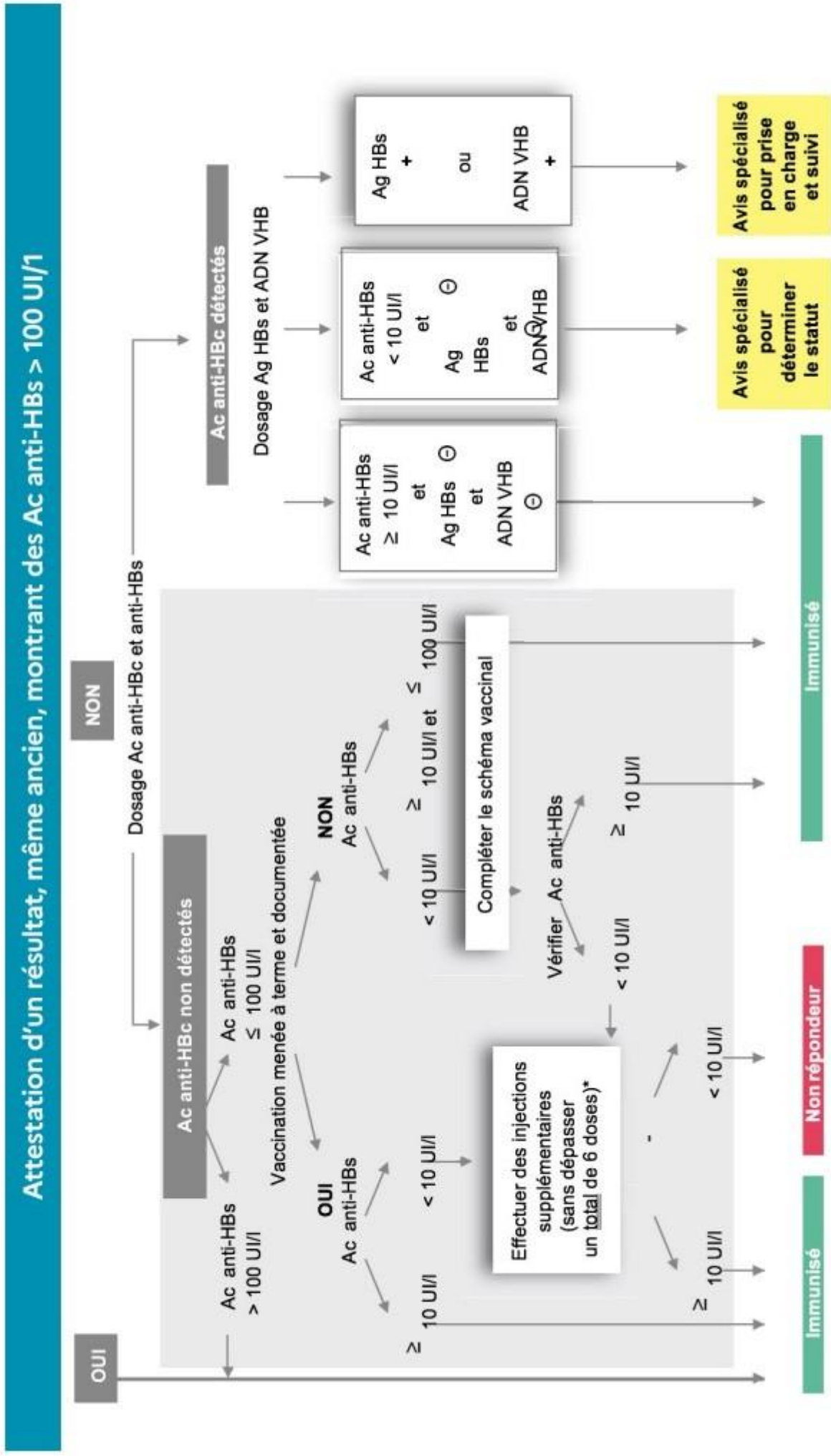
Fait à.....

Cachet et signature du médecin

Le.....

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

Instruction no DGS/R11/R12/2014/21 du 21 janvier 2014 relative aux modalités d'application de l'arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L. 3111-4 du code de la santé publique <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027830751&categorieLien=id>



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

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

FICHE D'INFORMATION POUR LES STAGES IDE 2024-2027

Nom :

Prénom :

Vous avez choisi d'intégrer l'Institut de Formations Paramédicales du GHEF (IFSI de Coulommiers, IFSI de Magny-Le-Hongre ou IFSI de Meaux).

La formation, d'une durée de 3 ans, repose sur l'alternance entre la théorie et la pratique. Lors de la première année, vous aurez 3 stages d'une durée de 5 semaines :

- Stage 1 : du 7 octobre au 10 novembre 2024
- Stage S2A : du 10 février au 16 mars 2025
- Stage S2B : du 19 mai au 22 juin 2025

Les différents types de stages

Le référentiel de formation prévoit 4 types de stage représentatifs des situations rencontrées sur les différents lieux d'exercice de l'infirmière. Vous devez effectuer au moins un stage dans chaque famille de soins durant votre parcours.

- **Soins de courte durée** (médecine, chirurgie, urgences, réanimation, obstétrique...)
- **Soins en santé mentale et psychiatrie** (Unités fermées, ouvertes, Centre Médico Psychologique...)
- **Soins de longue durée et soins de suite et réadaptation** (gériatrie, Soins de Suite et de Réadaptation, Unités de Soins de Longue Durée...)
- **Soins individuels ou collectifs sur des lieux de vie** (Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes, domicile, crèches, santé au travail, collèges, lycée, libéral...)

Les stages sont organisés et planifiés par l'IFSI. Chaque étudiant a la possibilité d'effectuer des démarches individuelles pour rechercher un ou plusieurs stages qui devront être ensuite validés par le référent pédagogique et la coordinatrice des stages.

Pour vous accompagner, vous trouverez en pièces jointes :

- Une liste non exhaustive qui répertorie des structures qui accueillent des étudiants en soins infirmiers.
- Une demande d'accord de stage (la page 1 est à renseigner par vous, la page 2 par l'établissement qui a accordé le stage)

Cette demande complétée est à envoyer par mail à : ifsighef.stage@ghef.fr

Attention les Hôpitaux du GHEF (Coulommiers, Jossigny, Jouarre et Meaux) nous accordent des places à l'année. Vous ne devez pas faire de demande auprès des services.

A savoir : Les horaires durant les stages correspondent aux horaires de service (matin, soir, nuit, coupure, week-end...). Vous devez vous adapter au planning qui vous sera transmis par le cadre de service.

Les stages proposés par l'IFSI tout au long de votre parcours peuvent s'effectuer dans divers établissements sanitaires et sociaux en Seine et Marne, mais aussi dans un département limitrophe ou sur Paris.

Je soussigné(e), atteste avoir pris connaissance des informations relatives aux stages et m'engage à être autonome lors de ma formation, tant pour venir en cours que pour me rendre sur les lieux de stage attribués.

Fait à :

Le :

Signature :

DEMANDE DE STAGE

Le dossier est déposé auprès de la coordinatrice des stages.
Tout dossier incomplet ou hors délai selon la date fixée sera refusé.
Cette place est en supplément de celles déjà accordées à l'IFSI

Coordinatrice des stages :

STAFA Sylvie
sstafa@ghef.fr

06 42 87 29 00

Secrétariat :

lfsighef.stage@ghef.fr

Date de la demande :

NOM :

Prénom :

IFSI :

- ESI 1èreA ESI 2èmeA ESI 3èmeA
 Elève AS Elève AP

Dates du stage :

Adresse (durant le stage):

Téléphone :

Mail :

Nom du référent pédagogique :

Signature pour accord du référent pédagogique

Signature de l'étudiant ou de l'élève :

Fiche de renseignements

Nom de la structure :

Nom du Directeur de l'établissement :

Adresse et coordonnées téléphoniques :

Adresser la convention à :

Nom :

Prénom :

Fonction :

Adresse mail :

Adresse du lieu de stage :

Service :

Nom du cadre de santé ou maître de stage :

Téléphone et mail du cadre de santé ou maître de stage :

Tampon

Signature

Terrains de stage uniquement sur demande individuelle

| STRUCTURE | Disciplines de stage | LIEU | TELEPHONE POUR CONTACTER LES SERVICES | COORDO STAGES | MAIL |
|------------------------------------|-----------------------------|-----------------------|--|--|--|
| CLINIQUE DU PAYS DE SEINE - INICEA | SM-PSY | BOIS LE ROI | 01 64 81 15 15 | | |
| CH BRIE COMTE ROBERT | SICLV / SSR | BRIE COMTE ROBERT | 01 60 62 62 62 | Mme Cécile DROUIN (Cadre sup) | |
| HOPITAL PRIVE MARNE CHANTEREINE | | BROU SUR CHANTEREINE | 01 64 72 74 00 | | |
| RESIDENCE LA PETITE MAISON | EHPAD | CHEVRY COSSIGNY | 01 64 05 28 23 | | |
| CENTRE DE LA GABRIELLE | IME | CLAYE-SOUILLY | 01 60 27 68 68 | Mme FAVROT Emilie | infirmerie.lagabrielle@mfpass.fr |
| FOYER DE VIE LES TILLEULS | HANDICAP | CONDE SAINTE LIBIAIRE | 01 64 63 55 30 | | |
| MELOD'HIER | EHPAD | COUBERT | 01 64 06 71 33 | | direction@melodhier.com |
| CENTRE DE REEDUCTION | | COUBERT | 01 64 42 21 09 | Mr VASSAL Grégory | gregory.vassal@ugecam.assurance-maladie.fr |
| ABBAYE NOTRE DAME | EHPAD | FAREMOUTIERS | 01 64 20 05 49 | Mme MAHIEU Coralie | coralie.mahieu@abbayedefaremoutiers.fr |
| HOPITAL FORCILLES | SSR / SMR | FEROLLES ATTILLY | 01 60 64 60 60 | | |
| KORIAN ST GENEVIEVE | EHPAD | HERICY | 01 60 74 51 08 | | korian.SainteGenevieve@korian.fr |
| FRELICOT NATHALY | IDEL | LIZY SUR OURCQ | 06 48 69 47 73 | | |
| CLINIQUE SAINT FARON | Soins de courte durée / SCD | MAREUIL LES MEAUX | 08 26 20 77 27 | Mme BONNET Corinne | c.bonnet@groupesaintgatien.com |
| SDIS 77 | CENTRE DE SECOURS | MELUN | 01 60 56 83 90 | | |
| CLINIQUE LES FONTAINES | SCD | MELUN | 01 60 56 40 00 | Mme GONZALEZ Estelle | e.gonzalez@groupesaintgatien.com |
| CH DE MELUN | USLD | MELUN | 01 64 71 61 33 | | adm.clement@ch-melun.fr |
| LE PARC FLEURI | EHPAD | MORMANT | 01 64 06 92 93 | Mme SEQUEIRA Neuza | idec39@france-horizon.fr |
| SSR LNA ORGEMENT | SSR / SMR | ORGEMONT -MEAUX | 01 74 81 04 00 | DIRECTION DES SOINS - Mme VANDENBOSSCHE | dsi.pso@lna-sante.com |

| | | | | | |
|--|--------------------------------|------------------------|----------------|----------------------------|--|
| RESIDENCE LE PARC | SSR | PONTAULT COMBAULT | 01 64 40 75 75 | Mme AMAYENE Michèle | michele.amayene@probt.com |
| LA TABLE RONDE | EHPAD | PROVINS | 01 60 67 67 64 | | latableronde@groupe-acppa.fr |
| CH LEON BINET | | PROVINS | 01 64 60 40 00 | | ifsi@ch-provins.fr |
| ACEP LE PATIO | EHPAD | ROISSY EN BRIE | 01 60 34 88 01 | | |
| INSTITUT READAPTATION DE SERRIS | SSR / SMR | SERRIS | 01 60 42 76 00 | Mme FERREIRA Marine - IDEC | idec.ims@lna-sante.com |
| CLINIQUE DE TOURNAN | Soins de courte durée / SCD | TOURNAN EN BRIE | 08 25 16 42 42 | Mme BONNET Corinne | c.bonnet@groupe-saintgatiens.com |
| EPGT - ETABLISSEMENT PUBLIC GERONTOLOGIQUE | SSR / SMR | TOURNAN EN BRIE | 01 64 42 18 01 | | accueil@epgtournan.fr |
| HLRS - HOPITAL VILLIERS SAINT DENIS | SSR / SMR | VILLIERS SAINT DENIS | 03 23 70 74 66 | Mme GAILLOT Renée | renee.gaillet@hlrs-villiers.net |
| RESIDENCE L'AUBETINE | EHPAD | VILLIERS ST GEORGES | 01 64 60 50 64 | | secvilliers@asso-lesbruyeres.org |
| SMR Réadaptation cardiaque | SSR / SMR | VILLENEUVE SAINT DENIS | 01 60 43 59 59 | Mme ZAMBERA | surveillante@centrecardio-crcb.fr |
| CHÂTEAU DU POITOU | EHPAD | VILLEVAUDE | 01 60 27 67 00 | | direction-chateau-du-poitou@groupe-sos.org |
| HÔPITAL privé de l'EST Parisien | Soins de courte durée / SCD | AULANY SOUS BOIS | 01 48 19 33 33 | | |
| CHI ROBERT BALLANGER | Soins de courte durée / SM-PSY | AULANY SOUS BOIS | 01 49 36 71 23 | Mme ALTUNAY Sibel | rb.coordinatrice.stages@ght-gpne.fr |
| USLD LES FORALIES | USLD | BAGNOLET | 01 49 20 50 50 | | accueil.lesfloralies@probt.com |
| RESIDENCE ACCUEIL AU RIVES DE L'OURCQ | SM-PSY | BOBIGNY | 09 63 67 96 30 | | |
| CLINIQUE AMBROISE PARE | SSR / SMR | BONDY | 01 41 55 52 52 | | medical.ambroisepare@groupecolisee.com |
| CLINIQUE DES PLATANES | SSR / ADDICTO | EPINAY SUR SEINE | 01 49 21 89 00 | | |
| HÔPITAL PRIVE DE LA SEINE SAINT DENIS | Soins de courte durée / SCD | LE BLANC MESNIL | 01 86 86 34 44 | LAMBOULE Mathieu | |
| CLINIQUE DU BOURGET | SSR / SMR | LE BOURGET | 01 86 86 97 00 | | |
| CLINIQUE DU PRE ST GERVAIS - CLINEA | SCD / SSR | LE PRE ST GERVAIS | 01 57 42 10 05 | Mme LOMGA | surgen.presaintgervais@orpea.net |
| CLINIQUE DE GARGAN - INICEA | SSR / SMR | LIVRY-GARGAN | 01 82 37 17 17 | | |
| USLD LES ORMES | USLD | MONTFERMEIL | 01 45 09 70 00 | | jlfeutrie@ch-montfermeil.fr |
| GHI LE RAINCY | Soins de courte durée / SCD | MONTFERMEIL | 01 41 70 80 00 | | rm.secretariat.stage@ght-gpne.fr |

| | | | | | |
|---|-----------------------------|---------------------|-------------------------------|---------------------|--|
| CHI ANDRE GREGOIRE | Soins de courte durée / SCD | MONTREUIL | 01 49 20 30 40 | Mme BARTH Nadine | ag.coordinatrice.stages@ght-gpne.fr |
| USLD LA ROSERAIE MAISON BLANCHE | USLD | NEUILLY SUR SEINE | 01 49 44 33 25 | | laroseraie@ch-maison-blanche.fr |
| GROUPE HOSPITALIER PRIVE AMBROISE PARE - HARTMANN | SCD - 48 ter Bd Victor Hugo | NEUILLY SUR SEINE | 01 46 39 89 89 | | |
| | SCD - 25-27 Bd Victor Hugo | NEUILLY SUR SEINE | 01 46 41 88 88 | | |
| | SCD - 5 rue Pierre Cherest | NEUILLY SUR SEINE | 01 46 41 86 86 | | |
| EPS DE VILLE-EVRARD | SM-PSY | NEUILLY SUR SEINE | 01 43 09 30 30 | SOUFFRON Damien | d.souffron@epsve.fr |
| AMERICAN HOSPITAL OF PARIS | SCD | NEUILLY SUR SEINE | 01 46 41 25 25 | | |
| INSTITUT DE READAPTATION DE ROMAINVILLE - LNA SANTE | SSR / SMR | ROMAINVILLE | 01 41 83 58 20 | | |
| MAS PRESSENSE | SM-PSY | SAINT DENIS | 01 41 57 33 50 ou se déplacer | | |
| USLD CASANOVA DU CH DE ST DENIS | USLD | SAINT DENIS | 01 42 35 60 76 | | elisabeth.frey@ch-stdenis.fr |
| HOPITAL RENE-MURET | SM-PSY / SSR | SEVRAN | 01 41 52 59 99 | | |
| HÔPITAL PRIVE DU VERT GALANT | Soins de courte durée / SCD | TREMBLAY EN FRANCE | 01 86 86 93 00 | | |
| EHSMR VIVRE ET DEVENIR SAINTE MARIE | SSR / SMR | VILLEPINTE | 01 49 36 68 00 | Mme CHAMBORD | d.chambord@vivre-devenir.fr |
| RESIDENCE ACCUEIL LUPPE | SM-PSY | VILLEPINTE | 01 43 83 46 50 | | |
| RESIDENCE BONHEUR | EHPAD | ALFORTVILLE | 01 45 18 88 48 | | mboukharsa@le-grand-age.fr |
| MAPA JOSEPH FRANCESCHI | EHPAD | ALFORTVILLE | 01 45 18 87 00 | | secretariat-direction@le-grand-age.fr |
| ERIK SATIE | EHPAD | BONNEUIL SUR MARNE | 01 57 44 33 00 | | secretariat-erik-satie@groupe-sos.org |
| RESIDENCE DES BORDS DE MARNE | EHPAD | BONNEUIL SUR MARNE | 01 45 13 91 20 | | abcd94@orange.fr |
| HÔPITAL SAINT CAMILLE | Soins de courte durée / SCD | BRY SUR MARNE | 01 49 83 10 10 | Mme KLAMBER | s.klamber@ch-bry.org |
| HÔPITAL PRIVE MARNE LA VALLEE | Soins de courte durée / SCD | BRY SUR MARNE | 01 43 14 80 00 | Mme BLOQUET | j.bloquet@ramsaygds.fr |
| FONDATION FAVIER - VAL DE MARNE | SICLV | BRY SUR MARNE | 01 49 83 47 00 | | |
| CLINIQUE CHAMPIGNY | Soins de courte durée / SCD | CHAMPIGNY SUR MARNE | 01 86 86 10 01 | Mme MARIE Christèle | christele.marie@ramsaysante.fr |

| | | | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|---|
| RESIDENCE ARC BOISE | EHPAD | CHAMPIGNY SUR MARNE | 01 41 77 69 00 | | res-arcboise@colisee.fr |
| HOPITAL PRIVE PAUL D'EGINE | Soins de courte durée / SCD | CHAMPIGNY SUR MARNE | 01 86 86 66 00 | Mme LEPAN Emilie | emilie.lepan@ramsaysante.fr |
| CHU MONDOR | Soins de courte durée / SCD | CRETEIL | 01 49 81 29 96 | Mr MAZOYER HASSAN Claude | claudemazoyer@aphp.fr |
| USLD DE M'HOPITAL ALBERT CHENEVIER | USLD | CRETEIL | 01 49 81 31 31 | | direction.mondor@hmn.aphp.fr |
| CH-MANHES | SM-PSY / SSR | FLEURY MEROGIS | 01 69 25 64 00 | | |
| HECTOR MALOT | EHPAD | FONTENAY SOUS BOIS | 01 41 95 41 00 | | |
| FONDATION VALLEE | PEDO PSY | GENTILLY | 01 41 24 81 00 | Mme KHENISSI Mouna | mouna.khenissi@ch-fondationvallee.fr |
| LE SACRE CŒUR | EHPAD | GENTILLY | 01 49 08 38 38 | | contact.sacrecoeur@monsieurvincent.org |
| HOPITAL CHARLES FOIX | SSR / SMR / PSY | IVRY SUR SEINE | 01 49 59 40 00 | | secretariat.cfxifi@dfc.aphp.fr |
| L'ORANGERIE | EHPAD | IVRY SUR SEINE | 01 32 09 95 63 | | accueil-orangerie@refugecheminots.asso.fr |
| CLINIQUE LES TOURNELLES - CLINEA | SCD / SSR | L'HAY LES ROSES | 01 41 24 32 74 | | |
| USLD GERONTOPSYCHIATRIQUE MARIE CAZIN | USLD/PSY | LA QUEUE EN BRIE | 01 45 93 75 64 | | patricia.courtet@ch-les-murets.fr |
| VILLA CAUCACIENNE | EHPAD | LA QUEUE EN BRIE | 01 71 34 13 00 | | contact.caudacienne@lna-sante.com |
| CH LES MURETS | SM-PSY | LA QUEUE EN BRIE | 01 45 93 71 71 | | gestion.stages@ch-les-murets.fr |
| CLINIQUE DE VILLENEUVE SAINT GEORGES | Soins de courte durée / SCD | VILLENEUVE SAINT GEORGES | 01 45 10 82 00 | Mme VAUCONSANT Catherine | secretariat.dssi@chiv.fr |
| CLINIQUE DU PERREUX - INICEA | SMR | LE PERREUX | 01 48 71 61 40 | | |
| LA CASCADE | EHPAD | LE PERREUX | 01 43 24 25 52 | | cascade@aoapar.fr |
| KORIAN LES LIERRES | EHPAD | LE PERREUX | 01 48 71 95 00 | | korian.leslierres@groupe-korian.com |
| FONDATION GOURLET BONTEMPS | EHPAD | LE PERREUX | 01 43 24 25 02 | | accueil@gourlet-bontemps.fr |
| USLD HENRI MONDOR - SITE EMILE ROUX | USLD | LIMEIL BREVANNES | 01 45 95 80 80 | | direction.emileroux@erx.aphp.fr |
| CLINIQUE DE GARGAN - INICEA | SSR / SMR | LIVRY-GARGAN | 01 82 37 17 17 | | |
| MAISON DE SANTE | SM-PSY | NOGENT SUR MARNE | 01 45 14 70 00 | | |
| FONDATION FAVIER LEPOUTRE | EHPAD | NOGENT SUR MARNE | 01 45 14 31 00 | | ccherubin@fondation-favier.fr |
| MAISON NATIONALE DES ARTISTES | EHPAD | NOGENT SUR MARNE | 01 48 71 28 08 | | ehpad@fondationdesartistes.fr |
| HÔPITAL PRIVE ARMAND BRIARD | Soins de courte durée / SCD | NOGENT SUR MARNE | 01 86 86 12 12 | Mme HEBERT Brigitte | b.hebert@ramsaysgds.fr |
| FONDATION FAVIER AMBOILE | EHPAD | ORMESSON SUR MARNE | 01 58 08 94 00 | | admissions@fondation-favier.fr |

| | | | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|----------------|------------------------------|--|
| JEANNE D'ARC - HOPITAL PRIVE - INICEA | SM-PSY | SAINT MANDE | 01 49 57 26 00 | | |
| LA SEIGNEURIE | EHPAD | SAINT MANDE | 01 49 74 83 00 | | |
| HOPITAUX DE SAINT MAURICE | SCD | SAINT MAURICE | 01 43 96 61 61 | | |
| KORIAN LE JARDIN DE NEPTUNE | EHPAD | SAINT MAUR DES FOSSES | 01 55 12 21 60 | | administration.jardindeneptune@korian.fr |
| RESIDENCE SEVIGNE | EHPAD | SAINT MAUR DES FOSSES | 01 41 81 46 46 | | direction.sevigne@lna-sante.com |
| RESIDENCE DE L'ORME | EHPAD | SAINT MAUR DES FOSSES | 01 45 11 01 60 | | saint-maur@orpea.net |
| LES FLEURS BLEUES | EHPAD | SAINT MAUR DES FOSSES | 01 48 83 35 23 | | ehpadfb@gmail.com |
| RESIDENCE DE L'ABBAYE | EHPAD | SAINT MAUR DES FOSSES | 01 55 12 17 20 | | abcd94@orange.fr |
| RESIDENCE LES TILLEULS | EHPAD | SUCY EN BRIE | 01 49 82 93 50 | | accueil.lestilleuls@lvt.fr |
| RESIDENCE DE LA CITE VERTE | EHPAD | SUCY EN BRIE | 01 56 73 20 40 | | abcd94@orange.fr |
| HOPITAL PAUL BROUSSE | SCD - SSR / PSY | VILLEJUIF | 01 45 59 30 00 | | pbr-recrutement.dsap@aphp.fr |
| USLD LES VIGNES | USLD | VILLENEUVE SAINT GEORGES | 01 45 10 19 00 | | secretariat.vignes@chiv.fr |
| CLINIQUE BOYER | SSR / SMR | VILLENEUVE SAINT GEORGES | 01 45 10 97 97 | | |
| USLD DI CH VICTOR DUPOUY | USLD | ARGENTEUIL | 01 34 23 27 07 | | sylvain.groseil@ch-argenteuil.fr |
| HOPITAL SIMONE VEIL | SCD - PSY et PEDOPSY | EAUBONNE et MONTMORENCY | 01 34 06 60 00 | Cellule stage 01 34 06 60 27 | demande.stage@ch-simoneveil.fr |
| USLD DU CH DE GONESSE | USLD | GONESSE | 01 34 53 20 94 | | |
| CLINIQUE D'OSNY - INICEA | PSY | OSNY | 01 34 24 75 75 | | |
| HOPITAL DE PONTOISE | SCD | PONTOISE | 01 30 75 40 40 | Mme BONNAL Estelle | estelle.bonnal@ght-novo.fr |
| AEROPORT DE PARIS - CDG | URGENCES MEDICALES ET SOINS | ROISSY CHARLES DE GAULLE | 01 48 62 28 01 | Dr THOMAS Patrick | patrick.thomas@adp.fr |
| CLINIQUE DU PARC | SCD - PSY - SOINS DE SUITE | SAINT OUEN L'AUMÔNE | 01 34 40 41 42 | | |
| HOPITAL PRIVE CLAUDE GALIEN | SCD | QUINCY SOUS SENART | 01 69 39 90 00 | | |
| MAS LE MASCARET | MAS | TIGERY | 01 60 91 82 02 | Mme NERIN Ophélie | o.nerin@alterite.eu |
| CLINIQUE DU LOUVRE | SCD | PARIS 1er | 01 53 40 60 60 | | |
| CHEMINS D'ESPERANCE | EHPAD | PARIS 6ème | 01 53 63 63 00 | | |
| HOPITAL LARIBOISIERE - FERNAND WIDAL | Soins de courte durée / SCD - PSY | PARIS 10ème | 01 49 95 65 65 | MAURY Françoise | francoise.maury@aphp.fr |

| | | | | | |
|---|---|--------------|----------------|--------------------------------------|--|
| HOPITAL SAINT LOUIS | Soins de courte durée / SCD | PARIS 10ème | 01 42 49 95 14 | | |
| HOPITAL ARMAND TROUSSEAU | SCD (spécialités Pédiatrie et polyhandicap) | PARIS 12 ème | 01 44 73 74 75 | | |
| HOPITAL SAINT ANTOINE | SCD | PARIS 12ème | 01 49 28 20 00 | | |
| ADM 13 | HDJ POUR ADULTES | PARIS 13ème | 01 53 80 88 82 | | |
| GHU PITIE SALPETRIERE | Soins de courte durée / SCD | PARIS 13ème | 01 42 16 00 00 | | stages.aphpsu@aphp.fr |
| RESEAU IDF D'HEMATOLOGIE INCOLOGIE PEDIATRIQUE (RIFHOP) | | PARIS 13ème | 01 48 01 90 21 | GILET Céline | celine.gilet@rifhop.net |
| HOPITAL LEOPOLD BELLAN | SSR / SMR | PARIS 14ème | 01 40 48 68 68 | | |
| HOPITAL COCHIN - PORT ROYAL | Soins de courte durée / SCD | PARIS 14ème | 01 58 41 41 41 | | |
| HOPITAL NECKER - ENFANTS MALADES | Soins de courte durée / SCD | PARIS 15ème | 01 44 49 40 00 | GUTH Maud (CDS réa) | maud.guth@aphp.fr |
| HOPITAL GEORGES POMPIDOU | SCD | PARIS 15ème | 01 56 09 20 00 | | |
| CLINIQUE BIZET | SCD - SSR | PARIS 16 ème | 01 40 69 35 02 | CROPAGE Sophie (Directice des soins) | sophie.cropage@clinique-bizet.com |
| CLINIQUE DU TROCADERO | SCD | PARIS 16 ème | 01 40 72 41 10 | | |
| HOPITAL BICHAT CLAUDE BERNARD | Soins de courte durée / SCD | PARIS 18ème | 01 40 25 80 80 | CRUAU Jocelyn et BARRE Corine | stagesparamedicaux.bch@aphp.fr |
| CLINIQUE MAUSSINS NOLLET | SCD (spécialités Chir Ortho) | PARIS 19ème | 01 40 03 12 12 | | |
| CLINIQUE CANAL DE L'OURCQ - INICEA | SMR | PARIS 19ème | 01 55 56 53 00 | | |

La liste n'est pas exhaustive. Il vous faut préparer un CV et une lettre de motivation. Vous pouvez chercher pour toutes vos périodes de stage à venir.



INSTITUTS DE FORMATIONS PARAMÉDICALES
Site de Meaux



ATTESTATION DES PARENTS / TUTEUR LEGAL POUR UN ETUDIANT MINEUR A L'ENTREE EN FORMATION

Nom et Prénom de l'étudiant :

Nous soussignés :

Le père : Nom : Prénom :
 Adresse postale :
 Numéro de téléphone :

La mère : Nom : Prénom :
 Adresse postale :
 Numéro de téléphone :

Le tuteur / tutrice légal (le cas échéant)
 Nom : Prénom :
 Adresse postale :
 Numéro de téléphone :

Autorisons la Direction de l'Institut de Formation Paramédicales du GHEF à déclencher la prise en charge médicale immédiate de notre enfant, mineur le jour de la rentrée, en cas d'accident du travail et / ou en cas d'urgence ;

Fait à :

Fait à :

Fait à :

Le :

Le :

Le :

Le père
Signature :

La mère
Signature

Le tuteur / tutrice légal (le cas échéant)
Signature

Référent handicap

Formation aide-soignante

Formation auxiliaire de puériculture

Formation infirmière

Mme Christine HAYOTTE

Tél : 01 64 35 21 50

E-mail : chayotte@ghef.fr

Formulaire de demande d'aménagement de la formation pour un apprenant en situation de handicap*

* Il existe une grande variété de handicap : les déficiences (auditives, visuelles, motrices), les maladies chroniques (asthme ; diabète, ...), les troubles « DYS » (dyslexie, dyspraxie, ...), les troubles de l'apprentissage, TDAH ...

NOM : Formation aide-soignante
PRÉNOM : Formation auxiliaire de puériculture
DATE D'ENTRÉE EN FORMATION : / / Formation infirmière

Ce formulaire de demande d'aménagement de la formation est à compléter par tous les apprenants dès leur entrée en formation. Il sera transmis au référent handicap qui vous proposera un accompagnement personnalisé et qui vous guidera dans les démarches à accomplir lors d'un rendez-vous.

Etes-vous en situation de handicap* ? OUI NON

Si oui, avez-vous une notification en cours de validité ? OUI NON

Si oui, laquelle (joindre obligatoirement la notification) ?

- MDPH

- Autres Précisez :

Avez-vous besoin d'aménagements de la formation ? OUI NON

Si oui, lesquels ?

.....

Date :

Signature de l'apprenant :

(Et de ses parents s'il est mineur)



RENTRÉE DE SEPTEMBRE 2024

Formations sanitaires et sociales

Bénéficiez d'une bourse pendant vos études

Réussissez votre parcours de formation dans le secteur sanitaire ou social.
Bénéficiez d'une bourse via la nouvelle plateforme Ma bourse sanitaire ou sociale

Une nouvelle

plateforme dédiée

<https://ma-bourse-sanitaire-ou-sociale.iledefrance.fr>

La Région Île-de-France accompagne les élèves et les étudiants des formations sanitaires ou sociales dans la réussite de leur parcours.

La bourse d'étude est attribuée sur critères sociaux, sans condition d'âge, et constitue un complément de revenu.

→ **Cette bourse n'est pas cumulaire avec celle du CROUS.**

Estimez le montant de votre bourse, en fonction de votre situation grâce au simulateur « **Ma bourse sanitaire ou sociale** »

→ **La simulation est indicative et ne vaut pas attribution.**

- 1 Créez votre compte sur la nouvelle plateforme
- 2 Complétez votre demande en ligne
- 3 Déposez les pièces justificatives directement dans votre espace personnel.





Qui peut bénéficier d'une bourse ?

Les étudiants inscrits dans une des formations suivantes dispensées en Île-de-France dans les organismes autorisés ou agréés.

Formations sanitaires

- Aide-soignant • Ambulancier
• Auxiliaire de puériculture
• Ergothérapeute • Infirmier
• Infirmier puériculteur
• Manipulateur d'électroradiologie médicale • Masseur-kinésithérapeute
• Pédiacre-podologue
• Psychomotricien • Sage-femme
• Technicien de laboratoire médical.

Formations sociales

- Accompagnant éducatif et social
• Assistant de service social
• Conseiller en économie sociale et familiale • Éducateur de jeunes enfants • Éducateur spécialisé
• Éducateur technique spécialisé
• Moniteur-éducateur • Technicien de l'intervention sociale et familiale.

IMPORTANT

Vérifiez auprès de votre établissement si votre formation est éligible à la bourse.

D'autres

aides régionales

Vous avez obtenu une mention très bien à votre baccalauréat en juin 2024 ?

→ **Vous pouvez bénéficier de l'aide au mérite de la Région d'un montant de 1000€.**

PLUS D'INFORMATIONS

www.iledefrance.fr/aide-au-merite

CONTACT

aideaumerite@iledefrance.fr

Vous avez moins de 25 ans et cherchez un job étudiant pendant votre formation ?

→ **Vous pouvez postuler pour un emploi étudiant mentor financé par la Région.**

PLUS D'INFORMATIONS

<https://emploisetudiantsmentors.smartidf.services>



Avez-vous pensé au financement de votre formation ?

Pour réussir votre parcours de formation, vous devez vous assurer, au préalable, que votre formation pourra être financée pendant toute sa durée.

Selon votre statut et votre situation, une prise en charge peut vous être proposée :

- **si vous êtes en poursuite d'études**, la Région peut prendre en charge le coût de votre formation.
- **si vous êtes demandeur d'emploi**, inscrit dans une agence France Travail, la Région peut prendre en charge le coût de votre formation. Vous bénéficiez alors du statut de stagiaire de la formation professionnelle continue.
- **si vous êtes salarié**, vous pouvez bénéficier d'un financement de votre employeur, dans le cadre de la promotion professionnelle. Vous pouvez déclencher votre Compte personnel de formation (CPF)

→ **Rapprochez-vous de votre établissement pour en savoir plus sur les financements mobilisables pour votre formation.**



Vous êtes en formation post-bac

Étudiant de l'enseignement supérieur :

→ **Vous devez vous acquitter de la CVEC, contribution de vie étudiante et de campus, auprès du Crous :**
<https://cvec.etudiant.gouv.fr>

La notification de votre bourse régionale vous permet de faire valoir votre statut de boursier des formations sanitaires et sociales auprès du Crous (exonération ou remboursement).

ATTENTION!

Étudiant des formations sanitaires et sociales, vous relevez de la bourse de la Région Île-de-France, et non de celle du Crous. Cependant vous pouvez bénéficier des services du Crous pour toute question complémentaire de logement, santé, restauration ou si vous rencontrez d'autres difficultés : les assistantes sociales du Crous sont à ce titre à votre écoute. Rendez-vous sur les sites suivants selon votre académie de rattachement : www.crous-paris.fr, www.crous-versailles.fr, www.crous-creteil.fr, pour trouver toutes les informations.



Contacts

Formulaire de contact :

- <https://ma-bourse-sanitaire-ou-sociale.iledefrance.fr>

Selon votre situation, une prise en charge peut vous être proposée :

- **Des conseillers vous répondent au 01 53 85 53 85**

Plus d'informations sur les bourses :

- www.iledefrance.fr/toutes-les-actualites/les-bourses-des-formations-sanitaires-et-sociales

Plus d'informations sur les formations sanitaires et sociales :

- www.iledefrance.fr/morienter-etudier-me-former/etudiants-en-formations-sanitaires-et-sociales



Région Île-de-France

2, rue Simone-Veil
93400 Saint-Ouen
Tél. : 01 53 85 53 85

www.iledefrance.fr

[f](#) RegionIleDeFrance
[x](#) iledefrance
[@](#) iledefrance

