

## MODALITES D'INSCRIPTION

### Formation infirmière - Rentrée septembre 2025

Vous avez validé votre choix d'intégrer l'IFPS de Besançon à la prochaine rentrée. Cependant, l'admission définitive en formation infirmière est subordonnée, à la restitution de votre dossier d'inscription **COMPLET**, au plus vite par voie postale ou dans la boîte aux lettres de l'IFPS à l'adresse suivante :

**Institut de Formation de Professions de santé**  
**Secrétariat de la formation infirmière**  
**1, rue Françoise Dolto**  
**25030 BESANCON Cedex**

Les candidats seront admis dans la limite des places disponibles, dès lors où leur dossier d'inscription sera complet et que l'inscription à l'université sera effective.

- ➔ La rentrée administrative se déroulera le vendredi 29 août 2025 à 9h00.
- ➔ La rentrée à l'IFPS se déroulera le lundi 01 septembre 2025 à 9h30.

*NB : La présence est obligatoire sur ces 2 temps.*

## DEMARCHES INSCRIPTION



**1. Formaliser votre inscription à l'université de Franche-Comté UFR Sciences de la santé** Se connecter à l'adresse suivante : [UFR Santé - Université de Franche-Comté](#) (Onglet formation) **à partir du 07 juillet 2025.**

### 2. Formaliser votre inscription à l'IFPS

- ☐ Compléter le dossier d'inscription
- ☐ Compléter et signer l'engagement stage)
- ☐ Faire compléter par un médecin le certificat de vaccination et l'apporter **obligatoirement** le jour de la rentrée administrative le 29/08/2025.
- ☐ Faire compléter un certificat médical d'aptitude auprès **d'un médecin agréé par l'ARS** attestant que vous ne présentez pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession d'infirmier et l'apporter **obligatoirement** le jour de la rentrée administrative.  
***Il est impératif que le nom du médecin auprès duquel vous prendrez rendez-vous figure bien sur la liste des médecins agréés par l'Agence Régionale de la Santé. Cette liste est réactualisée régulièrement ; il vous appartient donc de vérifier qu'elle mentionne bien son nom.*** ➔ A partir de Google, veuillez saisir : « médecin agréés ARS + le numéro de département souhaité » - Ex. médecins agréés ARS 25.
- ☐ Compléter le dossier de demande de dispense d'enseignement ou de semestre si concerné
- ☐ Compléter la fiche de renseignements pour le paiement des indemnités de stage et de transport)
- ☐ Joindre les pièces suivantes
  - Une photographie d'identité récente, collée sur la première page du dossier inscription
  - Une photocopie d'une pièce d'identité, en cours de validité, recto-verso, (pièces

*admises : carte nationale d'identité, passeport, titre de séjour),*

- Une photocopie de votre diplôme ou titre d'inscription, ex. : Baccalauréat ou le cas échéant relevé de notes du Baccalauréat ou titre admis en dispense, DEAS, DEAP...
- Une copie de l'attestation de niveau de langue B2 française pour les candidats étrangers
- Une notification de bourse enseignement supérieur (CROUS) pour les étudiants qui y prétendent
- Une photocopie de l'ensemble des pages vaccination de votre carnet de santé

**NB : Il est impératif de commencer dès à présent la vaccination/hépatite B afin d'être apte à aller en stage.**

- Un chèque de 6,50 € à l'ordre du Trésor Public pour l'achat du badge CHU (obligatoire)
- Un chèque de 178 € à l'ordre du Trésor public correspondant aux droits annuels d'inscription à l'institut
- Une photocopie d'un RIB à votre nom
- Une copie de votre carte vitale ou de l'attestation de Sécurité Sociale
- Une copie du permis de conduire
- Une copie de la carte grise de votre véhicule

- ☐ Prendre rendez-vous avec l'équipe de référents handicaps de l'IFPS si besoin
- ☐ Se rendre à la blanchisserie du CHU pour essayer les tenues professionnelles

## **RECOMMANDATIONS / CHOIX MATERIEL INFORMATIQUE**

---

Dans le cadre des enseignements en simulation et santé numérique notamment, nous recommandons l'utilisation d'un ordinateur portable ou fixe avec comme système d'exploitation Windows (version 64 bits à partir de Windows 10) ou MAC (à partir de macOS 10.12 Sierra).

Pour des raisons d'incompatibilité avec les logiciels ou applications utilisés en formation, nous recommandons d'éviter l'acquisition de PC sous Windows 10 ou 11 en « mode S », ainsi que les Chromebook, tablettes hybrides, smartphones ou système d'exploitation 32 bits.

*En cas de dossier incomplet, l'inscription pourra être refusée.*

Je soussigné(e) : (NOM et Prénom )

Certifie l'ensemble des données renseignées dans ce dossier d'inscription, et m'engage à avertir l'IFPS de toute modification intervenant sur ma situation personnelle dans les plus brefs délais.

Accepte d'être photographié(e) lors de ma présence à l'institut et/ou durant les stages, et que les images obtenues puissent être diffusées sur les différents supports de communication de l'institut. Une fois l'autorisation donnée, je ne suis plus en mesure de me rétracter.

OUI ☐      NON ☐

Fait à \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

Je soussigné(e) : (Nom et Prénom )

M'engage :

- à me rendre dans tous les lieux de stage où je serai affecté(e) pendant la durée de ma formation
- à respecter les horaires de stage
- à signaler toutes absences et à les justifier rapidement
- à produire, au plus tard le jour de la rentrée, le passeport vaccinal **(je suis informé(e) qu'un certificat non conforme à la réglementation en vigueur ne me permettra pas de me rendre en stage)**

Pour des raisons d'organisation et d'obtention du planning lors des stages, vos coordonnées personnelles (mail et/ou téléphone) sont possiblement transmises au maître de stage. En cas de refus, nous vous remercions de vous manifester auprès de l'UT Stage dès votre entrée en formation.

Fait à \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Madame      Monsieur

Nom de naissance ..... Nom Marital (d'usage) .....

Prénom .....

Autres Prénoms .....

Date de naissance : ..... N° de sécurité sociale : .....

Lieu de naissance (Ville, Département et Pays) .....

Nationalité : .....

Situation familiale   ☐ Célibataire   ☐ Marié   ☐ Veuf   ☐ Séparé   ☐ Concubinage

N° ..... Rue .....

Code Postal ..... Localité : .....  .....

Mail universitaire ou mail à créer qui comporte **obligatoirement** nom de naissance et prénom

.....

Pour la filière IDE uniquement : N° INE .....

Merci de nous indiquer les coordonnées d'1 ou 2 personne(s) à joindre en cas d'urgence ou susceptible de vous contacter rapidement si besoin

Nom – Prénom – .....  ..... Lien .....

Nom – Prénom – .....  ..... Lien .....



## PARCOURS DE STAGES EN FORMATION

### HEBERGEMENT

Si votre domicile est éloigné de Besançon, précisez si :

- |                                                       |     |                          |     |                          |
|-------------------------------------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| • Vous réaliserez les trajets tous les jours          | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| • Une recherche de logement sur Besançon est en cours | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |

Compte-tenu du nombre important d'étudiants formés à l'IFPS, des terrains de stages sont ouverts et agréés sur **toute la région**. En entrant en formation à l'IFPS, les apprenants s'engagent à se rendre, pendant toute la durée de la formation, sur les différents terrains de stage.

Autre(s) adresse(s) d'hébergement possible pendant la formation, en et hors région BFC (ville + code postal) :

### MODE DE DEPLACEMENT

Titulaire du permis de conduire

OUI ☐ NON ☐ EN COURS ☐

Véhicule personnel

OUI ☐ NON ☐

Vous souhaitez utiliser le parking de covoiturage :

OUI ☐ NON ☐

Si oui, merci d'indiquer votre plaque d'immatriculation : .....

Souhaite accéder au local vélo

OUI ☐ NON ☐

Autre moyen de déplacement :

### LIEUX DE STAGES

Il est déconseillé de faire un stage dans un établissement où une connaissance travaille pour ne pas perturber l'apprentissage. Aussi, merci de nous citer les établissements où vous pourriez retrouver un proche (amis, famille...)

| Établissement (nom exact et ville) | Discipline et Service exact | Date |
|------------------------------------|-----------------------------|------|
|                                    |                             |      |
|                                    |                             |      |

**CERTIFICAT DE VACCINATION  
UF IDE  
PROMO 2025-2028**

**A défaut de preuve vaccinale, l'accès en stage vous sera refusé.**

**A compléter par le Médecin agréé ou le Médecin traitant**

Nom de naissance : ..... Nom d'usage : .....  
Prénom : ..... Date de naissance : .....

**Vaccinations et tests obligatoires pour la réalisation des stages  
Conformément à l'article 54 de l'arrêté du 21 avril 2007, modifié**

**DT – POLIO**

- ☐ Dernier rappel le : .....  
☐ A réaliser

**HEPATITE B**

1<sup>ère</sup> injection le : .....  
2<sup>ème</sup> injection le : .....  
3<sup>ème</sup> injection le : .....  
Rappel le : .....  
☐ A réaliser

**Obligatoire avant le départ en stage le :  
03/11/2025**

**SEROLOGIE DE L'HEPATITE B : Ac anti HBs + Ac anti HBc + Antigène HBs :**

- ☐ Réalisée le ..... Résultat : .....  
☐ A réaliser

**Vaccinations et tests facultatifs pour la réalisation des stages  
Conformément à l'article 54 de l'arrêté du 21 avril 2007, modifié**

**BCG**

1<sup>ère</sup> injection le : .....  
2<sup>ème</sup> injection le : .....

**TUBERTEST ou IDR à 5 UI de tuberculine (de moins de trois mois)**

- ☐ Réalisé le : ..... Résultat : .....  
☐ A réaliser

**En cas de schéma vaccinal incomplet, je soussigné Docteur .....,  
m'engage à accompagner l'étudiant pour la mise en conformité de son schéma vaccinal au plus tard le  
vendredi 03 novembre 2023, avant le départ en stage.**

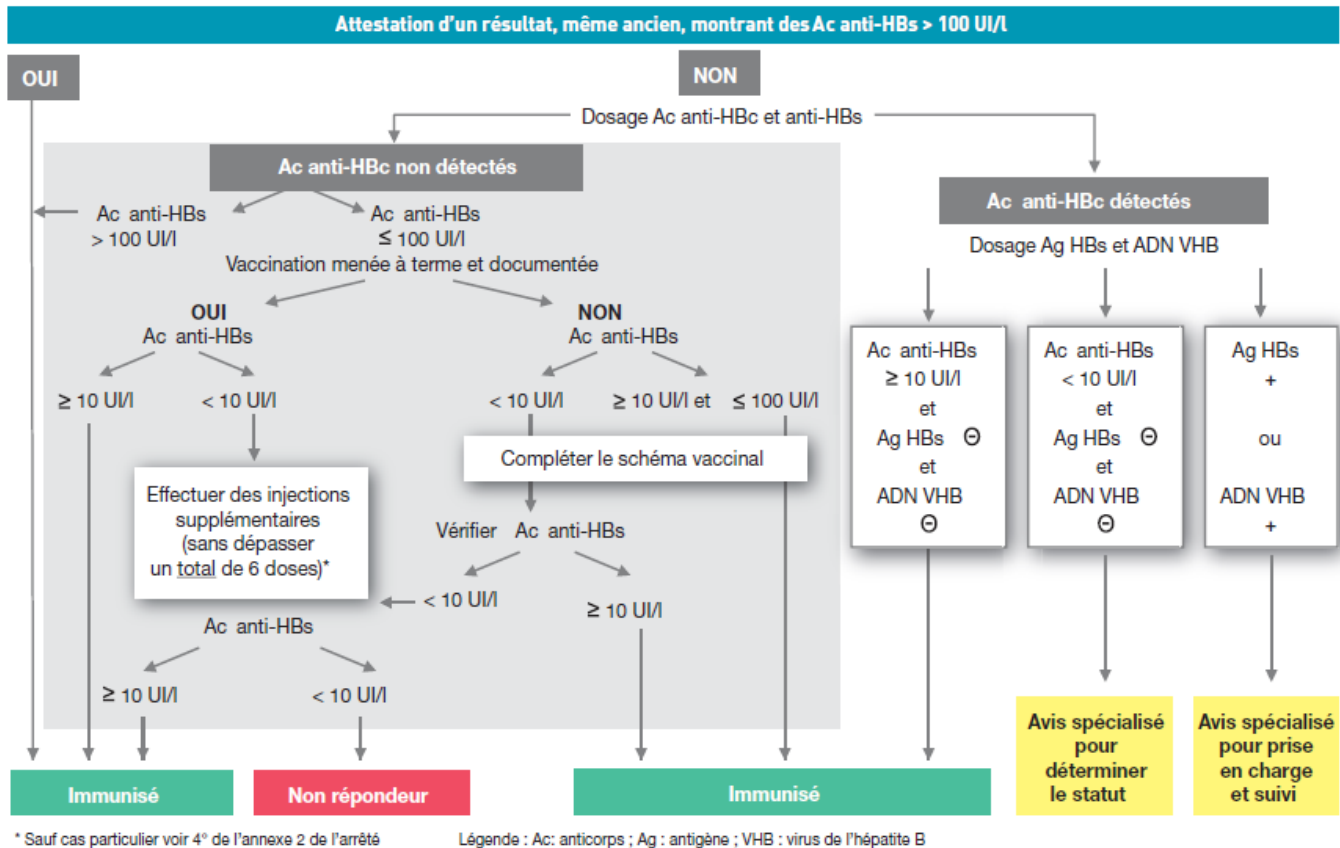
DATE :

SIGNATURE : .....

CACHET DU MEDECIN OBLIGATOIRE :

## DOCUMENT À TRANSMETTRE AU MÉDECIN POUR LA VACCINATION DE L'HÉPATITE B

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



NB : pour les injections complémentaires à réaliser en cas de non immunisation après 3 injections : réaliser une injection supplémentaire puis doser les Ac anti-HBs 1 mois après ; renouveler l'injection seulement si nécessaire (maximum 6 injections).

Si après 6 injections, la sérologie est toujours négative, la personne est considérée comme non répondeur au vaccin contre l'hépatite B. En cas d'exposition avec un patient porteur de l'antigène VHB, il sera nécessaire de faire une injection d'immunoglobuline spécifique Anti VHB.

Vaccins recommandés :

- Coqueluche
- ROR
- Varicelle
- Grippe saisonnière

## **LA VACCINATION ANTI-HÉPATITE B EST OBLIGATOIRE POUR TOUS LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ**

Selon 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 : "Les élèves ou étudiants mentionnés à l'article 1<sup>er</sup> 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. **À défaut, ils ne peuvent effectuer leurs stages**".

**Le protocole de vaccination en regard de l'hépatite B nécessite 6 mois. Il est donc impératif de débiter la vaccination dès l'inscription.** Si à ce jour, vous n'êtes pas vacciné(e) contre l'hépatite B, il est indispensable de débiter la vaccination, en respectant les modalités suivantes :

- 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> injection à **au moins un mois d'intervalle** ;
- 3<sup>ème</sup> injection **au moins 6 mois après la 1<sup>ère</sup> injection** ;
- dosage des anticorps anti-HBs de l'hépatite B au moins un mois après la 3<sup>ème</sup> injection et avant l'entrée en formation.

### **REMARQUES IMPORTANTES**

- ➔ **L'accès au premier stage ne sera autorisé que si l'ensemble des vaccinations est réalisé dans son intégralité (vaccination initiale et rappels).**
- ➔ **L'instruction de la Direction Générale de la Santé (DGS) du 21 janvier 2014 précise les modalités d'application de l'arrêté du 2 août 2013 qui fixent les nouvelles règles d'immunisation contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite pour les professions de santé.**
  - Il n'est pas possible de déroger à l'obligation vaccinale contre l'hépatite B pour les élèves et étudiants qui souhaitent s'engager dans ces formations.
  - Une contre-indication à la vaccination contre l'hépatite B correspond de fait à une inaptitude à une orientation vers les professions paramédicales.
  - Les personnes non répondeuses au vaccin peuvent quant à elles intégrer les filières de formation et sont soumises à une surveillance annuelle des marqueurs sériques du VHB.
  - Les étudiants chroniquement infectés par le VHB n'ont pas accès à ces formations

**En cas de doute, n'hésitez pas à demander l'avis de votre médecin traitant.**

**CERTIFICAT MEDICAL**

à compléter obligatoirement par un Médecin agréé par l'ARS

Je soussigné (e), Docteur.....,  
Médecin agréé

Adresse : .....  
.....

Atteste que :

M. ou Mme : .....

Date et lieu de naissance : .....

☐ présente les aptitudes physiques et psychologiques nécessaires à l'exercice de la profession d'infirmier(e) – conformément à l'article 54 de l'arrêté du 21 avril 2007, modifié.

CACHET DU MEDECIN OBLIGATOIRE :

DATE :

SIGNATURE :

**DEMANDE DE DISPENSES D'ENSEIGNEMENTS  
THÉORIQUES ET/OU CLINIQUES  
UF IDE  
PROMO 2025-2028**

En application des articles 7 & 8 de l'Arrêté du 31 juillet 2019, modifié par l'arrêté du 13 décembre 2018, relatif au diplôme d'État 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* ».

Une fois votre inscription administrative finalisée, vous devez remettre le dossier de demande de dispenses d'enseignements au secrétariat UF Infirmière (D. CHOULET) au plus tard **le 08 septembre 2025 à 14 h 00 dernier délai**.

Pensez à accompagner le dossier de **tous** les justificatifs nécessaires à l'étude de votre demande par la Section compétente pour le traitement pédagogique des situations individuelles des étudiants.

| CADRE RESERVE A L'INSTITUT   |  |
|------------------------------|--|
| DATE :                       |  |
| DOSSIER<br>RECEPTIONNE PAR : |  |
| CACHET                       |  |

|                   |             |
|-------------------|-------------|
| NOM de naissance: | NOM usage : |
| Prénom(s) :       |             |
| Téléphone :       | Courriel :  |

**LISTE DES PIÈCES A FOURNIR : EN L'ABSENCE DE CES PIÈCES, LE DOSSIER NE SERA PAS ÉTUDIÉ**

- ☐ Copie d'une pièce d'identité
- ☐ Diplôme(s) originaux détenu(s)
- ☐ Copie d'une attestation de validation d'ECTS de moins de 3 ans avec **le relevé de notes**
- ☐ Contenu détaillé **des enseignements reçus pour la validation** de ces ECTS
- ☐ Le cas échéant, copie de(s) certificat(s) du ou des employeurs attestant de l'exercice professionnel de l'intéressé dans une des professions identifiées au 2° de l'article 7
- ☐ Curriculum vitae
- ☐ Lettre de motivation
- ☐ Copie de l'attestation de niveau de langue B2 française pour les candidats étrangers.

| PRÉCISER LE LIBELLE EXACT DES ENSEIGNEMENTS DONT VOUS DEMANDEZ LA DISPENSE |    |              |
|----------------------------------------------------------------------------|----|--------------|
| Semestre                                                                   | UE | Enseignement |
|                                                                            |    |              |
|                                                                            |    |              |
|                                                                            |    |              |
|                                                                            |    |              |
|                                                                            |    |              |
|                                                                            |    |              |
|                                                                            |    |              |
|                                                                            |    |              |
|                                                                            |    |              |
|                                                                            |    |              |
|                                                                            |    |              |

Je soussigné(e) .....  
demande par la présente à bénéficier d'une dispense d'enseignement(s) et/ou de semestre(s) au vu de mon cursus de formation et/ou de mes acquis antérieurs.

**Date :**

**Signature de l'étudiant :**

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**  
**INDEMNITES DE STAGE ET DE TRANSPORT**

N° Identification.....(ne rien inscrire)

**Etudiant en soins infirmiers de :**    ☐ 1<sup>ère</sup> année    ☐ 2<sup>ème</sup> année    ☐ 3<sup>ème</sup> année

NOM : ..... PRENOM : .....NOM DE JEUNE FILLE : .....

Date de naissance : /\_\_/\_/\_\_\_\_/ Département de naissance : ..... Commune : .....

Numéro de Sécurité Sociale : /\_\_/\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/ (joindre une copie de la carte vitale ou de l'attestation de l'assurance Maladie)  
**(ne pas noter le numéro de Sécurité Sociale DU CONJOINT OU DES PARENTS)**

Situation de Famille : ☐ Célibataire ; ☐ Vie maritale\* ou PACS\* ; ☐ Marié(e)\* ; ☐ Veuf(ve)\* ; ☐ Divorcé(e)\*    \*Date d'effet : /\_\_/\_/\_\_\_\_/

Nom et prénom du conjoint/concubin : ..... Date de Naissance : /\_\_/\_/\_\_\_\_/

Profession et employeur du conjoint/concubin : .....

Adresse : N° ..... Rue.....

Ville : ..... Code postal : .....

Tél. fixe : /\_\_/\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/    Tél. portable : /\_\_/\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/    mail : .....

Adresse des parents : N° ..... Rue.....

Ville : ..... Code postal : .....Tél. : /\_\_/\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

Mode de transport utilisé pour se rendre sur le lieu de stage :    ☐ Transport en commun    ☐ Véhicule personnel-Puissance fiscale : /\_\_\_\_/

J'atteste sur l'honneur de l'utilisation du véhicule cité ci-dessus.

Le ..... Signature :

**Joindre la photocopie d'un RIB à votre nom, la copie de la carte vitale ou de l'attestation de Sécurité Sociale,**  
**une copie de la carte grise, du permis de conduire, et une attestation sur l'honneur de l'utilisation du véhicule cité ci-dessus.**

**N.B. : Tout renseignement incomplet ne permettra pas le règlement de vos indemnités de stage et de transport.**

|                                                                                                                             |                                                                                      |                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| <p><b>CHU</b><br/>BESANÇON</p> <p><b>IFPS</b><br/>INSTITUT DE FORMATION<br/>DE PROFESSIONS DE SANTÉ</p> <p>UF infirmier</p> | <p><b>TENUES PROFESSIONNELLES :</b><br/>ATTRIBUTION DES TENUES<br/>AUX ETUDIANTS</p> | PRO                                  |
|                                                                                                                             |                                                                                      | V. 1 : 01/06/2016                    |
|                                                                                                                             |                                                                                      | Mise à jour :<br>16//05/2024         |
|                                                                                                                             |                                                                                      | Réalisé : mai 2021<br>Par : CM et SB |

Pour obtenir vos tenues professionnelles,  
**Veuillez-vous rendre directement et sans rendez-vous**  
à la blanchisserie du CHU afin d'effectuer un essayage préalable  
Horaires d'ouverture :

- jusqu'au 30/06/2025, de 8h00 à 12h00 et de 13h15 à 15h30
- à partir du 01/07/2025, de 7 h 00 à 13 h 00.

La blanchisserie se situe 2 rue Becquerel à Besançon, à proximité du CHU Jean Minjoz. Voir plan ci-dessous.

