

## **FORMATION AIDE-SOIGNANTE**

# **DOSSIER D'INSCRIPTION ADMINISTRATIVE**

**Rentrée promotion 2026**



Institut de Formation des Professionnels de Santé  
18, rue du 9 juin 1944 - BP 117  
19000 TULLE  
Tél. : 05.87.49.33.31 - Mail : [ifsi@ch-tulle.fr](mailto:ifsi@ch-tulle.fr)

La **PRÉ-RENTRÉE** à l’Institut de Formation d'aides-soignants est fixée le :

**LUNDI 15 DECEMBRE 2025 de 9h à 17h**

Votre présence est obligatoire.

La **RENTREE** à l’Institut de Formation d'aides-soignants est fixée au :

**LUNDI 05 JANVIER 2026**

Le planning et les horaires vous seront remis lors de la pré-reentrée.

Ce dossier est strictement réservé aux candidats admis en Institut de Formation d'aides-soignants pour la rentrée de janvier 2026 et ayant confirmé leur place à l’issue des résultats d’admission.

Vous devez **imprimer ce dossier en recto uniquement.**

Le dossier est à nous retourner dûment complété et accompagné des pièces demandées **par voie postale en Lettre Suivie ou recommandé (cachet de la poste faisant foi) au plus tard le 05 décembre 2025.**

**LES DOSSIERS DOIVENT COMPORTER L'INTÉGRALITÉ DES PIÈCES DEMANDÉES ET CELA CONDITIONNE VOTRE ENTRÉE EN FORMATION. LES DOSSIERS INCOMPLETS NE SERONT PAS PRIS EN COMPTE.**

Toutefois, si vous avez des difficultés pour constituer de votre dossier, notamment pour le dossier médical, merci de prendre contact avec le secrétariat de l’institut qui pourra vous apporter plus d’informations.

## SOMMAIRE

1- LISTE DES PIECES A FOURNIR OBLIGATOIUREMENT A L'INSCRIPTION .....	4
2- FICHE RENSEIGNEMENTS .....	5
3- PARCOURS SCOLAIRE .....	6
4- FICHE DE FINANCEMENT .....	7
5- SITUATION DE HANDICAP .....	8
6- ATTESTATION DE REGLEMENT DES FRAIS D'INSCRIPTION .....	9
7- HERBERGEMENT PENDANT LES PERIODES DE STAGE .....	10
8- FICHE ETUDIANT – DRH .....	11
9- DOSSIER MEDICAL .....	12
10- AUTORISATION D'ENREGISTREMENT ET D'UTILISATION DE L'IMAGE DE LA VOIX D'UNE PERSONNE MAJEURE OU MINEURE.....	18
11- INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES .....	20

NOM (de naissance) : .....

NOM D'USAGE : .....

PRÉNOM : .....

## 1- LISTE DES PIECES A FOURNIR OBLIGATOIREMENT A L'INSCRIPTION

Cases réservées à l'institut ne pas remplir

- Fiche de renseignements (toutes les rubriques doivent être renseignées)
- Chèque de 100 € à l'ordre du trésor *public* + Attestation de règlement des frais d'inscription
- 3 photocopies de votre pièce d'identité en cours de validité recto-verso
- Attestation de responsabilité civile ou professionnelle à votre nom (*pour les stages de formation professionnelle en votre qualité d'élève aide-soignant(e) – Mention obligatoire sur l'attestation*)
- Copie du Certificat de participation à la journée défense et de citoyenneté pour tous candidats nés après 1988
- Photocopies des diplômes obtenus
- Fiche de financement **accompagnée des justificatifs correspondant à votre situation**
- 2 Relevés d'identité bancaire (*au nom de l'élève*)
- 3 justificatifs d'immatriculation sécurité sociale en cours de validité (copie recto verso précisant la caisse dont vous dépendez – *département-ville*)
- 1 Photocopie du permis de conduire, de l'attestation d'assurance et de la carte grise du véhicule
- Copie de votre Casier judiciaire n°3 à demander sur <https://casier-judiciaire.justice.gouv.fr> Pour information, l'institut de formation se réserve le droit de demander le casier judiciaire n°2 du candidat
- Fiche DRH à compléter
- Fiche **DOSSIER MEDICAL** : **Tout dossier médical incomplet ne vous permettra pas de réaliser vos stages obligatoires**
  - Certificat médical d'aptitude physique et psychologique (A faire établir par un **médecin agréé qui ne doit pas être votre médecin traitant**) - liste des médecins agréés disponible sur le site de l'Agence Régionale de Santé – modèle ci-joint)
  - Certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation (A faire compléter par votre médecin traitant – Document ci-joint)
  - Copie de votre carnet de vaccination
  - Radiographie pulmonaire datant de moins de 6 mois

**Institut de Formation d'aides-soignants**  
**du Centre Hospitalier de TULLE – Hôpitaux de Corrèze**

**2- FICHE RENSEIGNEMENTS (Toutes les rubriques sont obligatoires)**

NOM de naissance : ..... NOM d'usage : .....

PRENOMS (dans l'ordre de l'Etat Civil) : .....

NE(E) le : ..... à : .....

Département : ..... N° DEPARTEMENT .....

NATIONALITE : ..... SEXE : Masculin  Féminin

Célibataire  Marié(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)  Pacs  Union libre

N° de Sécurité Sociale : .....

Nombre d'enfant à charge : ..... Age : .....

**ADRESSE PERSONNELLE DE L'APPRENTANT PENDANT SA SCOLARITE :** .....

.....  
.....  
.....

N° de téléphone fixe : .....

N° de téléphone Portable : .....

Mail : .....

**Coordonnées des personnes à prévenir en cas d'urgence** (Lien de parenté + N° de téléphone) :

.....  
.....  
.....

**MODE DE DÉPLACEMENT DURANT LES STAGES :**

AVEZ-VOUS LE PERMIS DE CONDUIRE :

OUI Avez-vous un véhicule ?  OUI  NON  
 NON Votre permis est-il en cours ?  OUI  NON

### 3- PARCOURS SCOLAIRE

Date de sortie du système scolaire : .....

Dernière classe suivie - Etablissement - ville : .....

#### DIPLOMES OBTENUS :

- BACCALAUREAT      Série : ..... Année : .....
- AUTRE DIPLÔME    Année d'obtention : ..... Etablissement.....  
Année d'obtention : ..... Etablissement.....  
Année d'obtention : ..... Etablissement.....
- Certificat Informatique B2i  
 Certificat informatique C2i
- Etudes Supérieures PACES–LICENCE–MASTER -AUTRES : **Etablissement - Diplôme obtenu - Année**  
.....  
.....  
.....

#### PARCOURS PROFESSIONNEL (Année - Durée - Etablissement - Service - En qualité de) :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### 4- FICHE DE FINANCEMENT – Cocher la case en fonction de votre situation

STATUT	Pièces obligatoires à fournir avec le dossier d'inscription	Partie réservée à l'administration
<input type="checkbox"/> <b>Salarié(e) du secteur public</b>	L'attestation de prise en charge par l'employeur des frais pédagogiques de formation.	
<input type="checkbox"/> <b>Salarié(e) du secteur privé</b>	L'attestation de prise en charge de l'employeur ou d'un fonds de formation en produisant l'attestation de prise en charge des frais pédagogiques de formation.	
<input type="checkbox"/> <b>Inscrit(e) à France Travail</b>  <i>Conditions : Etre âgé(e) de moins de 53 ans, et avoir travaillé 6 mois (soit 130 jours travaillés ou 910 h) dans les 24 mois qui précèdent la fin de votre dernier contrat de travail ou être âgé(e) de 53 ans et plus et avoir travaillé 6 mois (soit 130 jours travaillés ou 910 h) dans les 36 mois qui précèdent la fin de votre dernier contrat de travail.</i>	<b>N° Matricule France Travail :</b> .....  <b>Date d'inscription :</b> .....  L'avis de situation à télécharger sur votre espace personnel France Travail. Ce document doit être daté de moins d'un mois à la date de l'entrée en formation.  Notification de rejet et/ou de l'octroi d'une rémunération France Travail.	
<input type="checkbox"/> <b>En poursuite de scolarité</b>	Le ou les certificats de scolarité successifs depuis l'obtention du baccalauréat ou titre équivalent.	
<input type="checkbox"/> <b>Bourses Sanitaires et Sociales sur critères sociaux Région Nouvelle Aquitaine</b>	Dépôt de demande des Bourses Sanitaires et Sociales sur le site de la Région Nouvelle Aquitaine – Janvier 2026  <b>Pour information, ouverture de la Campagne à compter de décembre 2025</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Aucune des catégories précédentes</b>		

**5- SITUATION DE HANDICAP**

**Etes-vous concerné(e) ?**

NON     OUI compléter les champs suivants :

NOM DE L'APPRENANT : ..... PRENOM.....

Document à fournir :

- Aménagements antérieurs (PAP, PPS PAI)
- Bilan orthophoniste récent si troubles des apprentissages
- Justificatif MDPH ou par un médecin agréé MDPH

Votre dossier sera ensuite étudié par la section pour le traitement pédagogique des situations individuelles qui déterminera les possibilités d'aménagement de déroulement des études.

Afin d'organiser au mieux votre rentrée, merci de contacter dès à présent notre référente Handicap [pacheco@ch-tulle.fr](mailto:pacheco@ch-tulle.fr)

Un rendez-vous sera programmé à l'entrée en formation afin d'échanger sur votre situation.

**Institut de Formation d'aides-soignants**  
**du Centre Hospitalier de TULLE – Hôpitaux de Corrèze**

---

**6- ATTESTATION DE REGLEMENT DES FRAIS D'INSCRIPTION**

Je soussigné(e) NOM PRENOM DE L'APPRENANT.....

Confirme mon inscription à l'Institut de Formation d'aides-soignants du CH de TULLE.

Et avoir régler les frais d'inscription par chèque d'un montant de 100 € tarif 2026 à l'ordre du TRESOR PUBLIC :

- Lors de la confirmation de mon inscription suite à mon admission
- Lors du dépôt de ce dossier d'inscription administrative

Tulle, le .....

Signature de l'apprenant

Signature du représentant légal (l'apprenant mineur)

**Un exemplaire est à conserver par l'apprenant**

## 7- HERBERGEMENT PENDANT LES PERIODES DE STAGE

Avez-vous une possibilité de lieu d'hébergement gratuit durant vos stages sur le département 19 ?

OUI    indiquez le code postal et la ville :

- .....  
- .....  
- .....  
- .....  
- .....

NON

**8- FICHE APPRENANT - DRH - ANNEE 2026**

**A COMPLETER LISIBLEMENT EN MAJUSCULE**

**NOM DE L'APPRENANT :** .....

**PRENOM :** .....

**DATE DE NAISSANCE :** .....

**VILLE DE NAISSANCE :** .....

**NOM ET NUMERO DU DEPARTEMENT DE NAISSANCE :** .....

**ADRESSE PENDANT LA SCOLARITE :** .....

**N° TELEPHONE (FIXE et PORTABLE) :** .....

**E. MAIL :** .....

**Cadre réservé IFPS**

- Photocopie de la pièce d'identité en cours de validité
- Relevé identité bancaire (au nom de l'apprenant)
- Justificatif d'immatriculation sécurité sociale
- Adresse de l'apprenant durant la scolarité

## 9- DOSSIER MEDICAL

Votre dossier médical doit comporter :

- La fiche apprenant – Medecine du travail
- Certificat médical d'aptitude physique et psychologique (A faire établir par un médecin agréé – (hors médecin traitant) - liste des médecins agréés disponible sur le site de l'Agence Régionale de Santé – modèle ci-joint)
- Certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation (A faire compléter par votre médecin traitant – Document ci-joint) - Joindre copie des sérologies effectuées et documents demandés sur la fiche médicale.
- copie de votre carnet de vaccination et joindre copie des sérologies demandées
- Radiographie pulmonaire datant de moins de 6 mois
- Photocopie de l'attestation des droits de votre caisse de sécurité sociale

Pour toutes demandes de renseignements concernant votre dossier médical, vous pouvez contacter le

**Service Santé au Travail du Centre Hospitalier de Tulle**

Téléphone : 05.55.29.86.84 / Mail : [medprev@ch-tulle.fr](mailto:medprev@ch-tulle.fr)

**Attention :**

*L'accès aux stages est strictement conditionné au respect des obligations vaccinales en vigueur. L'institut ne pourra être tenu responsable en cas d'impossibilité de départ en stage liée à l'absence ou à la non-conformité du statut vaccinal de l'étudiant. L'institut n'est pas en mesure de rechercher des terrains de stage au cas par cas, selon la situation vaccinale individuelle.*

*Un mémo vaccination est à consulter impérativement sur le site internet de l'IFPS.*

## FICHE APPRENANT - MEDECINE DU TRAVAIL - ANNEE 2026

A COMPLETER LISIBLEMENT EN MAJUSCULE

NOM DE L'APPRENANT : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

VILLE DE NAISSANCE : .....

NOM ET NUMERO DU DEPARTEMENT DE NAISSANCE : .....

ADRESSE PENDANT LA SCOLARITE : .....

N° TELEPHONE (FIXE et PORTABLE) : .....

E. MAIL : .....

**Attention : Votre carnet de santé devra être présenté obligatoirement lors de votre visite médicale programmée à votre entrée en formation.**

### Cadre réservé IFPS

**DOSSIER MEDICAL :**

- Certificat médical d'aptitude physique et psychologique (A faire établir par un **médecin agréé** – (**hors médecin traitant**) - liste des médecins agréés disponible sur le site de l'Agence Régionale de Santé – modèle ci-joint)
- Certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation (A faire compléter par votre médecin traitant – Document ci-joint) - **Joindre copie des sérologies effectuées et documents demandés sur la fiche médicale.**
- copie de votre carnet de vaccination et joindre copie des sérologies demandées
- Radiographie pulmonaire datant de moins de 6 mois
- Photocopie de l'attestation des droits de votre caisse de sécurité sociale

**CERTIFICAT MEDICAL**

Liste des médecins agréés disponible sur le site de l'Agence Régionale de Santé

Je soussigné(e), Docteur .....

Médecin agréé (***hors médecin traitant***), atteste que :

Nom Prénom de l'apprenant .....

présente les aptitudes physiques et psychologiques nécessaires pour suivre la formation et à l'exercice futur de la profession d'aide-soignante.

**CACHET DU MEDECIN AGREE**

**DATE :**

**SIGNATURE**

# Dossier d'inscription administrative ADMISSION

Institut de Formation d'aides-soignants  
du Centre Hospitalier de TULLE – Hôpitaux de Corrèze



Filière universitaire :  <input type="checkbox"/> Médecine <input type="checkbox"/> Odontologie <input type="checkbox"/> Pharmacie <input type="checkbox"/> Sage-femme ou Institut de formation : .... ....	NOM : .....  Prénom : .....  Tél. : .....	NOM de naissance : .....  Date de naissance : ..... / ..... / .....  Email : .....
	Département de naissance : .....  Code postal résidence : .....	Commune de naissance ou pays si né(e) à l'étranger : .....

Avant votre entrée en formation, vous devez apporter la preuve que vous êtes vacciné(e) contre différentes maladies. Si vous n'êtes pas à jour des vaccinations obligatoires, vous ne serez pas autorisé(e) à aller en stage. Les tableaux suivants devront être complétés par un médecin. Cette fiche devra être communiquée, avec les résultats\*\* sérologiques réalisés (au minimum anticorps anti-HBs et anticorps anti-HBc), en même temps que votre dossier d'inscription selon les modalités décrites par l'établissement.

## Diphhtérie-Tétanos-Polio (dTp)\* / Diphhtérie-Tétanos-Polio-Coqueluche (dTTPca)

Faire un rappel dTTPca si un vaccin coquelucheux n'a pas été administré dans les 5 dernières années.  
Puis rappels dTTPca à âge fixe (25, 45 et 65 ans).

Dernier rappel dTP Date : .... / .... / .... Nom : .....	Dernier rappel dTTPca Date : .... / .... / .... Nom : .....
----------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------

## Hépatite B\*

Conditions d'immunisation valides :

Ac anti-HBs > 100 UI/l (quels que soient l'historique vaccinal et l'ancienneté des résultats)

Ac anti-HBs ≥ 10 UI/l et Ac anti-HBc négatif et schéma vaccinal complet

Autres situations : cf. Mémo « Professionnel de santé en charge des vaccinations des étudiants en santé »

Schémas complets valides :

- 3 doses (2 doses à au moins 1 mois d'intervalle, 3e dose au moins 5 mois après la 2e)
- Schéma accéléré (adultes) : 3 doses en 21 jours puis rappel à 1 an
- Schéma administré dans l'adolescence (entre 11 et 15 ans) : 2 doses espacées de 6 mois d'un vaccin dosé à 20 µg



Joindre résultats de sérologie\*\* et indiquer les dates de vaccination (quels que soient les résultats de sérologie) :

- Première dose => Date : .... / .... / .... Nom : .....

- Deuxième dose => Date : .... / .... / .... Nom : .....

- Troisième dose => Date : .... / .... / .... Nom : .....

- Injections supplémentaires :

Date : .... / .... / .... Nom : .....

Date : .... / .... / .... Nom : .....

Date : .... / .... / .... Nom : .....

## Rougeole Oreillons Rubéole (ROR)

Personnes nées depuis 1980 : 2 doses recommandées, à 1 mois d'intervalle quels que soient les antécédents pour ces 3 maladies (ou 3 doses si 1<sup>re</sup> dose de vaccin reçue avant l'âge de 12 mois)

Personnes nées avant 1980 : 1 dose si pas d'antécédent rougeole ou doute (sans contrôle sérologie préalable).

### Personnes nées depuis 1980

Première dose : Date : .... / .... / ..... Nom : .....

Deuxième dose : Date : .... / .... / ..... Nom : .....

### Personnes nées avant 1980

Antécédent rougeole : Oui /Non

Si Non : Date vaccination : .... / .... / ..... Nom : .....

## Varicelle

Vaccination avec 2 doses en absence d'antécédent varicelle (ou doute) et sérologie négative

Antécédent varicelle : Oui /Non

Si Non :

Sérologie positive : Joindre le résultat\*\*

Sérologie négative : dates des vaccinations :

Première dose : Date : .... / .... / ..... Nom : .....

Deuxième dose : Date : .... / .... / ..... Nom : .....



## Infections invasives à méningocoques (IIM) ACWY et B

ACWY : 1 dose recommandée entre 11 et 14 ans avec un rattrapage jusqu'à 24 ans inclus en population générale  
B : 2 doses entre 15 et 24 ans en population générale

Date vaccination Men ACWY : .... / .... / ..... Nom : .....

Première dose Men B : .... / .... / ..... Nom : .....

Deuxième dose Men B : .... / .... / ..... Nom : .....

## Tuberculose

Vaccination : non obligatoire depuis le 1er avril 2019

IDR (Intra Dermo Réaction) : Il n'est pas obligatoire de disposer d'un résultat d'IDR.

Toutefois, le médecin pourra proposer à l'étudiant, en l'absence d'examen de référence, de réaliser ce test (ou une IGRA, préférentielle chez les sujets vaccinés par le BCG) car le résultat peut servir de référence en cas de contagé ultérieur et de détection d'ITL, particulièrement chez les étudiants originaires de zones d'endémie ou de forte circulation et étant en France depuis moins de 5 ans. À noter, la réalisation d'IDR est à éviter dans le mois suivant une vaccination ROR.

Si existence d'un résultat d'IDR connu, même ancien, et mesuré en mm, celui-ci doit être indiqué avec la date de réalisation.

Si informations disponibles, indiquer :

Date de la vaccination : .....

Date dernière IDR et résultat (en mm) : .....

Date IGRA de référence et résultat : .....

\* Vaccination obligatoire

\*\* Preuves d'immunisation jointes sous pli confidentiel

Je, soussigné(e) Dr ..... certifie que les renseignements inscrits ci-dessus sont exacts.

Fait le : .... / .... / ....

Signature et cachet du praticien :

### 10- AUTORISATION D'ENREGISTREMENT ET D'UTILISATION DE L'IMAGE DE LA VOIX D'UNE PERSONNE MAJEURE OU MINEURE

La présente demande est destinée à recueillir le consentement et les autorisations nécessaires dans le cadre de l'enregistrement, la captation, l'exploitation et l'utilisation de l'image de personnes majeures ou mineures (photographie, voix) quel que soit le procédé envisagé.

Vu le Code Civil (article 9), la Déclaration universelle des droits de l'homme (article 12), la Convention européenne des droits de l'homme (article 8) et la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne (article 7)

Vu le règlement général européen N°2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation des données (RGPD) et à la loi n°78-17 du 06 janvier 1978 modifiée le 29 juin 2018 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés

#### Finalités envisagées

Enregistrement visuel et audio ou photographie pourront être exploités pour votre dossier administratif (Logiciel Berger Levrault), publication sur nos réseaux sociaux (Site internet de l'institut ou du Centre Hospitalier, Instagram, Facebook) dans le cadre d'activités pédagogiques réalisées intra ou extra à l'institut.

#### Modes d'exploitation envisagées

Autorisation*	support	Conservation	Etendue de la diffusion
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Gestion administrative sur logiciel Berger Levrault	1 année	Personnels administratifs, équipe pédagogique et vie étudiante lors de l'évènement
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Trombinoscope / exposition	1 année	Personnels administratifs, équipe pédagogique, élèves/étudiants de l'établissement lors de l'évènement
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Pour un usage collectif à l'IFSI/IFAS	1 année	Personnels administratifs, équipe pédagogique, étudiants et élèves de l'établissement
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	En Ligne	1 année	<b>Site avec accès réservé</b> (ENT, plateforme, ex ou intranet...) Précisez le(s) site(s) : .....
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	En Ligne	1 année	<b>Internet et réseaux sociaux de l'institut</b> Précisez le(s) site(s) : .....
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Support de stockage amovible	1 année	Précisez les destinataires du support : .....
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Projection collective	1 année	<input type="checkbox"/> <b>Usage collectif dans l'IFPS</b> <input type="checkbox"/> <b>Autres usages institutionnels</b> <input type="checkbox"/> <b>Usages de communication externe à l'institut</b>
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Autre (précisez)	1 année	Précisez les destinataires : .....

\* Cocher les cases

## Pour exercer vos droits

Les données recueillies au sein de ce formulaire font l'objet d'un traitement par la directrice de l'institut. Cette utilisation est valable pour la durée de la formation.

Vous disposez d'un droit d'accès aux données vous concernant, d'un droit de rectification, d'un droit d'opposition et d'un droit à la limitation du traitement de vos données. Vous disposez également d'un droit à l'effacement concernant l'image/la voix enregistrée et utilisée dans le cadre décrit ci-dessus.

Je m'engage à ne pas tenir responsable l'institut de formation ainsi que les représentants pour ce qui relève de la possibilité d'un changement de cadrage, de couleur et densité qui pourrait survenir lors de la reproduction.

Pour exercer vos droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante: [ifsi@ch-tulle.fr](mailto:ifsi@ch-tulle.fr) Si vous estimatez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation auprès de la CNIL, en ligne sur [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr) ou par voie postale à l'adresse suivante : 3 place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS Cedex 07

## Autorisation

Je soussigné(e) : [Nom – Prénom]

Demeurant : [adresse]

Déclare être majeur (e) ou mineur (e) (rayez la mention inutile) et avoir pris connaissance des modes d'exploitations envisagées, ainsi :

- j'autorise la captation de mon image / de ma voix et l'utilisation qui en sera faite par l'institut.  
 je n'autorise pas la captation de mon image / de ma voix.

Merci d'écrire lisiblement le mot « **REFUS** » : \_\_\_\_\_

Fait à .....

Le .....

Signature de l'étudiant/élève :

Signature des parents ou

représentant l'égal pour les mineurs :

## 11- INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

### TENUES PROFESSIONNELLES

Un trousseau de cinq tenues de stage nominatives vous sera confié pour la durée de votre formation par le Centre Hospitalier de TULLE. La restitution complète de ce trousseau vous sera demandée en fin de formation. Toute perte ou toute tenue abîmée vous sera facturée à hauteur de 10 € par tenue. Pour les activités de simulation, vous devrez être en tenue de stage.

### CREATION D'UNE ADRESSE MAIL PROFESSIONNELLE :

Une adresse mail est obligatoire pour bénéficier d'un accès à l'espace numérique de travail dédié au dépôt de cours durant votre formation et diverses applications. Ainsi je vous demande de respecter le modèle suivant pour faciliter notamment les échanges avec les professionnels : **prenom.nom@...** (avec rajout de chiffre autorisé si adresse déjà utilisée).

### MATERIEL

Il est fortement conseillé de vous équiper d'un ordinateur portable et d'une connexion internet (ou de vous faire prêter un ordinateur pour la durée de la formation). Attention nos documents pour les travaux sont compatibles avec Windows et Mac. Ils ne sont pas compatibles avec les appareils fonctionnant sous IOS, Android ni les ordinateurs de type Chromebook.

### RESTAURATION – HEBERGEMENT

Vous pourrez déjeuner au restaurant du campus de Tulle.

Vous pouvez consulter l'ensemble des offres présentées sur notre site internet ([www.ifsi-tulle.fr](http://www.ifsi-tulle.fr) : rubrique institut, vie étudiante, se loger à TULLE.). Des annonces sont également affichées au sein de l'institut.

**Si vous souhaitez plus d'informations sur le programme de formation vous pouvez consulter notre site internet**

[www.ifsi-tulle.fr](http://www.ifsi-tulle.fr)