FORMATION AIDE-SOIGNANTE

DOSSIER D'INSCRIPTION ADMINISTRATIVE

Rentrée promotion 2027



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

La **PRÉ-RENTRÉE** à l'Institut de Formation d'aides-soignants est fixée le :
LUNDI 14 DECEMBRE 2026 de 9h à 17h
Votre présence est obligatoire.

La **RENTREE** à l'Institut de Formation d'aides-soignants est fixée au :
LUNDI 04 JANVIER 2027 à 8 heures 30

Ce dossier est strictement réservé aux candidats admis en Institut de Formation d'aides-soignants pour la rentrée de janvier 2027 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 04 décembre 2026.**

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 OBLIGATOIREMENT 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..... 19

11- INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES 21

Dossier d'inscription administrative
ADMISSION - PROMOTION JANVIER 2027

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

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 apprenant DRH à compléter

☐ Fiche apprenant **DOSSIER MEDICAL** **: Tout dossier médical incomplet ne vous permettra pas de réaliser vos stages obligatoires et aura donc un impact sur la durée de votre formation**

- ☐ 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 – Page 14
- ☐ Certificat médical d'immunisation et de vaccination. A faire établir par votre **médecin traitant** – Page 15
- ☐ Fiche médicale (A faire compléter par votre médecin traitant – Document ci-joint ARS) – Page 16 à 18
- ☐ Copie des sérologies demandées
- ☐ Copie de votre carnet de vaccination
- ☐ Photocopie de l'attestation des droits de votre caisse de sécurité sociale

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'APPRENANT 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
☐ **Salarié(e) du secteur public**	L'attestation de prise en charge par l'employeur des frais pédagogiques de formation.	
☐ **Salarié(e) du secteur privé**	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.	
☐ **Inscrit(e) à France Travail** *Condidtions : Etre âgé(e) de moins de 53 ans, et que 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.*	**N° Matricule France Travail :** **……** **Date d'inscription :** **……** 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.	
☐ **En poursuite de scolarité**	Le ou les certificats de scolarité successifs depuis l'obtention du baccalauréat ou titre équivalent.	
☐ **Bourses Sanitaires et Sociales sur critères sociaux Région Nouvelle Aquitaine**	Dépôt de demande des Bourses Sanitaires et Sociales sur le site de la Région Nouvelle Aquitaine – Janvier 2027 **Pour information, ouverture de la Campagne à compter de décembre 2026**	
☐ **Aucune des catégories précédentes**		

5- SITUATION DE HANDICAP

Etes-vous concerné(e) ?

❑ NON ❑ OUI compléter les champs suivants :

NOM DE L'APPRENANT : ……. PRENOM……

Documents à f*ournir :*

- Formulaire à télécharger en suivant le lien suivant *: Recueil d'information - situation de handicap*
- Aménagements antérieurs (PAP, PPS PAI)
- Bilan orthophoniste récent si troubles des apprentissages
- Justificatif MDPH ou par un médecin agréé MDPH

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

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 2027 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)

<u>Un exemplaire est à conserver par l'apprenant</u>

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 2027

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 – Dossier médical
- 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 – Page 14
- Certificat médical d'immunisation et de vaccination. A faire établir par votre **médecin traitant** – Page 15
- Fiche médicale (A faire compléter par votre médecin traitant – Document ci-joint ARS) – Page 16 à 18
- Copie des sérologies demandées
- Copie de votre carnet de vaccination
- Photocopie de l'attestation des droits de votre caisse de sécurité sociale

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 en cliquant sur le lien suivant : Informations sur les obligations vaccinales

FICHE APPRENANT – DOSSIER MEDICAL - ANNEE 2027

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 – Page 14

☐ Certificat médical d'immunisation et de vaccination. A faire établir par votre **médecin traitant** – Page 15

☐ Fiche médicale (A faire compléter par votre médecin traitant – Document ci-joint ARS) – Pages 16 à 18

☐ Copie des sérologies demandées

☐ Copie de votre carnet de vaccination et joindre copie des sérologies demandées

☐ Copie de votre carnet de vaccination

☐ Photocopie de l'attestation des droits de votre caisse de sécurité sociale

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE PHYSIQUE, ET PSYCHOLOGIQUE

A faire compléter par un médecin agréé

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 ……

N'est atteint d'aucune affection d'ordre physiques et psychologiques incompatible avec l'exercice de la profession d'aide-soignant.

CACHET DU MEDECIN AGREE **DATE :**

SIGNATURE

CERTIFICAT MEDICAL D'OBLIGATIONS D'IMUNISATION ET DE VACCINATION

A faire compléter par votre médecin traitant

Je soussigné(e), Docteur .....

Médecin traitant atteste que :

Nom Prénom de l'apprenant .....

Remplit les **obligations d'immunisation et vaccination obligatoires** : **diphtérie/Tétanos/Poliomyélite (dTP) et hépatite B (sérologie d'immunisation à produire)** et les vaccinations recommandées : Coqueluche, Rougeole/Oreillons/Rubéole (ROR), Varicelle, Méningite, Grippe et Covid.

CACHET DU MEDECIN TRAITANT **DATE :**

SIGNATURE



ETUDIANT EN SANTE
Fiche médicale à valider par un médecin

Filière universitaire : ☐ Médecine ☐ Odontologie ☐ Pharmacie ☐ Sage-femme ou Institut de formation :	NOM : ..... Prénom : ..... Tél. : ..... Département de naissance : ..... Code postal résidence :	NOM de naissance : ..... Date de naissance : ..... / ..... / ..... Email : ..... 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.

Diphtérie-Tétanos-Polio (dTP)* / Diphtérie-Tétanos-Polio-Coqueluche (dTP*ca**)

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

Dernier rappel dTP	Dernier rappel dTPca
Date : ..... / ..... /	Date : ..... / ..... / .....
Nom :	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 sous pli confidentiel 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 1ère dose de vaccin reçue avant l'âge de 12 mois). Pas de contrôle sérologique préalable à effectuer.
Personnes nées avant 1980 : 1 dose si aucun antécédent rougeole ou si doute (sans contrôle sérologique 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 si aucun antécédent varicelle (ou si doute) et sérologie négative.

Antécédent varicelle : Oui /Non
Si Non :
Sérologie positive : *Joindre le résultat sous pli confidentiel*
Sérologie négative : Précisez les dates des vaccinations :
Première dose : Date : ..../..../ ..... Nom : .....
Deuxième dose : Date : ..../..../ ..... Nom : .....

Les vaccinations grippe** et Covid** seront à réaliser chaque année



Infections invasives à méningocoques (IIM) ACWY*** et B***
IIM ACWY : 1 dose entre 11 et 14 ans, avec un rattrapage jusqu'à 24 ans inclus. IIM B : 2 doses entre 15 et 24 ans
Date vaccination Men ACWY : .... / .... / ..... Nom : ..... Première dose Men B : .... / .... / ..... Nom : ..... Deuxième dose Men B : .... / ..... / ..... Nom : .....

Infections à papillomavirus (HPV)***
HPV : 2 doses entre 11 et 14 ans, avec un rattrapage jusqu'à 26 ans inclus (3 doses si 1ère dose initiée à partir de 15 ans)
Première dose HPV : .... / .... / ..... Nom : ..... Deuxième dose HPV : .... / ..... / ..... Nom : ..... Troisième dose HPV : .... / ..... / ..... 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 contage ultérieur et de détection d'infection tuberculeuse latente (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 pour devenir professionnel de santé **Vaccination recommandée chez les professionnels de santé*
**** Vaccination recommandée en population générale dans cette tranche d'âge*

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	Étendue de la diffusion
☐ OUI ☐ NON	Gestion administrative sur logiciel Berger Levrault	1 année	Personnels administratifs, équipe pédagogique et vie étudiante lors de l'évènement
☐ OUI ☐ NON	Trombinoscope / exposition	1 année	Personnels administratifs, équipe pédagogique, élèves/étudiants de l'établissement lors de l'évènement
☐ OUI ☐ NON	Pour un usage collectif à l'IFSI/IFAS	1 année	Personnels administratifs, équipe pédagogique, étudiants et élèves de l'établissement
☐ OUI ☐ NON	En Ligne	1 année	**Site avec accès réservé** (ENT, plateforme, ex ou intranet...) Précisez le(s) site(s) : ……
☐ OUI ☐ NON	En Ligne	1 année	**Internet et réseaux sociaux de l'institut** Précisez le(s) site(s) : ……
☐ OUI ☐ NON	Support de stockage amovible	1 année	Précisez les destinataires du support : ……
☐ OUI ☐ NON	Projection collective	1 année	☐ **Usage collectif dans l'IFPS** ☐ **Autres usages institutionnels** ☐ **Usages de communication externe** à l'institut
☐ OUI ☐ 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* Si vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation auprès de la CNIL, en ligne sur 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 : 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