

Hospices Civils de Beaune  
Centre Hospitalier Philippe le Bon

RÉGION  
BOURGOGNE  
FRANCHE  
COMTE

**INSTITUT DE FORMATIONS PARAMÉDICALE  
DES HOSPICES CIVILS DE BEAUNE**

AVENUE GUIGONE DE SALINS. B.P. 40104. 21203 BEAUNE CEDEX. TÉLÉPHONE 03 80 24 44 49. FAX 03 80 24 45 83. Courriel : [lst.sec.ifs@ch-beaune.fr](mailto:lst.sec.ifs@ch-beaune.fr)

**ÉTUDIANTS EN SOINS INFIRMIERS DE  
2<sup>ème</sup> ANNÉE**

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2024-2025**

**DOSSIER D'INSCRIPTION**

**ÉTUDIANTS EN SOINS INFIRMIERS DE  
2<sup>ème</sup> ANNÉE**

**RENTRÉE LE  
LUNDI 02 SEPTEMBRE 2024**

**DOSSIER A RENDRE AU PLUS TARD  
LE MERCREDI 31 JUILLET 2024,  
**delai de rigueur****

# SOMMAIRE

Tableau récapitulatif des pièces à fournir	<b>Page 1</b>
Fiche de renseignements année de formation 2024/2025 à renseigner et à renvoyer	<b>Pages 2 à 4</b>
Attestation sur l'honneur visite médicale	<b>Page 5</b>

# DOCUMENTS A RETOURNER A L'IFSI

## COORDONNEES DU SECRETARIAT

IFSI de BEAUNE  
Avenue Guigone de Salins – BP 40104  
21203 BEAUNE CEDEX

☎ : 03.80.24.44.49

Mail : lst.sec.ifsi@ch-beaune.fr

Pièces à fournir	
	➤ <b>Fiche de renseignements dûment remplie</b> , avec photo d'identité collée
	➤ <b>Attestation de paiement</b> de la <b>Contribution Vie Etudiante et de Campus (CVEC)</b> sauf pour les étudiants exonérés
	➤ <b>Attestation de responsabilité civile 2024/2025</b>
	➤ Copie de l' <b>attestation</b> de droits, justifiant de votre affiliation à l'Assurance Maladie, valable jusqu'en juillet 2025
	➤ <b>1 Relevé d'Identité Bancaire</b> à vos noms et prénoms
	➤ <b>Chèque (Montant 175 €)</b> à l'ordre de RR IFSI HC BEAUNE correspondant aux droits d'inscription ( <b>non remboursable en cas de désistement</b> )
	➤ <b>Attestation de visite médicale</b> pour l'année 2024-2025
	➤ <b>2 photocopies de la Carte d'identité ou passeport en cours de validité</b>
	➤ <b>Photocopie de votre carte grise</b>

Pour information, le décret de 13 mai 2023 relatif à la suspension de l'obligation de vaccination contre la covid-19 des professionnels et étudiants, stipule dans l'art.1 « **l'obligation vaccinale contre la covid-19** prévue par l'article 12 de la loi du 5 août 2021 susvisée **est suspendue** »

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS

## Année universitaire 2024/ 2025

Coller ici  
une photo  
récente

### Cadre réservé à l'institut

Date d'entrée en formation : .....

Interruption de la formation : .....

Reprise de formation : .....

Arrêt de formation : .....

    Motif : .....

Redoublement : ..... .....

..... .....

### IDENTIFICATION DE L'ÉTUDIANT(E)

NOM de naissance : ..... Prénom(s) : .....

Nom marital : .....

Date et lieu de naissance : .....

Nationalité : .....

Situation familiale :

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

Nombre d'enfants : .....

Situation de handicap :    Oui     Non     Précisez : .....

Si oui, personne à contacter : Marie-Hélène Vallon (réfèrent handicap) : [marie-helene.vallon@ch-beaune.fr](mailto:marie-helene.vallon@ch-beaune.fr)

Adresse PENDANT la formation : .....

.....

.....

N° de téléphone : Domicile : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ ..... Portable : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

E-mail : .....

## 2 personnes à prévenir en cas d'urgence

NOM Prénom : ..... Lien de parenté : .....

ADRESSE : .....

N° de téléphone : Fixe : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ ..... Portable : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

NOM Prénom : ..... Lien de parenté : .....

ADRESSE : .....

N° de téléphone : Fixe : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ ..... Portable : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

## FAMILLE DE L'ÉTUDIANT

Nom des parents ou du conjoint : .....

Adresse : .....

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

Profession du père : ..... Profession de la mère : .....

Profession du conjoint : .....

Nombre de frères et/ou sœurs : .....

## PERMIS DE CONDUIRE ET VÉHICULE

Possédez-vous le permis de conduire ?    Oui     Non

En cours d'acquisition    Oui     Non     Délai d'obtention :

Possédez-vous un véhicule personnel ?    Oui     Non

## DEMANDES D'AIDES FINANCIÈRES

Pôle emploi    Oui     Non     N° d'identifiant : \_\_\_\_\_

Autre (précisez) .....

Demande de bourse    Oui     Non

Etudes dans le cadre de la promotion professionnelle

Public :    Oui     Non     Privé :    Oui     Non

Nom de l'établissement : .....

## FINANCEMENT DE VOTRE FORMATION

Conseil Régional     Employeur     Transition Pro     Autofinancement

Autres, précisez : .....

Je soussigné(e) ..... atteste avoir pris connaissance des informations mentionnées dans ce dossier et en accepte les modalités.

Fait à :

Le :

Signature :

**Toute modification de coordonnées en cours de formation**  
**doit être impérativement signalée au secrétariat**



**INSTITUT DE FORMATIONS PARAMÉDICALES  
DES HOSPICES CIVILS DE BEAUNE**

AVENUE GUIGONE DE SALINS. B.P. 40104. 21203 BEAUNE CEDEX. TÉLÉPHONE 03 80 24 44 49. FAX 03 80 24 45 83. Courriel : [lst.sec.ifs@ch-beaune.fr](mailto:lst.sec.ifs@ch-beaune.fr)

**ATTESTATION SUR L'HONNEUR**

Je soussigné(e) Mme/Mr\* .....né(e) le

..... à .....

étudiant(e) en soins infirmiers de 2<sup>ème</sup> année / 3<sup>ème</sup> année\*, atteste sur l'honneur avoir

bénéficié d'une visite médicale le....., auprès du


Docteur.....

A .....; le.....

Signature :

\* *Rayer la mention inutile*



INSCRIPTION EN LIGNE via 

*Qui est concerné ?*

Les étudiants de 1<sup>ère</sup> année en Formation Initiale qui s'inscrivent pour la 1<sup>ère</sup> fois à l'Université de Bourgogne

*Quels identifiants ?*

Etudiant sélectionné via Parcoursup : N° Parcoursup + date de naissance  
Etudiant hors Parcoursup : N° OPI + date de naissance

INSCRIPTION EN LIGNE via  ENT  
vos services en ligne

*Qui est concerné ?*

Les étudiants en **Formation Initiale** et en **Formation Continue** qui ont déjà été inscrits à l'Université de Bourgogne :

- Redoublants de 1<sup>ère</sup> année
- Etudiants de 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> année

INSCRIPTION via un FORMULAIRE PAPIER



- Etudiants de 1<sup>ère</sup> année en Formation Continue qui s'inscrivent pour la première fois à l'uB
- Etudiants de 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> année en Formation Continue qui sont en mutation

*Formation initiale* : étudiants qui n'ont jamais quitté le système scolaire ou universitaire

*Formation Continue* : étudiants en formation professionnelle

*Mutation* : étudiants venants d'une autre région

*OPI* : numéro fourni par l'IFSI



