



Hospices Civils de Beaune
Centre Hospitalier Philippe le Bon

RÉGION
BOURGOGNE
FRANCHE
COMTE

**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.ifsi@ch-beaune.fr

**ÉTUDIANTS EN SOINS INFIRMIERS DE
3^{ème} ANNÉE**

ANNEE UNIVERSITAIRE 2024-2025

DOSSIER D'INSCRIPTION

**ÉTUDIANTS EN SOINS INFIRMIERS DE
3^{ème} 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	Page 1
Fiche de renseignements année de formation 2023/2024 à renseigner et à renvoyer	Pages 2 à 4
Attestation sur l'honneur visite médicale	Page 5

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

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

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 PARAMEDICALES
DES HOSPICES CIVILS DE BEAUNE**

AVENUE GUIGONE DE SALINS. B.P. 40104. 21203 BEAUNE CEDEX. TELEPHONE 03 80 24 44 49. FAX 03 80 24 45 83. Courriel : Ist.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^{ème} année / 3^{ème} 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^{ère} année en Formation Initiale qui s'inscrivent pour la 1^{ère} 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^{ère} année
- Etudiants de 2^{ème} et 3^{ème} année

INSCRIPTION via un FORMULAIRE PAPIER



- Etudiants de 1^{ère} année en Formation Continue qui s'inscrivent pour la première fois à l'uB
- Etudiants de 2^{ème} et 3^{ème} 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

