



**ANNEE UNIVERSITAIRE 2026-2027**

**DOSSIER D'INSCRIPTION  
ÉTUDIANTS EN SOINS INFIRMIERS  
DE 2<sup>ème</sup> ANNÉE**

**RENTRÉE LE  
LUNDI 31 AOÛT 2026 À 8H30**

**DOSSIER A RENDRE AU PLUS TARD  
LE VENDREDI 31 JUILLET 2026,  
délai de rigueur**

# 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.ifsib@ch-beaune.fr

PIÈCES À FOURNIR	Réservé	
	Etudiant	IFSI
Fiche de renseignements dûment remplie, avec photo d'identité collée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attestation de paiement de la Contribution Vie Etudiante et de Campus (CVEC) sauf pour les étudiants exonérés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attestation de responsabilité civile 2026/2027	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Copie de l'attestation de droits, justifiant de votre affiliation à l'Assurance Maladie, valable jusqu'en juillet 2027	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 Relevé d'Identité Bancaire à vos noms et prénoms (si changement)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chèque d'un montant 178 € (tarif 2025-2026) à l'ordre de RR IFSI HC BEAUNE correspondant aux droits d'inscription (non remboursable en cas de désistement) <i>En cas de modification du tarif des frais d'inscription 2026, il vous sera demandé d'effectuer un chèque du nouveau montant ; le chèque déjà fourni sera détruit.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attestation de visite médicale pour l'année 2026-2027	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 photocopie de la Carte d'identité ou passeport en cours de validité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 photocopie de votre carte grise (si changement)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour les personnes inscrites à France Travail, attestation France Travail contenant votre n° identifiant, coordonnées de l'agence dont vous dépendez et l'adresse électronique de votre conseiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ne pas agraffer les documents

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS

## Année universitaire 2026/ 2027

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 d'usage : .....

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 (référente handicap) : [marie-helene.vallon@ch-beaune.fr](mailto:marie-helene.vallon@ch-beaune.fr)
- Maude HUCHETTE (référente handicap) : [maude.huchette@ch-beaune.fr](mailto:maude.huchette@ch-beaune.fr)

Adresse **PENDANT** la formation : .....

.....

.....

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

E-mail : .....

## 2 personnes à prévenir en cas d'urgence

1- NOM Prénom : ..... Lien de parenté : .....

ADRESSE : .....

N° de téléphone : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

2- NOM Prénom : ..... Lien de parenté : .....

ADRESSE : .....

N° de téléphone : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

## 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**

## ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) Mme/M.\* .....

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*