



ANNEE UNIVERSITAIRE 2026-2027

**DOSSIER D'INSCRIPTION
ÉTUDIANTS EN SOINS INFIRMIERS
DE 3^{ème} 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.ifsi@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
- Maude HUCHETTE (référente handicap) : maude.huchette@ch-beaune.fr

Adresse **PENDANT** la formation :

.....

.....

N° de téléphone : Domicile : __ / __ / __ / __ / __ Portable : __ / __ / __ / __ / __

E-mail :

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 3^{ème} année

atteste sur l'honneur avoir bénéficié d'une visite médicale le.....,

auprès du Docteur.....

A; le.....

Signature :

* *Rayer la mention inutile*