DOSSIER D'INSCRIPTION

Pour valider définitivement votre inscription, vous devez compléter le dossier administratif, selon les instructions ci-après.

Vous avez la possibilité de :

- Le déposer en main propre à l'accueil de la Faculté de Médecine ou par voie postale avant le **1er août 2025 (fermeture de la Faculté du 04 août au 22 août 2025 inclus)** :

ECOLE IBO DU CHU DE NICE
Faculté de Médecine – 6ème étage
28, avenue de Valombrose
06 107 NICE

OU

- de le faire parvenir votre dossier par voie postale, à l'adresse suivante (pendant la fermeture de la Faculté de Médecine) :

IFSI DU CHU DE NICE
DOSSIER D'INSCRIPTION ADMINISTRATIVE – ECOLE IBODE
12, avenue de Valombrose
06 100 NICE

DATE LIMITE DE RESTITUTION DU DOSSIER : Lundi 18 août 2025 au plus tard

Tout dossier incomplet entrainera un refus d'entrée en formation.

RENTREE le lundi 08/09/2025 à 09h00 à l'école d'IBODE

FINALISATION DE VOTRE INSCRIPTION

Vous recevrez courant de l'été, sur l'adresse mail fournie dans la fiche de renseignements ci-jointe, une communication relative à votre inscription. **Pensez donc à vérifier régulièrement votre boîte mail et vos spams.**

Pensez également à consulter régulièrement le site internet www.chu-nice.fr pour suivre les informations relatives à la rentrée

LISTE DES PIECES A FOURNIR

Pour tous les étudiants :

- ❑ **Fiche de renseignement** complétée et signée
- ❑ Fiche des **renseignements de stage**
- ❑ **Formulaire de prise en charge financière**
- ❑ **2 Photos d'identité récentes**
- ❑ Photocopie de la **pièce d'identité recto / verso** valide
- ❑ Une copie de votre AFGSU – Niveau 2
- ❑ **Attestation de responsabilité civile vie privée** pour l'année scolaire concernée, établie par l'assureur de votre habitation
- ❑ **Attestation de Sécurité Sociale** avec numéro lisible
- ❑ **Attestation d'honorabilité** à demander via le lien suivant : https://honorabilite.social.gouv.fr/qui-est-concerne/je-suis-elevestagiaireapprenti-intervenant-dans-un-etablissement-ou-service-de-la
  Lien à retrouver également sur le site internet du CHU de Nice https://www.chu-nice.fr/professionnels-etudiants/infirmier/

En fonction de votre situation :

- ❑ Si vous êtes inscrit(e) et indemnisé(e) à France Travail :
- ➔ Notification d'élaboration du Projet Personnalisé d'Accès à l'Emploi (PPAE)
- ➔ Conclusion d'entretien pour l'élaboration de projet d'action personnalisé
- ❑ Si Votre formation est prise en charge par votre employeur ou par un organisme payeur :
- ➔ Courrier d'accord de votre employeur de prise en charge pour votre formation
- ❑ Si vous êtes dans le cadre d'un autofinancement
- ➔ Une convention vous sera adressée contre signature vous engageant à vous acquitter des frais de formation

DEMARCHE MEDICALE

- ❑ **Fiche Médicale** à faire compléter par un médecin et à renvoyer par mail à l'Université à : csu.infirmerie@univ-cotedazur.fr

MERCI DE NE PAS JOINDRE CE DOCUMENT A VOTRE DOSSIER D'INSCRIPTION Pensez à vérifier dès à présent la mise à jour de vos vaccinations obligatoires : DTP, hépatite B, tuberculose

FRAIS D'INSCRIPTION UNIVERSITAIRE

A compter du *07 juillet 2025*, vous devrez effectuer votre inscription Universitaire :

1) **Créez** votre **identifiant numérique** sur :
E-candidat **https://ecandidat-uca1.univ-cotedazur.fr/#!accueilView**

2) Si vous êtes en **continuité de parcours, payez la CVEC : 105 €, sauf pour les apprentissages :** **https://cvec.etudiant.gouv.fr/**

3) **Inscrivez-vous** en **Master IBODE :**
https://univ-cotedazur.fr/formation/candidater-et-s-inscrire/sinscrire/etapes-dinscription-administrative/je-minscris-pour-la-1ere-fois-au-sein-duniversite-cote-dazur-1

4) **Payez** les **droits Master : 254 €**

INFOS POUR LA SCOLARITE

Concernant le suivi de la formation, il est recommandé d'être équipé :

- ❑ D'un ordinateur (PC ou MAC selon votre préférence) avec une suite OFFICE permettant le traitement de texte, la lecture de fichier PDF et la création de diaporama (si vous ne possédez pas de logiciel de ce type vous pouvez soit télécharger OPEN OFFICE gratuitement sur Internet, soit attendre la concrétisation de votre inscription universitaire qui vous permettra le chargement de MICROSOFT OFFICE 365 gratuitement (licence offerte pour le temps de vos études).

- ❑ Une imprimante (non obligatoire mais FORTEMENT conseillée)

- ❑ Un sac avec le matériel nécessaire pour prendre des notes :

  - Cahier, feuilles, bloc-notes, …
  - Des crayons
  - Une clé USB pour récupérer sur l'ordinateur de la salle de cours

VETEMENTS PROFESSIONNELS

Lors des stages effectués dans les services (endoscopie, radiologie interventionnelles et hygiène), les élèves doivent être dotés de tenues professionnelles complètes (blouses, pantalons, chaussures) complètes et identiques.

Si vous n'avez pas de tenue blanche, l'école IBO fait appel à un fournisseur déterminé afin d'obtenir les prix les plus avantageux possibles. Le prestataire sélectionné est :

« LE ROI DU TABLIER » - 6 Rue BARLA – 06300 NICE
Tél : 09 51 10 02 57
Le magasin est ouvert du lundi au samedi de 09h à 12h et de 14h00 à 19h.

- ❑ 2 tenues blanches obligatoires (2 blouses / 2 pantalons)

Il est impératif de commander vos tenues rapidement, car il existe un délai entre le passage de la commande et la réception de vos tenues.

Le paiement (espèces, chèques, CB) doit être effectué le jour de la commande.

Après essayage et règlement de votre commande, une date de retrait sera convenue avec le prestataire.

Vous devrez ensuite déposer vos tenues au service concerné du CHU de NICE :

Blanchisserie du CHU de Nice
57 Bis, avenue Joseph Raynaud – 06000 NICE – 1er étage de la lingerie relais
Du lundi au vendredi entre 08h00 et 14h45

1er départ en stage : le lundi 06 octobre 2025

Pour les agents en PROMOTION PROFESSIONNELLE DU CHU de NICE

Dès les résultats de la commission de financement, vous devez vous rendre à la dotation de la BIH (58285), pour faire modifier ou retirer de nouvelles tenues ; sauf le lundi et le jeudi matin.

Pour les agents en PROMOTION PROFESSIONNELLE d'autres établissements

Vous pouvez venir avec les tenues blanches de votre établissement avec l'accord de votre employeur.

Pensez à prendre 2 tenues complètes afin de pouvoir changer vos tenues.

INFORMATIONS DIVERSES

RESTAURATION

L'école dispose d'une salle de détente mise à votre disposition.
Elle comporte : point d'eau, tables, chaises, canapés, réfrigérateurs, micro-ondes, bouilloire, cafetière Nespresso® ancien et nouveau modèle, ainsi qu'une théière SPECIAL-T by Nestlé®.

Pour le premier jour, il est conseillé de prendre de quoi se restaurer.

Un relai est présent sur le CAL et sur Pasteur 2, 2 établissements proches de la faculté.

Un restaurant universitaire est également à votre disposition à l'étage Entresol (ES) de la faculté (date de réouverture en septembre non connue).

Des cartes de self (à créditer par carte bancaire) vous permettant de vous restaurer au CHU (tous sites confondus) vous seront remises contre signature le plus tôt possible.

Pour les agents en PROMOTION PROFESSIONNELLE DU CHU de NICE

Si vous ne possédez pas de carte de self, merci de le signaler, aucune carte n'étant prévue en commande pour vous, car vous devez déjà en disposer au sein de votre service.

STAGES PROFESSIONNELS

Pour information, les stages effectués au cours de votre formation se dérouleront dans tout le département 06 et 83 (de Menton à Toulon).

De ce fait, vous devrez vous organiser afin de pouvoir accéder à votre lieu de stage (véhicule personnel, co-voiturage, transport en commun…)

AIDES REGIONALES

Vous avez été reçu à la sélection d'entrée en formation d'Infirmiers de Bloc Opératoire (CONCOURS - Hors Promotion Professionnelle), vous pouvez déposer votre demande d'aide régional d'études.

Espace Usagers (mgcloud.fr)

CODE ETABLISSEMENT : **_57IcAS**
Nombre d'heures de formation : 1 400/an
Date de début de la formation : 08/09/2025
Date de fin de formation : 25/06/2027

Afin de vous aider dans vos démarches, un tuto a été élaboré par la Région que vous trouverez à la fin du dossier d'inscription.

FICHE DE RENSEIGNEMENT IBO – ANNEE 2025/2027

FICHE DE RENSEIGNEMENTS - ANNEE 2025/2027

ETAT CIVIL ET SITUATION FAMILIALE

NOM DE NAISSANCE

NOM MARITAL

PRENOMS

DATE ET LIEU DE NAISSANCE

N° DE SECURITE SOCIALE

NATIONALITE

ADRESSE

ADRESSE E-MAIL NOMINATIVE : votre adresse mail doit comporter votre nom et prénom

TELEPHONE

❑CELIBATAIRE ❑MARIE(E) ❑VEUF(VE) ❑ UNION LIBRE ❑ P.A.C.S. ❑DIVORCE(E) ❑ PARENT ISOLE

NOMBRE et AGE DES ENFANTS ……

NOM - ADRESSE, N° DE TELEPHONE DE LA PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE ET LIEN DE PARENTE

PARCOURS SCOLAIRE / FORMATION

Niveau d'études :

- ❑ Niveau I : Bac+4 / Bac +5 : Master, Doctorat, Diplôme des grandes écoles
- ❑ Niveau II : Bac + 3 : Licence, Maîtrise ou équivalent
- ❑ Niveau III : Bac + 2, DUT, BTS
- ❑ Niveau IV : Bac Général, Technologique, Professionnel, BP, BT
- ❑ DEI : Année d'obtention ……

Diplôme le plus élévé obtenu :

Intitulé……

Spécialité……

Si ce diplôme relève de l'enseignement universitaire, vous pouvez faire valoir vos études universitaires en vue d'obtenir des dispenses d'Unités d'Enseignement, (cf. note information pour les étudiants ayant effectué des études universitaires)

Etes - vous titulaire de l'Attestation de Formation au Geste d'Urgence - Niveau 2 ? OUI❑ NON❑

Si oui fournir la photocopie de cette attestation

…/….

RENSEIGNEMENTS A l' ENTREE DE VOTRE FORMATION

Statut :

- ❑ **Demandeur Emploi indemnisé : N° identifiant ....……..…...……..❑ France Travail**
- ❑ **Demandeur Emploi non indemnisé : N° identifiant……....…..……❑ France Travail**
- ❑ **Salarié**

Catégorie Socio-Professionnelle avant entrée en formation :

- ❑ **Cadre /ingénieur**
- ❑ **Employé**
- ❑ **Ouvrier non-qualifié**
- ❑ **Ouvrier qualifié**
- ❑ **Sans Objet**

Etes-vous porteur d'un handicap reconnu par la MDA (ex MDPH) ? OUI ❑ NON ❑

Si oui, lequel ? ……

Avez-vous le statut de Travailleur Handicapé ? OUI ❑ NON ❑

Prise en charge de la formation

- ❑ **Employeur / OPCA : ……..……...……**
- ❑ **Promotion Professionnelle Hospitalière CHU NICE : HÔPITAL ……**

GRADE……SERVICE……...……..……...……....……...

- ❑ **Promotion Professionnelle Hospitalière HORS CHU NICE : HÔPITAL …… ……**

GRADE……SERVICE……...……..……...……....……...

- ❑ **Région ou Pôle Emploi**

Fait à ……Le……..

Signature

FINANCEMENT

NOM : _____**PRENOM :** _____

☐ **<u>SITUATION N°1</u> : Vous êtes inscrit(e) <u>et indemnisé(e)</u> par France Travail*:**

Fournir :

Notification d'élaboration du Projet Personnalisé d'Accès à l'Emploi (PPAE)
et/ou
Conclusion d'entretien pour l'élaboration de projet d'action personnalisé

***Si vous êtes inscrit et non-indemnisé, vous dépendez de la situation N°3**

☐ **<u>SITUATION N°2</u>** : **Votre formation est prise en charge par votre employeur ou par un organisme payeur** (PROMOTION PROFESSIONNELLE CHU OU HORS CHU, OPCA, FONGECIF, ANFH,…)

NOM DE L'EMPLOYEUR OU DE L'ORGANISME PAYEUR_____

<u>Prise en charge</u> :

❑ **TOTALE** (convention entre Employeur ou organisme et Institut)

❑ **PARTIELLE** (convention entre Employeur ou organisme et Institut)

Fournir le <u>courrier d'accord de votre employeur de prise en charge pour votre formation</u>

Si votre employeur formule un refus, vous avez la possibilité de reporter d'un an votre formation en nous faisant la demande par écrit et en joignant le courrier de refus de votre employeur.

☐ **<u>SITUATION N°3</u> : Vous n'êtes ni concerné(e) par la situation 1, ni par la situation 2, vous êtes dans le cadre d'un AUTOFINACEMENT.**

DANS TOUS LES CAS, VOUS DEVEZ VOUS ACQUITER DES DROITS D'INSCRIPTION UNIVERSITAIRE (montant qui sera communiqué dès votre inscription définitive à l'école d'Infirmiers de Bloc Opératoire)

RENSEIGNEMENTS POUR LES STAGES

NOM : _____

PRENOM : _____

Je déclare :

- ❑ Ne pas avoir de moyen de locomotion et utiliser les transports en commun pour me rendre sur mes différents lieux de stage

- ❑ Avoir un moyen de locomotion pour me rendre sur mes différents lieux de stage :

Fait à _____le _____/_____/2025

Signature :

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR

Inscription des étudiants en santé
Fiche médicale à compléter par un médecin

Nom : _____ **Courriel :**

Prénom : _____

Date de naissance : ___/___/___ **Téléphone :** ___/___/___/___/___

Age : _____

En référence avec les articles de lois encadrant la couverture vaccinale des professionnels de santé, vous devez apporter la preuve que vous êtes vacciné(e) contre différents risques infectieux. Si vous n'êtes pas à jour des vaccinations obligatoires, vous ne serez pas autorisé(e) à aller en stage.

Cette fiche devra être communiquée AU MOINS 1 MOIS avant le début de votre stage au Centre de Santé Universitaire : csu.infirmerie@univ-cotedazur.fr

Je soussigné Dr _____ atteste que l'étudiant est à jour de ses vaccinations obligatoires et est immunisé contre l'Hépatite B.

Diphtérie – Tétanos – Polio (dTP) / Diphtérie-Tétanos-Polio-Coqueluche (dTPca)

Dernier rappel => Date : ___/___/___ Nom : _____

Hépatite B (schéma vaccinal complet + sérologie hépatite B)

- Première dose : Date : ___/___/___ Nom : _____
- Deuxième dose : Date : ___/___/___ Nom : _____
- Troisième dose : Date : ___/___/___ Nom : _____
- Injections supplémentaires : Date : ___/___/___ Nom : _____
  Date : ___/___/___ Nom : _____
  Date : ___/___/___ Nom : _____

Sérologie Hépatite B complète (à joindre à ce document) :

Date : ___/___/___ **AC anti-HBs :**
AC anti-HBc :
Ag HBS :

Les différents schémas complets :

- Soit classique (3 doses) : 2 doses à 1 mois d'intervalle, la 3ème au moins 5 mois après la 2ème dose
- Soit à l'adolescence (de 11 à 15 ans) : 2 doses espacées de 6 mois
  Soit accéléré (à titre exceptionnel) : 3 doses en 21 jours (J0, J7, J21), rappel à 1 an

Test tuberculinique de moins d'un an (vaccination non obligatoire à compter du 1er avril 2019)

BCG Nom : _____ Date : ___/___/___	Date du test : ___/___/___ **(Lecture 48-72h après)** **Taille de l'induration en mm :** *En cas d'IDR >5 mm, le Centre de Santé Universitaire indiquera à l'étudiant la démarche à suivre

Vaccinations recommandées

ROR => 1ère dose : _____ 2ème dose : _____

Varicelle si pas d'antécédent de maladie

Méningite C

Covid 19

Grippe

A _____, le _____ Signature et cachet du médecin

Suite au dos...

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Vaccination contre l'hépatite B

Un titre d'anticorps anti-HBs ≥10 UI/l, mesuré quatre à huit semaines après la 3e dose de primo-vaccination (ou après le rappel de douze mois en cas de schéma accéléré), est retenu internationalement comme seuil d'immunisation

Plus d'infos :
https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Recommandations-vaccinales-specifiques/Professionnels-exposes-a-des-risques-specifiques/Professionnels-de-sante
https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=37911

Vaccination contre la rougeole

Les personnes nées avant 1980, non vaccinées et sans antécédent connu de rougeole ou de rubéole, qui exercent des professions de santé en formation doivent recevoir une dose de vaccin trivalent rougeole-oreillons-rubéole.
La vaccination avec une dose de vaccin trivalent ROR est fortement recommandée pour les personnes travaillant dans les services accueillant des patients à risque de rougeole grave (immunodéprimés).

Schéma vaccinal : Personnes nées depuis 1980 et âgées de plus de 18 mois : rattrapage pour obtenir, au total, deux doses de vaccin trivalent ROR (avec un délai minimal d'un mois entre les doses), quels que soient les antécédents vis-à-vis des trois maladies.