

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS DU CHU DE NICE

DOSSIER D'INSCRIPTION - Candidats FPC

PRE RENTREE LE 04/09/2026 à 9h00

RENTREE LE 07/09/2026 à 8h30

Toute communication d'informations relatives à la rentrée se fera par mail. Pensez donc à vérifier régulièrement votre boîte mail et vos spams. Pensez également à consulter régulièrement le site internet www.chu-nice.fr

Un certificat de scolarité vous sera remis à la rentrée.

➤ **ETAPE 1 : CONFIRMATION OU DESISTEMENT VIA MYSELECT**

Sous 5 jours ouvrables

Au-delà de ce délai, vous serez automatiquement désisté de la formation

➤ **ETAPE 2 : INSCRIPTION UNIVERSITAIRE**

1. Créer son identifiant : connectez-vous sur <https://ecandidat-uca2.univ-cotedazur.fr/#!accueilView> (Vérifiez que vous êtes bien connecté sur UCA 2)
2. Compléter et déposer à l'IFSI le dossier d'inscription universitaire **ANNEXE 1 - Au plus tard le 16/06/2026 pour les candidats admis en liste principale** (*pour les candidats en remontée de liste, vous avez 4 jours ouvrables à compter de votre confirmation dans myselect*)

à l'adresse suivante : IFSI DU CHU DE NICE - 12, avenue de Valombrose 06 100 NICE

Horaires d'ouverture : 8h30-12h00 / 13h-16h

En dehors de ces horaires, une boîte aux lettres est à votre disposition devant l'IFSI

➤ **ETAPE 3 : INSCRIPTION IFSI**

Compléter et déposer à l'IFSI les **ANNEXES 2, 3 et 4 + pièces à fournir** au plus tard le **31/07/2026**

➤ **ETAPE 4 : DOSSIER MEDICAL**

A faire compléter par votre médecin et renvoyer à l'université à l'adresse csu.infirmierie@univ-cotedazur.fr - **ANNEXE 5**

Toutes les étapes sont obligatoires, tout dossier incomplet entrainera un refus d'entrée en formation

ANNEXES

ANNEXE 1 – Dossier universitaire à rendre avant le 16/06/2026

ANNEXE 2 – Fiche de renseignement IFSI à rendre avant le 31/07/2026

ANNEXE 3 – DROIT A L'IMAGE ET PROPRIETE INTELECTUELLE à rendre avant le 31/07/2026

ANNEXE 4 – charte informatique (Document en intégralité à lire sur le site internet du CHU) à rendre avant le 31/07/2026

ANNEXE 5 – FICHE MEDICALE à envoyer par mail à csu.infirmierie@univ-cotedazur.fr

ETAPE 2 - ANNEXE 1

Année universitaire 2026/2027 **DOSSIER D'INSCRIPTION**



(Cadre réservé à l'administration)

N° étudiant:

Étape: VET:

DIPLOME PREPARE :

NIVEAU ANNÉE D'ÉTUDES (1^{ère} année, 2^{ème} année, etc.) :

1. État civil

Nom de naissance

Prénom 1

Prénom 2

Prénom 3 :

Nom d'usage :

Nationalité :

Sexe : F M

Né(e) le : A (Ville) :

Département de naissance si vous êtes né-e en France :

.....

Pays de naissance si vous êtes né-e à l'étranger :

.....

2. Identifiants

Vous vous inscrivez pour la première fois à Université Côte d'Azur :

Indiquer votre N° DNE ou INES (Il figure sur votre relevé de notes du Bac ou vous a été communiqué par votre ancien établissement d'enseignement supérieur français)

.....

Vous avez déjà été étudiant à l'UNS ou à UniCA :

Indiquer votre numéro étudiant :

.....

3. Contribution de la Vie Etudiante et de Campus (CVEC)

Je me suis acquitté-e de la CVEC : Oui Non

Indiquez votre numéro d'identification CVEC pour 2026-2027 :

Téléchargez votre attestation CVEC d'acquiescement en vous connectant à <https://cvec.etudiant.gouv.fr>

4. Situation familiale – Situation militaire - Handicap

Situation familiale :

Seul(e) sans enfant

Seul(e) avec enfant(s)

En couple sans enfant

En couple avec enfant(s)

Nombre d'enfant(s) à charge :

Situation Militaire :

Recensé

Non recensé

Service accompli

Participation Journée Défense et Citoyenneté (JDC)

Exempté

Handicap :

Souhaitez-vous bénéficier d'un aménagement d'études et/ou d'examens ?

Oui Non

Si oui : rapprochez-vous de votre chargé d'accueil et d'accompagnement handicap

<https://univ-cotedazur.fr/responsabilite-et/une-et-universitaire/handicap/je-suis-etudiant-ou-souhaite-le-devenir/mes-contacts>

5. Premières inscriptions

Dans l'Enseignement supérieur français Année : /
Dans une Université Française Année : / Nom de l'établissement
À UniCA (1) Année : /

(1) Que vous ayez été inscrit à l'UNS ou à la Comue UniCA, ou pas, vous devez indiquer votre première année d'inscription à Université Côte d'Azur, établissement expérimental. La première année d'inscription à UniCA établissement expérimental est au plus tôt 2020-2021. Ainsi, si vous avez été étudiant à UniCA en 2021-2022, indiquer 2021-2022. Si vous êtes étudiant à UniCA à compter de cette année 2026-2027 indiquer 2026-2027...

6. Baccalauréat ou titre conférant les mêmes droits

Baccalauréat Série : Mention : Année d'obtention :
 DAEU A DAEU B Capacité en droit Autre (préciser)
Type d'établissement : Lycée Université Autre (préciser)
Établissement d'obtention : Département :

Si vous avez obtenu un bac général ou technologique en 2026 :

Spécialité 1 :
Spécialité 2
Spécialité abandonnée en 1^{ère}
Option 1 de terminale
Option 2 de terminale
 Latin Grec Autre (préciser)

7. Adresses

Adresse fixe (en général celle des parents)

.....
.....
.....
.....
Code postal :
Commune :
Pays :
Téléphone :

Adresse personnelle pour l'année 2026/2027 (si différente)

.....
.....
.....
.....
Code postal :
Commune :
Pays :
Téléphone :

Concernant votre adresse personnelle pour l'année 2026/2027, préciser s'il s'agit :

- Du domicile parental (4)
- D'une chambre étudiante (6)
- D'un foyer agréé (2)
- D'un logement HLM-CROUS (convention) (3)
- D'un logement personnel hors chambre étudiante (5)
- D'une résidence universitaire (1)
- D'un autre mode d'hébergement (7)

(Cadre réservé à l'administration)

- Hébergement non défini – A régulariser (8)

Si votre adresse personnelle pour l'année 2026/2027 n'est pas encore définie, cocher cette case .

Cette information devra être communiquée au service de scolarité dès que vous en aurez connaissance.

Courriel personnel :@.....

Téléphone portable :

8. Activité professionnelle de l'étudiant(e) et de ses parents

Exercez-vous une autre activité professionnelle ? Oui Non

Votre activité professionnelle est à : Mi-temps Temps complet Nombres d'heures par mois

Indiquez votre catégorie socioprofessionnelle (cf. liste en annexe 1) :

Indiquez la catégorie socioprofessionnelle du chef de famille :

Indiquez la catégorie socioprofessionnelle de l'autre parent :

9. Bourse et aide financière

Cochez ci-dessous la nature de l'aide dont vous bénéficiez :

Aucune aide

Bourse sur critères sociaux (bourses enseignement supérieur / CROUS)

Bourse du gouvernement français pour les étudiants communautaires

Bourse du gouvernement français pour les étudiants extracommunautaires

Autre – Préciser

Contrat doctoral

Aide à la mobilité internationale

Allocation individuelle d'autonomie (situation d'autonomie avérée)

Aide au mérite

Bourses des gouvernements étrangers pour leurs ressortissants

10. Échanges internationaux

Sens de l'échange : Départ

Arrivée (dossier spécifique)

Type de l'échange : Erasmus

Autre, préciser :

11. Sport et art

Envisagez-vous une pratique sportive de haut niveau dans le cadre universitaire ? Oui Non

Sportif de Haut Niveau (SNH) Universitaire : si vous souhaitez bénéficier du statut SHN Universitaire*, candidature obligatoire et préalable à déposer via le lien URL suivant : <https://shnu.univ-cotedazur.fr>

* renseignements sur <https://sport.univ-cotedazur.fr/fr/>

Envisagez-vous une pratique artistique de haut niveau dans le cadre universitaire ? Oui Non

12. Dernier établissement fréquenté

Université École d'ingénieur

Lycée BTS IUT CPGE

Établissement étranger secondaire

Établissement étranger supérieur

Autre (préciser)

Libellé du dernier diplôme obtenu : (à remplir obligatoirement)

.....

.....

.....

.....

Année:

Nom et adresse de l'établissement :

.....

.....

.....

.....

Département :

.....

Pays :

.....

13. Situation année précédente (2025-2026)

Établissement fréquenté :

- Enseignement secondaire (lycées et autres)
- BTS IUT CPGE ESPE
- École Ingénieur
- Université (hors IUT, ESPE, École d'Ingénieurs)
- École de Management (école de commerce, gestion...)

- Enseignement par correspondance
- Établissement étranger enseignement secondaire
- Établissement étranger enseignement supérieur
- Non scolarisé et jamais entré enseignement supérieur
- Non scolarisé mais entré enseignement supérieur
- Autres établissements

14. Dernier diplôme obtenu

- Baccalauréat (français)
- Dip d'entrée 1er cycle, DAEU, ESEU, capacité en droit
- Attestation fin de PACES
- BTS DUT DEUG Attestation CPGE
- Licence (y compris LP)
- Autre diplôme universitaire de 1er cycle hors DUT
- Maîtrise Master
- Titre d'ingénieur
- Attestation fin de 2ème cycle des études médicales et pharmaceutiques

- Autre diplôme universitaire de 2ème cycle (hors titre d'ingénieur universitaire)
- Diplôme du secteur paramédical et social
- Diplôme de 3ème cycle DEA-DESS / Docteur en médecine (hors titre d'ingénieur)
- Diplôme d'établissement étranger secondaire
- Diplôme d'établissement étranger supérieur
- Autre diplôme : préciser :
.....

15. Autre établissement fréquenté pour l'année en cours

Établissement (nom et adresse complète)

.....

Autre diplôme préparé ou formation suivie :

.....

16. Inscription secondaire à UniCA pour 2026-2027

Inscription secondaire : (ex : 1ère année de Licence ou 2ème année de Master)

.....
 Mention et/ou spécialité :

La présente inscription est votre ème inscription dans l'année d'étude.

17. Assurance Responsabilité Civile en cours de validité

Nom de l'assureur

Numéro du contrat

18. Coursus depuis le baccalauréat (ou titre équivalent)

ANNÉE UNIVERSITAIRE	ÉTABLISSEMENT FRÉQUENTÉ	DIPLÔME PRÉPARÉ	BOUSIER		RÉSULTATS	
			OUI	NON	Admis	Non Admis
2025-2026						
2024-2025						

2023-2024						
2022-2023						

DATE LIMITE D'ANNULATION D'INSCRIPTION AVEC REMBOURSEMENT (1) : 30 SEPTEMBRE 2026 (2)

DATE LIMITE D'ANNULATION D'INSCRIPTION SANS REMBOURSEMENT (1) : 31 OCTOBRE 2026 (2)

AUCUNE ANNULATION POSSIBLE PASSE LE 31 OCTOBRE 2026

LE REMBOURSEMENT EST IMPOSSIBLE POUR LES DEMANDES DÉPOSÉES APRÈS LE 30 SEPTEMBRE SAUF POUR LES DOCTORANTS POUR LESQUELS LE DÉLAI EST REPOUSSÉ AU 31 DÉCEMBRE 2026

(1) Sous réserve d'utiliser le formulaire et de restitution d'un formulaire complet.

(2) Pour les formations ne démarrant ni en septembre 2026 ni en octobre 2026, les demandes d'annulation avec remboursement sont de droit lorsqu'elles sont formulées 1 mois avant le début de la formation. Au-delà de ce délai aucun remboursement ne sera possible.

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS TRAITÉ

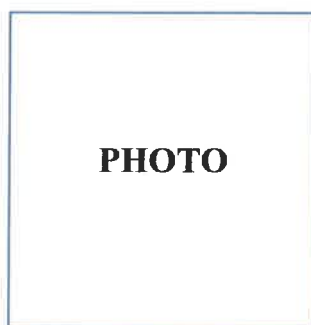
Clause informatique et libertés

Les informations recueillies dans le cadre du dossier d'inscription font l'objet de traitements informatiques destinés à permettre la gestion de vos études. Conformément à la délibération RU-013, les données collectées seront transmises aux seuls destinataires autorisés, dans la limite de leurs attributions respectives, et aux seules fins de l'accomplissement de leurs missions, notamment en externe au CROUS, et en interne aux services administratifs d'Université Côte d'Azur notamment le service de scolarité et la Direction des de la Vie Étudiante, et des Etudes et de la Formation. Les données relatives à votre scolarité feront l'objet d'une enquête statistique sur le devenir professionnel et le suivi de cohorte. **Par ailleurs dans la chaîne d'inscription, il vous sera établi une carte d'étudiant. À cette occasion votre photo sera utilisée et sera également utilisée pour établir un trombinoscope. Si vous ne souhaitez pas que cette photographie soit utilisée pour son affichage dans le trombinoscope cochez la case suivante** Conformément au règlement 2016/679, dit règlement général sur la protection des données, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant auprès de votre service de scolarité. Par ailleurs, vous pouvez, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Pour tout renseignement complémentaire: dpo@univ-cotedazur.fr

L'étudiant(e) soussigné(e) certifie exacts les renseignements portés ci-dessus.

À Nice, le
Signature de l'étudiant :

Autorisation parentale d'inscription pour les étudiants mineurs
Nom et prénom du responsable légal :
Signature du responsable légal :



ATTENTION :

- La photo doit être nette, récente (moins de 6 mois) et ressemblante ;
- La photo ne doit présenter ni surexposition, ni sous-exposition. Elle doit être correctement contrastée, sans ombre portée sur le visage, ou en arrière-plan. Une photo en couleur est vivement recommandée ;
- Le fond doit être uni et de couleur claire ;
- La tête doit être nue, les couvre-chefs sont interdits ;
- Le sujet doit présenter son visage face à l'objectif. La tête doit être droite ;
- Le sujet doit fixer l'objectif ; il doit avoir une expression neutre et la bouche fermée ;
- Le visage doit être dégagé. Les yeux doivent être parfaitement visibles et ouverts ;
- Les montures épaisses sont interdites. La monture ne doit pas masquer les yeux. Les verres teintés (ou colorés) sont interdits. Il ne doit pas y avoir de reflets sur les lunettes.

ANNEXE 1 - LISTE DES CATÉGORIES SOCIOPROFESSIONNELLES

- | | |
|---|--|
| 10 - Agriculteur exploitant | 55 - Employé de commerce |
| 11 - Agriculteur sur petite exploitation | 56 – Personnel des service direct aux particuliers |
| 12 - Agriculteur sur moyenne exploitation | |
| 13 - Agriculteur sur grande exploitation | 62 - Ouvrier qualifié de type industriel |
| 21 - Artisan | 63 - Ouvrier qualifié de type artisanal |
| 22 - Commerçant et assimilé | 64 - Chauffeurs |
| 23 - Chef entreprise 10 salariés ou plus | 65 - Ouvrier qualifié manutention magasinier |
| 31 - Profession libérale | |
| 33 - Cadre de la fonction publique | 67 - Ouvrier non qualifié de type industriel |
| 34 - Professeur, profession scientifique | 68 - Ouvrier non qualifié de type artisanal |
| 35 - Profession information/arts/spectacles | 69 - Ouvrier agricole |
| 37 - Cadre administratif et commercial d'entr | 71 - Retraité agriculteur exploitant |
| 38 - Ingénieur cadre technique d'entreprise | 72 - Retraité artisan-commerce-chef entrepris |
| 42 - Instituteur et assimilé | 74 - Retraité cadre |
| 43 - Profession interm santé et trav. social | 75 - Retraité profession intermédiaire |
| 44 - Clergé-religieux | 77 - Retraité employé |
| 45 - Profession interm adm de la fonction pub | 78 - Retraité ouvrier |
| 46 - Profession interm adm et commerc. entrep | 81 - Chômeur n'ayant jamais travaillé |
| 47 - Technicien | 84 - Elève - Etudiant |
| 48 - Contremaître-agent de maîtrise | 85 - Sans profession -60 ans (hors retraité) |
| 52 - Employé civil-agent de service de la FP | 86 - Sans profession +60 ans (hors retraité) |
| 53 - Policier et militaire | 99 - Non renseigné (inconnu ou sans objet) |
| 54 - Employé administratif d'entreprise | |

ETAPE 3

LISTE DES PIECES A FOURNIR

- La fiche de renseignements recto verso dûment complétée et signée **ANNEXE 2**
- Le document « droit à l'image et propriété intellectuelle » dûment complété et signé **ANNEXE 3**
- La dernière page de la charte informatique dûment complétée et signée (à consulter sur le site internet <https://www.chu-nice.fr/professionnels-etudiants/infirmier/>) **ANNEXE 4**
- 1 photo d'identité
- 1 photocopie de votre pièce d'identité recto / verso en cours de validité à l'entrée en formation
- 1 photocopie de votre attestation de sécurité sociale
- Attestation de responsabilité civile vie privée pour l'année scolaire 2026/2027 (établie par l'assureur de votre habitation)
- Attestation de désistement de la plateforme PARCOURSUP
- Justificatif de paiement des frais universitaires
- Si vous en êtes détenteur : l'attestation d'AFGSU 2
- Si votre formation est prise en charge par votre employeur ou par un organisme payeur (promotion professionnelle CHU ou hors CHU, OPCO, FONGECIF, ANFH...) : courrier d'accord de prise en charge
- Si vous êtes inscrit(e) à France Travail : la prescription de formation pour les 3 ans de formation

VETEMENTS PROFESSIONNELS

Lors des stages, les étudiants doivent avoir une tenue professionnelle identique pour tous les étudiants. Les tenues sont délivrées par le CHU de Nice et financées par la région Sud. Les essayages doivent s'effectuer à l'IFSI avant le 31 juillet, du lundi au vendredi de 08h30 à 12h00 et de 13h00 à 16h00. **Aucune commande ne pourra être passée à distance ou par téléphone.**

- Pour les étudiants en PROMOTION PROFESSIONNELLE DU CHU :

Vous devrez contacter la BIH au poste 58 285 (sauf le lundi et le jeudi matin) pour faire modifier vos tenues ou en retirer de nouvelles. (Démarche à effectuer après la confirmation de votre financement)

DEMARCHES MEDICALES

Pour effectuer vos stages, vous devez être à jour de vos vaccinations.

Merci de prendre rendez-vous chez un médecin et de lui faire compléter la fiche ANNEXE 5, puis la renvoyer par mail : csu.infirmierie@univ-cotedazur.fr



MERCI DE NE PAS JOINDRE CE DOCUMENT A VOTRE DOSSIER D'INSCRIPTION

AIDES REGIONALES

Vous avez été reçu à la sélection d'entrée en formation en Soins Infirmiers (PARCOURSUP ou CONCOURS- Hors Promotion Professionnelle CHU de Nice), vous pouvez déposer votre demande d'aide régionale d'études sur le site : <https://aidesenligne.maregionsud.fr/aides/#/crsud/>

Code établissement : 0_4TTrH

Nombre d'heures de formation : 1540 heures / an

Date de début de formation : 07/09/26

Date de fin de formation : 09/07/27

FICHE DE RENSEIGNEMENTS IFSI - ANNEE 2026/2027 // ANNEXE 2

ETAT CIVIL

Nom de Naissance.....

Nom d'usage

Prénom.....

Date de naissance / / Ville de naissance :

Adresse.....

.....

Mail (nominatif)@..... Téléphone - - -

Numéro de sécurité sociale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

NOM Prénom Téléphone - - -

SITUATION AVANT L'ENTREE EN FORMATION

Salarié du secteur public CDD CDI STAGIAIRE TITULAIRE

Salarié du secteur privé CDD CDI

Inscrit à France Travail

Autres (précisez) :

FINANCEMENT

Vous êtes inscrit à France Travail

Numéro d'identifiant Etes-vous indemnisé : oui non

Fournir la fiche de prescription de formation

Votre formation est prise en charge par votre employeur

Promotion Professionnelle CHU de Nice

Autre employeur

NOM DE L'ENTREPRISE :

ADRESSE :

NOM DE LA PERSONNE REFERENTE :

Votre formation est prise en charge par TRANSITION PRO

N° de dossier PTP :

Pour toute autre information, merci de contacter le secteur financier de l'IFSI au 04.92.03.83.02 ou 04.92.03.76.42

Je certifie sur l'honneur ne pas avoir suivi une ou plusieurs années de formation en Soins Infirmiers dans un autre Institut.

Fait à le / /

Signature :

ANNEXE 3

DROIT A L'IMAGE ET PROPRIETE INTELLECTUELLE (Document valable pour toute la durée de la formation)

ETUDIANT/ELEVE (NOM, Prénom) :
PROMOTION/.....

Dans un but strictement pédagogique ou éducatif à des fins non commerciales, et sous réserve de préserver l'intimité de la vie privée de l'étudiant/élève, les formateurs peuvent être amenés à utiliser, à reproduire et à diffuser des photographies, des films et des enregistrements sonores, des créations (écrits, supports PowerPoint ou autres, travaux de groupes et toutes sortes de réalisations intellectuelles) pour une durée indéterminée à dater de la présente.

DROIT A L'IMAGE

En application de l'article 9 du code civil « *chacun a droit au respect de sa vie privée* », « *toute personne peut interdire la reproduction des traits* », « *c'est à celui qui reproduit l'image d'apporter la preuve de l'autorisation* ».

J'autorise l'équipe pédagogique de l'IFPP, sans contrepartie financière, à capter, à diffuser, des photographies, images filmées et enregistrements de ma personne et de mon discours :

- Sur Internet
- Sur tous supports numériques (cd, dvd) à destination du personnel de l'IFPP et du CHU de Nice
- Sur tout support papier
- Sur grand écran (Forums, cours...).

Je n'autorise pas.

Il ne sera pas utilisé de photographie individuelle de l'étudiant/élève et celui-ci apparaîtra uniquement sur des photos collectives. Cette photographie sera accompagnée d'une légende ne communiquant aucune information susceptible de rendre identifiable l'étudiant/élève.

PROPRIETE INTELLECTUELLE

En application de l'article 121-2 du code de la propriété intellectuelle, « *l'auteur jouit du droit au respect de son nom, de sa qualité et de son œuvre* ». Ce droit est attaché à sa personne. Il est perpétuel, inaliénable et imprescriptible :

J'autorise l'institut de formation à utiliser mes créations (écrits, support Powerpoint, travaux de groupe, mémoire de fin d'études...) sur tout type de support (internet, supports numériques, support papier, projection sur grand écran...) à des fins exclusivement d'information, de formation, d'enseignement et de recherche sans contrepartie financière.

Je n'autorise pas.

De mon côté, je note que le code de la propriété intellectuelle s'applique également à tout document diffusé par l'institut de formation, et en particulier aux supports des cours produits par l'équipe pédagogique. Je m'engage à :

- ne pas les communiquer à des tiers ;
- respecter l'obligation de discrétion professionnelle pour tous les faits, informations ou documents dont j'aurais pris connaissance à l'occasion de mon parcours de formation ;
- ne pas reproduire, stocker, copier, diffuser, modifier, altérer ou détruire toute information ou donnée dont je pourrais avoir connaissance à d'autres fins que dans le cadre de mon parcours de formation.

Fait à Nice, le

Ajouter la mention manuscrite « Lu et approuvé- Bon pour accord »

Signature de l'élève/étudiant(e) ou son représentant légal si mineur :

Signature de la Direction :



La Directrice des Instituts de Formation
Aux Professions Paramédicales
(IFSI - IFAS - IFA - IADE - IBODE)
du CHU de Nice

Anne-Gaëlle PAUL

ANNEXE 4



PORM-DSI-CH-

VERSION 001

CHARTRE D'ACCES ET D'USAGE DU SYSTEME D'INFORMATION DU CHU DE NICE A DESTINATION DES SALARIES

VII – ENGAGEMENT DE CONFIDENTIALITE DE L'UTILISATEUR

Je soussigné/e

Nom :

Prénom :

Numéro de matricule :

Fonction : Etudiant/Elève

Téléphone :

Etant à ce titre amené/e à accéder à des données à caractère personnel, déclare reconnaître la confidentialité desdites données.

Je déclare avoir pris connaissance de la charte d'accès et d'usage du système d'information du CHU de Nice et m'engage à la respecter.

Je m'engage par conséquent, conformément aux articles 121 et 122 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ainsi qu'aux articles 32 à 35 du règlement général sur la protection des données du 27 avril 2016, à prendre toutes précautions conformes aux usages et à l'état de l'art dans le cadre de mes attributions afin de protéger la confidentialité des informations auxquelles j'ai accès, et en particulier d'empêcher qu'elles ne soient communiquées à des personnes non expressément autorisées à recevoir ces informations.

Cet engagement de confidentialité, en vigueur pendant toute la durée de mes fonctions, demeurera effectif, sans limitation de durée après la cessation de mes fonctions, quelle qu'en soit la cause, dès lors que cet engagement concerne l'utilisation et la communication de données à caractère personnel.

J'ai été informé que toute violation du présent engagement m'expose à des sanctions disciplinaires et pénales conformément à la réglementation en vigueur, notamment au regard des articles 226-16 à 226-24 du code pénal.

Fait à le .../.../.....

Signature :

POUR RAPPEL – PREMIERE OUVERTURE DE SESSION

Comme précisé ci-dessus en pages 6 et 18 de la présente charte, le mot de passe initial pour l'ouverture de la session utilisateur est constitué de la manière suivante : Les deux premières lettres du prénom en Majuscule + les deux premières lettres du nom + le jour + le mois de naissance + 4 derniers chiffres du matricule RH+ « ! »

Exemple :

Jean ROBERT, né le 29/11/1970 matricule 1007662

Le mot de passe sera le suivant : JEro2911766!

Le mot de passe sera modifié par l'utilisateur dès la première connexion.

CONDITIONS MEDICALES D'APTITUDE ETUDIANTS EN SANTE

Afin d'obtenir votre aptitude à partir en stage vous devez :

Faire remplir la **fiche de renseignements médicaux** ci-joint.

Elle peut être remplie par votre médecin traitant ou bien un médecin du CSU.

Obligatoire :

- DTP (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite)
- Hépatite B
- Immunisation Rougeole (infection ou vaccination)
- Résultat d'un test tuberculique (IDR) datant de moins d'1 an

Vaccins fortement recommandés : Même s'ils ne sont pas obligatoires, ils sont très importants pour se protéger et protéger les patients.

- Coqueluche
- Covid
- Grippe
- Varicelle
- Méningite C
- Méningite ACWY
- Méningite B (pour les moins de 24 ans)

Hépatite B : Le protocole pour la vaccination contre l'hépatite B pouvant s'échelonner sur plusieurs mois, **anticipez vos démarches** (vaccination ou rappel), **dès maintenant**, auprès d'un médecin.

○ Les différents schémas complets :

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

Le stage est possible dès administration de la 3^e dose avec une **aptitude temporaire**. Le rappel à un an est primordial pour maintenir une immunité à long terme et obtenir une aptitude définitive.

- Sérologie :** Elle ne sera réalisée que 4 à 8 semaines après la fin du schéma vaccinal. (Pour être immunisé, les Ac anti-HBs doivent être ≥ 10 UI/l'article L. 3111-5 du Code de la santé publique).

Les étudiants doivent fournir, au moment de leur inscription et, au plus tard, avant de commencer leurs stages la preuve qu'ils satisfont aux obligations d'immunisation. **A défaut, ils ne peuvent effectuer leurs stages.**

**Références : Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux. Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L. 3111-4 du code de la santé publique.*

Nom : _____
Prénom : _____
Date de naissance : ___/___/___
Age : _____

Courriel : _____
Téléphone : ___/___/___/___/___

Cette fiche devra être transmise, **au minimum UN mois avant le début de votre stage**, au Centre de Santé Universitaire, à l'adresse suivante : csu.infirmierie@univ-cotedazur.fr.

ATTENTION ! À défaut de respecter ces conditions, **vous ne serez pas autorisé(e) à débiter votre stage**. Les démarches administratives pouvant être longues, il est fortement recommandé **d'anticiper au maximum**.

Je soussigné Dr _____ atteste que l'étudiant susmentionné a été vacciné et est à jour de ses rappels :

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

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

Est immunisé(e) contre l'hépatite B :

Les différents schémas complets :

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

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) :

Il est rappelé que la réalisation d'un schéma vaccinal complet est indispensable avant tout contrôle sérologique, sauf circonstances particulières (par exemple vaccination déjà réalisée mais dont les preuves ont disparu, nombre de doses déjà reçues inconnues).
 (<https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=37511>)

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

Test tuberculique de moins d'un an (vaccination non obligatoire à compter du 1^{er} avril 2016)

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



Vaccination ROR ** Obligation d'immunisation (infection ou vaccination) contre la rougeole pour les professionnels et étudiants des secteurs sanitaires et médico-sociaux

⇒ Date vaccination : 1ère dose ___/___/___ 2ème dose : ___/___/___
⇒ Rougeole maladie : Date : ___/___/___

Autres vaccinations recommandées pour les étudiants en santé :

- COVID 19
- Grippe
- Méningite ACWY et Méningite B (pour les moins de 24 ans)
- Varicelle (si absence d'antécédent de maladie)

A _____, le _____ Signature et cachet du médecin

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 loi de financement pour la sécurité sociale 2026 a instauré une obligation d'immunisation (infection ou vaccination) contre la rougeole pour les professionnels et étudiants des secteurs sanitaires et médico-sociaux, ainsi que pour les professionnels de la petite enfance à leur entrée en formation ou lors de leur entrée en fonction. La liste des professionnels concernés, ainsi que les modalités de mises en œuvre, seront précisées courant 2026 par voie

Réglementaire. <https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Toutes-les-actualites/Nouveautes-du-calendrier-vaccinal-2026>

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.
- En cas de méconnaissance du statut vaccinal, il est recommandé de réaliser deux doses à au moins un mois d'intervalle, sans sérologie préalable. Il n'y a aucun risque à vacciner une personne déjà immunisée.