

DOSSIER D'INSCRIPTION Candidats Parcoursup

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 : INSCRIPTION UNIVERSITAIRE**

1. Connectez-vous sur [Etapas d'inscription administrative - Université Côte d'Azur](#)
2. Suivre les 5 étapes de l'inscription administrative

➤ **ETAPE 2 : INSCRIPTION IFSI + essayage tenues professionnelles**

Compléter et déposer à l'IFSI le dossier d'inscription au plus tard le **31/07/2026**
à l'adresse suivante :

IFSI DU CHU DE NICE - 12, avenue de Valombrese 06 100 NICE
Horaires d'ouverture : 8h30-12h00 / 13h-16h

➤ **ETAPE 3 : 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

LISTE DES PIÈCES À 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)
- ☐ Justificatif de paiement des frais universitaires
- ☐ Si vous avez obtenu le Baccalauréat en 2026 : photocopie du relevé de notes
- ☐ 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

ANNEXE 2

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NICE INSTITUT DE FORMATION AUX PROFESSIONS PARAMEDICALES

FICHE DE RENSEIGNEMENTS IFSI - ANNEE 2026/2027

ETAT CIVIL

Nom de Naissance.....

Nom d'usage

Prénom.....

Date de naissance / / Ville de naissance :

Code département de naissance : Pays :

Nationalité.....

Adresse.....

.....

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

Numéro de sécurité sociale

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

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

NOM Prénom Téléphone-.....-.....-.....-.....

Etes-vous porteur d'un handicap ? OUI ☐ NON ☐

Si oui, précisez :

Vous serez contacté par le chargé d'accueil et d'accompagnement du handicap (CAAH) de l'Institut à la rentrée

PARCOURS SCOLAIRE / FORMATION

CANDIDAT ISSU DE : Parcoursup ☐
FPC (concours) ☐ AS/AP ☐
Autres ☐ précisez :

Niveau scolaire à l'entrée en formation :

Niveau de certification :

- ☐ Niveau 3 : CAP, BEP
- ☐ Niveau 4 : Baccalauréat
- ☐ Niveau 5 : DEUG, BTS, DUT, DEUST
- ☐ Niveau 6 : Licence, Licence Professionnelle, Maîtrise
- ☐ Niveau 7 : Master, Diplôme d'Etudes Approfondies, Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées, Diplôme d'Ingénieur
- ☐ Niveau 8 : Doctorat, habilitation à diriger des recherches
- ☐ Aucun diplôme

Nom et spécialité des diplômes obtenus :

.....

Etes-vous titulaire de l'Attestation de Formation aux Gestes d'Urgence Niveau 2 ? OUI ☐ NON ☐

Si oui, fournir la photocopie de cette attestation

SITUATION AVANT L'ENTREE EN FORMATION

Continuité de parcours scolaire ☐

Salarié du secteur public CDD ☐ CDI ☐ STAGIAIRE ☐ TITULAIRE ☐

Salarié du secteur privé CDD ☐ CDI ☐

Inscrit à France Travail Indemnisé ☐ Non indemnisé ☐

Autres (précisez) :

Si vous étiez boursier l'année dernière, merci de cocher la case ☐

FINANCEMENT

☐ **SITUATION 1** : Vous êtes en continuité de scolarité (moins de 12 mois d'interruption), votre formation est prise en charge par le CONSEIL REGIONAL (aucune démarche à effectuer)

☐ **SITUATION 2** : Vous êtes inscrit à France Travail

Numéro d'identifiant

Fournir la fiche de prescription de formation

Etes-vous indemnisé : ☐ oui ☐ non

☐ **SITUATION 3** : 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 :

Fournir impérativement le courrier d'accord de prise en charge correspondant à votre situation

☐ **SITUATION 4** : 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-Gaelle 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.

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 tuberculinique de moins d'un an (vaccination non obligatoire à compter du 1^{er} avril 201G)

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.