

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS ÉTUDIANT

NOM de naissance :

NOM d'usage :

Prénom :

Autres prénoms :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

N° de département :

Pays de naissance :

Nationalité (préciser si double nationalité) :

Téléphone :

E-mail :

Numéro de Sécurité Sociale (propre à l'étudiant) :

Adresse de résidence durant la formation :

Code postal :

Ville :

Adresse de résidence habituelle :

Code postal :

Ville :

Permis de conduire :

Oui

Non

En cours

Véhicule :

Oui

Non

Si vous êtes inscrit à France Travail (Pôle Emploi), indiquer impérativement :

Votre N° d'identifiant :

et le N° région de rattachement :

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS ÉTUDIANT

N° INE ou BEA (11 caractères) :

Baccalauréat :

Année :

Série/Spécialités :

**Autre(s) diplôme(s)**

Intitulé du diplôme :

Année d'obtention :

**Personne à prévenir en cas d'urgence**

NOM :

Prénom :

Lien de parenté :

Téléphone :

Adresse :

Code postal :

Ville :



Documents à joindre au dossier d'inscription **sous huit jours sans attendre que le « passeport vaccinations des étudiants » soit complété** :

- 1 photo d'identité **récente et de bonne qualité** (pas de photo sur papier) (ne pas la coller, ni l'agrafer),
- la photocopie **lisible** de votre Carte Nationale d'Identité ou passeport ou carte de séjour en cours de validité
- la photocopie de l'attestation carte vitale ou de la carte vitale **de l'étudiant(e)**, (le numéro de Sécurité Sociale doit être **lisible**),
- 1 relevé d'identité bancaire **signé** par l'étudiant et à **son nom**,
- la photocopie de l'attestation de succès au baccalauréat (pour les élèves de terminale),
- la photocopie du diplôme du baccalauréat ou du titre admis en dispense du baccalauréat (pour les bacheliers),
- pour les candidats titulaires d'un baccalauréat dans son pays d'origine : une attestation de reconnaissance du niveau d'étude équivalent au baccalauréat français (site ENIC-NARIC),
- la fiche « financement des formations du secteur sanitaire et social » de la Région Centre-Val de Loire
- la copie de l'attestation d'assurance responsabilité civile.:
- le « passeport vaccinations des étudiants » (une fois le rendez-vous médical honoré et au plus tard le 23 août 2024)  
**Important** : en garder une copie pour vous. Celui-ci peut vous être demandé lors de vos stages.
- la copie de votre carnet de santé.

Date et signature de l'étudiant(e)\* précédées de la mention « Lu et approuvé »

\* Pour les étudiants mineurs, date et signature des parents précédées de la mention « Lu et approuvé »

Annexes à compléter ci-dessous

## Financement des formations du secteur sanitaire et social



Dans le cadre de la loi du 13 août 2004 relative aux Libertés et Responsabilités Locales, la Région Centre-Val de Loire est compétente depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005 pour attribuer des aides aux étudiants inscrits dans les établissements mentionnés à l'article L. 451-1 du code de l'action sociale et des familles, ainsi qu'aux élèves et étudiants préparant des diplômes de sage-femme et des professions paramédicales.

### **CRITERES DE PRISE EN CHARGE DU COÛT PEDAGOGIQUE DE LA FORMATION PAR LA REGION CENTRE-VAL DE LOIRE POUR LES FORMATIONS DES SECTEURS SANITAIRE ET SOCIAL :**

**<https://orientation.centre-valde Loire.fr/besoin-de-financer-vos-etudes-pour-des-formations-du-secteur-sanitaire-et-social>**

**coût pédagogique de la formation et bourse régionale d'études sur critères sociaux**  
(hors droit d'inscription, contribution vie étudiante et de campus et frais de scolarité)

**NOM :**  
**PRENOM :**  
**FORMATION :**

**Pour permettre de vérifier votre éligibilité : indiquez ci-dessous votre statut et votre situation  
(Des compléments d'information pour l'instruction de votre dossier pourront être demandés par l'Institut de Formation)**

**Etes-vous en poursuite d'études ou en réorientation :**  oui  non

Si OUI : précisez votre cursus sur l'année Scolaire n-1

**Etes-vous demandeur d'emploi :**  oui  non

Si OUI Depuis quelle date :

Votre numéro de Demandeur d'Emploi : .....

Précisez si vous avez démissionné ou été licencié en précisant le motif, ou s'il s'agit d'une rupture conventionnelle : .....

Quelle est la date de votre démission / licenciement / rupture conventionnelle : .....

Etes-vous fonctionnaire en disponibilité :  oui  non

Etes-vous en congés parental :  oui  non

Avez-vous démissionné pour suivre votre conjoint :  oui  non

Etes-vous bénéficiaire du dispositif projet démission-reconversion :  oui  non

Envisagez-vous d'autofinancer votre 1<sup>ère</sup> année de formation :  oui  non

**Etes-vous salarié :**  oui  non

- en CDD** ou  **en CDI**

Précisez date de fin de contrat :

- en temps partiel :**  **en Temps complet**

Précisez nombre d'heures mensuel ou annuel :

- fonctionnaire en fonction, détachement ou disponibilité :**  oui  non
- en contrat aidé, en Parcours Emploi Compétences :**  oui  non
- en congés de formation professionnelle :**  oui  non
- bénéficiaire du projet de transition professionnelle pour cette 1<sup>ère</sup> année de formation :**  oui  non
- en contrat d'apprentissage :**  oui  non
- en congé sans solde ou congé parental :**  oui  non

**Etes-vous commerçant, artisan, en profession libérale ou auto-entrepreneur :**  oui  non



## Expérience professionnelle

Année	Employeur	Fonction	Statut (cdd, cdi, stagiaire, titulaire)

**SI VOUS ETES ELIGIBLE : JUSTIFICATIFS A PRODUIRE EN FONCTION DE VOTRE STATUT et SITUATION**  
(Des justificatifs complémentaires pour l’instruction de votre dossier pourront être demandés par l’Institut de Formation)

**ELEVES ETUDIANTS en poursuite d’Etudes ou Reconversion** : attestation de l’établissement ou de l’université, copie du dernier diplôme

**DEMANDEURS D’EMPLOI :**

- l’attestation pôle emploi, l’attestation employeur, copie du ou de (s) contrats de travail des 8 derniers mois,

- Bénéficiaire d’un projet de reconversion-démisionnaire :  
 ✓ Notification de la Commission Transitions Pro,  
 ✓ l’attestation employeur, l’attestation pôle emploi

- Démisionnaire pour suivre conjoint :  
 ✓ l’attestation employeur, l’attestation pôle emploi  
 ✓ Justificatif mutation conjoint, ou attestation employeur conjoint

**SALARIES**

- A temps complet en CDD se terminant avant date d’entrée en formation :  
 ✓ le contrat en CDD, l’attestation d’employeur, l’attestation Pôle emploi, le(s) contrat(s) de travail des 8 derniers mois

- A temps partiel en CDD ou CDI d’une durée de 18H/semaine ou 78H/mois :  
 ✓ l’attestation pôle emploi, le(s) contrat(s) de travail des 8 derniers mois

**Si le coût pédagogique de votre formation est pris en charge par la Région Centre-Val de Loire, la présence est obligatoire à l’ensemble des cours théoriques, cours magistraux (CM), travaux dirigés (TD) et des travaux personnels guidés (TPG) conseillés par l’équipe pédagogique. Vous êtes autorisé(e) à déposer une demande de bourse régionale d’études sur critères sociaux, vous retrouverez les conditions sur : <https://orientation.centre-valde Loire.fr/notre-agenda/demande-de-bourse-pour-les-formations-des-secteurs-sanitaire-et-social>**

**Lu et approuvé le :**

**Signature**

**POUR TOUT RENSEIGNEMENT SUR LES AIDES FINANCIERES  
DE LA REGION CENTRE-VAL DE LOIRE :  
Contactez votre futur Institut de Formation**

## NOTICE

### PASSEPORT VACCINATIONS DES ÉTUDIANTS 2024

**Dès maintenant**, prenez rendez-vous avec votre médecin ou adressez-vous à un centre de vaccination, afin de faire inscrire sur votre passeport et mettre à jour, si besoin, vos vaccinations.

#### ❖ Les vaccinations obligatoires sont les suivantes :

- **DTP (Diphtérie Tétanos Polio) ou DTCP (Diphtérie Tétanos Polio Coqueluche)** : dernier rappel effectué entre 11 et 13 ans puis à l'âge de 25 ans et à l'âge de 45 ans ; il est recommandé d'y inclure la coqueluche si pas de notion de vaccination ou rappel remontant à plus de 5 ans avec vaccin adapté à l'adulte dTcP.
- **HÉPATITE B : Protocole vaccinal complet ET contrôle sérologie obligatoire** : recherche des Anticorps Anti- HBs et faire une recherche d'Anticorps Anti HBc si taux d'Anticorps Anti HBs inférieur à 100 mUI/ml.
  - Si le résultat des Anticorps anti HBs est négatif, faire un rappel (dans la limite de 6 injections maximum), puis contrôler à nouveau l'efficacité du vaccin par une sérologie 4 semaines après le rappel.

#### ❖ Les vaccinations ou tests recommandés sont les suivants :

- **Rougeole-Oreillons-Rubéole** : 2 doses de vaccin trivalent pour les personnes nées après 1980 sans antécédent maladie et 1 vaccin pour les personnes nées avant 1980 sans antécédent.
- **Varicelle** : pour les personnes non vaccinées, sans antécédent de maladie et dont la sérologie est négative, 2 injections recommandées.
- le vaccin de la **grippe** vous sera proposé pendant vos études.
- **Tuberculose** : un test tuberculique est recommandé. Si le résultat du **Tubertest est > 5 mm** (même ancien) : orienter vers le **CLAT pour avis**.

➔ **Transmettez également** une **photocopie de votre carnet de santé** : rubrique vaccinations et maladies infantiles, les résultats de sérologie concernant l'Hépatite B à l'école qui le transmettra secondairement au Service de Santé au Travail du CHRU.

**Cette validation est indispensable pour pouvoir démarrer votre formation.**

Références réglementaires :

- Code du Travail L 4621-1 et suivants jusqu'à R 4626-35.
- Code de la Santé Publique (vaccinations) article L 3111-4, R 3112-1 à 5.
- Calendrier vaccinal (Haut conseil de santé publique) publié dans le BEH chaque année.

# PASSEPORT VACCINATIONS DES ÉTUDIANTS

(Promotion : 2024/2027)

Je soussigné(e), Docteur \_\_\_\_\_

Certifie que M \_\_\_\_\_ Né(e) le \_\_\_\_\_, a reçu les vaccinations suivantes :

Date et signature du Médecin (agrée ou pas par l'ARS) :

Cadre réservé au Service de Santé au Travail

## VACCINATIONS OBLIGATOIRES

DTP DTPCoq/dTPCoq	Date : Date :		
HÉPATITE B (nom du vaccin à préciser)	Date 1 <sup>ère</sup> injection : Date 2 <sup>ème</sup> injection : Date 3 <sup>ème</sup> injection :	Dates des rappels ou doses additionnelles : 1- 2- 3-	
<b>SEROLOGIE HEPATITE B</b> <b>Titrage Anticorps anti-HBs</b> <b>ET</b> <b>sérologie complète si AC-HBs &lt;100 UI/L</b>	<b>Anticorps Anti-HBs</b> Date : ----- <b>si taux d'AC Anti HBs &lt; 100 UI/L : sérologie complète obligatoire</b> <b>Ac anti-HBs</b> Date : <b>Ac anti-HBc</b> Date : <b>Ag HBs</b> Date :	Résultat : ----- Résultat : Résultat : Résultat :	

## VACCINATIONS/TESTS RECOMMANDÉS

Rougeole-Oreillons-Rubéole	Date 1 <sup>ère</sup> injection : Date 2 <sup>ème</sup> injection :	Date Maladie :	
Varicelle	Date : Date sérologie :	Date Maladie :	
Test tuberculique	Date du test :                      Résultat Si résultat Tubertest >5 mmm (même ancien) → ORIENTER vers le CLAT pour avis		

**Tout dossier médical incomplet ne sera pas validé par le Médecin du Travail**

Signature du Médecin du travail :



NOM – Prénom de l'étudiant :

## CERTIFICAT

(à compléter par un médecin agréé par l'ARS)

Je soussigné(e),

Docteur.....

Certifie que M.....


Né(e) le.....

Ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de Manipulateurs d'Électroradiologie Médicale

CACHET

Fait à ..... Le.....

Signature :

 Pour les candidats résidant hors Indre-et-Loire et si le cachet du médecin ne comporte pas la mention « médecin agréé de l'administration » **fournir la liste** sur laquelle figure le nom du médecin agréé ou tout autre document justifiant son agrément par l'administration.

Liste des médecins agréés par l'ARS Centre-Val de Loire : (lien)  
ou de votre département/région de votre résidence :