|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **C:\Users\BRLA2907860\Desktop\Campus.PNG** | **Institut de Formation des Soins Infirmiers (IFSI)**  12 Boulevard Maréchal de Lattre de Tassigny  BP 77908 - 21079 DIJON Cedex  N° Déclaration d’activité : 26 21 P0023 21  N° SIRET : 262 100 076 00104 | cid:image001.png@01D06D23.49846240 |

***PARCOURS SPECIFIQUE AS POUR ACCEDER EN 2eme ANNEE IFSI***

***Session : MARS à JUIN 2026***

**BULLETIN D’INSCRIPTION**

Nom : .............................................................................. Prénom : ..............................................................................

Adresse personnelle : ....................................................................................................................................................

Tél. : ...............................................................................................................................................................................

E.mail : ...........................................................................................................................................................................

Fonction exercée : ………………………………………………………………………………………………………………………….………………………..

Service : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Adresse professionnelle de l’employeur : ......................................................................................................................

Statut juridique de l’employeur : Public  Privé

|  |  |
| --- | --- |
| **Employeur en charge de l’inscription** | **Cadre de santé évaluateur de l’agent** |
| Nom : | Nom : |
| Adresse mail : | Adresse mail : |
| Téléphone : | Téléphone : |

**Financement :**

**Tarif Frais d’inscription : 100€** dû dès le dépôt du dossier d’inscription pour les frais de traitement de la candidature (Livret de positionnement phase 1, entretien) par l’IFSI. Non remboursable. ***La facturation sera établie dès réception du dossier.***

**Tarif de la formation : 3 700€** dû dès confirmation de l’admission en Formation Parcours spécifique AS

**Frais d’inscription annuel universitaire : 175 € à prévoir.** Coût qui sera facturé directement par l’Université.

**Mode de prise en charge :**

□ Par l’employeur - Joindre un justificatif de prise en charge par l’employeur

□ Individuelle - Joindre une attestation d’autofinancement

***Le coût de la formation sera à verser à la Trésorerie des Hôpitaux de Côte d’Or***

***sur présentation d’un titre de recette***

**Accessibilité :**

Demande particulière : □ OUI   □ NON

Pour les personnes en situation de handicap qui souhaiteraient en faire part à l’institut de formation, nous vous invitons à prendre contact avec un référent Handicap afin d’envisager les aménagements possibles pour suivre la formation dans les meilleures conditions possibles : [campusp.handicap@chu-dijon.fr](mailto:campusp.handicap@chu-dijon.fr)

**Diffusion des résultats sur le site internet du Campus Paramédical :**

□ Accord   □ Refus

Fait à .................................................... Le ....................................................

Signature :

|  |  |
| --- | --- |
| ***Ce dossier est à retourner avant le 06/02/2026*** (*passé ce délai, nous consulter)* ***:*** | |
| * ***Par courrier :*** | ***Campus Paramédical CHU Dijon Bourgogne - Formation Continue***  ***A l’attention de Mme BREDILLET Laetitia***  ***12 Bd Maréchal de Lattre de Tassigny – 21079 Dijon CEDEX*** |
| * ***ou par mail :*** | [***campusp-formationcontinue@chu-dijon.fr***](mailto:campusp-formationcontinue@chu-dijon.fr) |

**PIECES OBLIGATOIRES A FOURNIR**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Partie**  **Stagiaire** | **DOCUMENTS** | **Partie réservée**  **Institut** |
| □ | **Bulletin d’inscription complété et signé** | □ |
| □ | **Photocopie recto-verso de la carte nationale d’identité (ou titre de séjour) en cours de validité, recto-verso** | □ |
| □ | **Livret de positionnement Phase 1 complété** | □ |
| □ | **Lettre d’engagement signée** | □ |
| □ | **Attestation AFGSU en cours de validité ou attestation écrite d’engagement**  **de l’établissement à réactualiser l’attestation AFGSU avant l’entrée en 2ème année IFSI** | □ |
| □ | **Photocopies du ou des diplôme(s) et / ou titres détenus** | □ |
| □ | Si situation de handicap : attestation MDPH ou équivalent | □ |
| □ | **Certification medical de vaccination** | □ |
| □ | **2 timbres autocollants** | □ |
| □ | **1 attestation de prise en charge employeur pour les frais d’inscription et de formation OU tout autre justificatif de prise en charge** | □ |
| □ | **Justificatif de réussite du concours d’entrée en IFSI mentionnant la date et le lieu de passage du concours** | □ |
| □ | **Attestation assurance en responsabilité civile** | □ |
| □ | **Autorisation de diffusion des résultats sur le site internet du Campus Paramédical** | □ |

**CE DOCUMENT EST A RETOURNER AVEC LE DOSSIER D’INSCRIPTION**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CADRE RESERVE A L’IFSI** | | |
| **Dossier complet :** | **Dossier incomplet :** | **Candidature validée :**  □ OUI  □ NON |