

## INSTITUTS DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS du C.H.R. METZ- THIONVILLE

Les places offertes pour Metz concernent deux sites : cochez la case correspondante à votre choix.

Site de Metz Peltre

Site de Metz Saulcy

### PIECES A FOURNIR POUR LA CONSTITUTION DE VOTRE DOSSIER

#### DOSSIER ADMINISTRATIF :

à envoyer au plus tard dans les 8 jours qui suivent la validation définitive de votre vœu sur Parcoursup



**et IMPERATIVEMENT** à l'adresse postale suivante  
(en LETTRE SUIVIE fortement conseillé)

**CHR METZ-THIONVILLE**  
Institut de Formation en Soins Infirmiers - BAL n°83 – 1 Allée du Château – CS 45001  
57085 METZ Cedex 03

	<b>La fiche de situation administrative (ci-jointe) dûment complétée et signée</b>
	<b>La fiche de renseignements établie en vue de la rémunération des stages (ci-jointe). <u>Agrafer</u> :</b> - 1 RIB à votre nom, contenant votre adresse postale - 1 copie d'une pièce d'identité à jour recto/verso (carte d'identité, passeport, carte de séjour) - 1 copie de la carte vitale
	<b>1 chèque de 170 € établi à l'ordre du Centre des Finances Publiques correspondant aux droits annuels d'inscription.</b>
	<b>L'attestation de contribution à la vie étudiante : 92 €</b>
	<b>1 deuxième RIB à votre nom, contenant votre adresse postale</b>
	<b>1 deuxième copie d'une pièce d'identité en cours de validité (carte d'identité, passeport, carte de séjour)</b>
	<b>1 deuxième copie de la carte vitale</b>
	<b>1 attestation Responsabilité Civile et Professionnelle : gratuité possible</b> (dans le cadre de vos études, vous êtes amenés à réaliser des stages dans des établissements de santé publics ou privés ainsi que dans des cabinets libéraux. Les responsabilités auxquelles vous êtes exposés du fait de la réalisation ou de votre participation à des actes lors des stages, sont les mêmes que celles auxquelles sont exposés les professionnels de santé diplômés et en fonction. C'est pourquoi vous devez être couvert par l'assurance Responsabilité Civile Professionnelle)
	<b>Le dossier Apprenant secteur sanitaire de la Région Grand Est.</b> - Ne compléter que la partie à renseigner par l'apprenant (partie orange) - Dans une enveloppe, joindre le dossier et les pièces justificatives demandées (ex. : certificat de scolarité 2020/2021 ou 2019/2020, attestation pôle emploi, curriculum vitae, copie du dernier contrat de travail)
	<b>1 adresse mail valide « prenom.nom de naissance@yahoo.com » OBLIGATOIRE</b>  _____ @yahoo.com  Possibilité de rajouter un chiffre après le nom si adresse déjà existante Bien respecter le format demandé
	<b>1 photo d'identité avec Nom de naissance/Prénom au verso</b>
	<b>Le certificat d'aptitude physique et psychologique établi par un médecin agréé ARS Fonction Publique Hospitalière</b> (liste consultable sur le site officiel de l'ARS). A remettre au plus tard le 16 août 2021.
	<b>Le dossier médical dûment complété.</b> A remettre au plus tard le 16 août 2021



2) **Salarié** :  oui  non

**Si oui :**

Type de contrat : \_\_\_\_\_ Date de fin de contrat : \_\_\_\_\_

temps complet  temps partiel

Si temps partiel, nombre d'heures par semaine : \_\_\_\_\_

Votre employeur prend-il en charge la formation :  oui  non

Nom et adresse de l'employeur : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Votre formation sera-t-elle prise en charge par un organisme payeur :  oui  non

Si oui, nom de l'organisme payeur : \_\_\_\_\_

**Si non :**

Si rupture du contrat avant ou à la rentrée précisez :

Nom et adresse du dernier employeur :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Démission, précisez date :

Licenciement, précisez date et fournir lettre de licenciement :

Rupture conventionnelle, précisez date et fournir document :

Autre (précisez) :

Inscription à Pôle Emploi :  oui  non

(Inscription obligatoire pour la rentrée)

Date d'inscription à Pôle Emploi : \_\_\_\_\_

N° Pôle emploi : \_\_\_\_\_

Etes-vous indemnisé par Pôle Emploi :  oui  non

3) **Autre situation (précisez) :**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4) Avez-vous la reconnaissance de travailleur handicapé :  oui  non

Je certifie exact les renseignements notés sur ce document :

Date :

Signature

## Fiche de renseignements

Institut de Formation METZ  
 IFSI  IFAS

Institut de Formation THIONVILLE  
 IFSI  IFAS  IFAP

Ecole SAGE FEMMES METZ

Ecole PUERICULTRICES METZ

(cocher les cases correspondantes)

PROMOTION : *2011/2014*

ANNEE D'ETUDES : *1<sup>ère</sup> Année*

NOM : ..... PRENOM : .....

NOM DE JEUNE FILLE : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... LIEU : .....

NATIONALITE : .....

ADRESSE :

N° ..... RUE : .....

CODE POSTAL : ..... COMMUNE : .....

TELEPHONE : .....

**Pièces obligatoires à fournir :**

- ⇒ Une photocopie de la carte d'identité de l'étudiant.
- ⇒ Une photocopie de la carte vitale de l'étudiant mentionnant le numéro INSEE de l'étudiant.
- ⇒ Un RIB au nom de l'étudiant.

**AVERTISSEMENT :**

Toute fiche non renseignée entraînera un paiement différé de l'allocation de stage jusqu'au dossier complet de l'étudiant.

Tout changement de compte non justifié par un nouveau RIB au nom de l'agent parvenu à l'IFSI avant la fin du mois au cours duquel il est intervenu aura la même conséquence.

DATE : .....

SIGNATURE DE L'ETUDIANT : .....



**Pôle Ressources  
Direction des Ressources Humaines  
et des Ecoles**



Ecoles et Instituts de Formation en Santé  
du CHR Metz-Thionville et CH Briey

SITE DE METZ

**IFSI Site de Mercy**

**Adresse géographique :**

C.H.R. Metz-Thionville

BAL n°41

1 Allée du Château-CS 45001

57085 METZ Cédex 03

Tél. : 03 87 18 61 55

sec-ifs-mercy@chr-metz-thionville.fr

**IFAP/IFAS/FIP/IFSI Site du Saulcy**

**Adresse Postale :** C.H.R. Metz-Thionville

BAL n°83

1 Allée du Château-CS 45001

57085 METZ Cédex 03

**Adresse géographique :**

Campus Universitaire du Saulcy

Bâtiment Simone Veil –Metz

Tél. IFAP/IFAS/FIP : 03 87 55 38 99

sec-ifs-mz@chr-metz-thionville.fr

sec-ecolepueculture@chr-metz-thionville.fr

Tél. IFSI : 03 87 55 38 91

sec-ifs-mz@chr-metz-thionville.fr

**CFPPH**

Lycée Robert Schuman

20 rue Belletanche

57000 METZ

Tél. : 03 87 76 40 44

Fax : 03 87 76 40 45

sec-cfpph-mz@chr-metz-thionville.fr

SITE DE THIONVILLE

**IFAS/IFSI C.H.R. Metz-Thionville**

1-3 rue du Friscaty

BP 60327

57126 THIONVILLE Cédex

Tél. IFAS : 03 82 55 85 29

Tél. IFSI : 03 82 55 85 26

sec-ifs-ifs-th@chr-metz-thionville.fr

SITE DE BRIEY

**IFAS/IFSI**

**Adresse Postale C.H. Briey :**

31 avenue Albert de Briey

CS 70099

54151 BRIEY Cedex

**Adresse géographique :**

Résidence « Le Corbusier »

54150 BRIEY

Tél. : 03 82 47 16 70

sec-ifs-ifs@ch-briey.fr

www.ecolesantemetz.com



# DEMARCHE OBLIGATOIRE POUR TOUS LES ETUDIANTS ANNEE SCOLAIRE 2021/2022

Une contribution unique « vie étudiante » (CVEC) a été mise en place depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2018 pour l'ensemble des étudiants. La CVEC est « destinée à favoriser l'accueil et l'accompagnement social, sanitaire, culturel et sportif des étudiants et à conforter les actions de prévention et d'éducation à la santé réalisées à leur intention » (art. L 841-5 du code de l'éducation).

La loi prévoit qu'elle est collectée par le CROUS.

L'attestation CVEC est **OBLIGATOIRE** pour valider votre inscription.

Toutes les personnes en reprise d'études sont exonérées de CVEC (salariés, fonctionnaires, demandeur d'emploi indemnisé ou non)

**Vos démarches obligatoires pour obtenir l'attestation CVEC :**

- Connectez-vous sur :
- <https://www.messervices.etudiant.gouv.fr>
- Créez un compte
- Réglez 92 € en CB en ligne (les étudiants boursiers seront remboursés par le CROUS ultérieurement)
- Téléchargez l'attestation d'acquiescement et la remettre **IMPERATIVEMENT** au secrétariat de l'IFSI

Metz, le 26 mai 2021

**M.C SCHONS  
Directeur des Soins**

Coordonnateur Général des Ecoles et Instituts  
du CHR Metz-Thionville et CH de Briey

## DOSSIER APPRENANT SECTEUR SANITAIRE

Les informations figurant dans le présent dossier sont destinées à la Région Grand Est et sont à renseigner par l'ensemble des apprenants admis en formation à la rentrée 2021/2022.

La Région participe au financement du fonctionnement des instituts de formations sanitaires en fonction des places agréées.

Ne bénéficient de la gratuité de leurs frais de formation que les apprenants qui remplissent les conditions d'éligibilité fixées par la Région.

Ces conditions sont rappelées dans les fiches récapitulatives "Conditions générales de prise en charge des formations sanitaires et sociales" qui sont téléchargeables sur le site institutionnel de la Région Grand Est via le lien suivant :

<http://www.grandest.fr/actions/formations-sanitaires-sociales/>

\*\*\*\*\*

**Le dossier APPRENANT comporte 3 fiches à renseigner selon le code couleur suivant :**

Renseignements à remplir par l'apprenant



Renseignements à remplir par l'institut



Renseignements à remplir par Pôle Emploi



**Fiche 1** Fiche de renseignements - Situation de l'apprenant : à remplir par tout apprenant

**Fiche 2** Attestation sur l'honneur : à remplir par tout apprenant

**Fiche 3** Attestation de Pole Emploi : à remplir par tout apprenant ayant le profil de demandeur d'emploi

\*\*\*\*\*

**Ces documents sont à remettre à l'institut de formation, dûment complétés et accompagnés de l'ensemble des justificatifs demandés, impérativement avant le démarrage de la formation.**

**Tout dossier mal renseigné ou incomplet sera rejeté par l'Institut ; et de ce fait, les frais de formation resteront à la charge de l'apprenant.**

**Toute fausse déclaration est passible de peines et d'amendes prévues par les articles 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal.**

Les données personnelles recueillies sont exclusivement collectées pour un usage interne à la Région et sont destinées à la vérification du respect des critères d'éligibilité de la prise en charge du coût des formations.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les apprenants disposent d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données les concernant.

Pour l'exercer, ils s'adressent à : REGION GRAND EST - 1 place Adrien Zeller - BP 91006 - 67070 STRASBOURG Cedex  
Tél : 03 88 15 68 67 – [infolib@grandest.fr](mailto:infolib@grandest.fr)



Grand Est  
1 place Adrien Zeller  
67070 STRASBOURG Cedex  
Tél : 03 88 15 68 67

Grand Est  
1 place Adrien Zeller  
67070 STRASBOURG Cedex  
Tél : 03 88 15 68 67

Grand Est  
1 place Adrien Zeller  
67070 STRASBOURG Cedex  
Tél : 03 88 15 68 67

[www.grandest.fr](http://www.grandest.fr)

Retrouvez-nous sur



FICHE DE RENSEIGNEMENTS - SITUATION DE L'APPRENTI

IDENTITE DE L'APPRENTI

Civilité :

Nom patronymique :  Nom d'usage (marital) :

Prénoms :

Adresse postale :

CP :  Ville :

Etat civil : (cochez la case correspondant à votre situation)

- |  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Célibataire       | <input type="checkbox"/> Veuf(ve)   |
| <input type="checkbox"/> Marié(e)/Pacsé(e) | <input type="checkbox"/> Divorcé(e) |
| <input type="checkbox"/> Vie maritale      |                                     |

Date de naissance :

Téléphone :

Personne reconnue travailleur handicapé (O/N) ?

Adresse électronique :

Statut avant l'entrée en formation : (cochez la case correspondant à votre situation)

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Etudiant(e) en poursuite d'études | <input type="checkbox"/> Salarié(e)   |
| <input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi                | <input type="checkbox"/> Autres ..... |

Frais de formation pris en charge par : (cochez la case correspondant à votre situation)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Région Grand Est               | <input type="checkbox"/> OPCO ...                         |
| <input type="checkbox"/> Région Grand Est (dérogatoire) | <input type="checkbox"/> Employeur                        |
| <input type="checkbox"/> A titre personnel              | <input type="checkbox"/> Autres (par exemple CPF) : ..... |

Coordonnées de l'organisme finançant les frais de formation : (sauf si REGION GRAND EST)

Rémunération et autres aides dont je bénéficie ou suis susceptible de bénéficier durant la formation : (cochez la case correspondant à votre situation)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bourse de la Région                            | <input type="checkbox"/> Contrat en alternance (apprentissage, contrat professionnalisation) |
| <input type="checkbox"/> Indemnités de chômage (ARE, ASS, RFF, ASR,...) | <input type="checkbox"/> Allocations d'études  |
| <input type="checkbox"/> Minima sociaux et autres allocations (RSA,...) | <input type="checkbox"/> Autres types d'aides publiques (LADOM...)                           |
| <input type="checkbox"/> Promotion professionnelle hospitalière         | <input type="checkbox"/> Aucune aide financière  |
| <input type="checkbox"/> Plan de formation de l'employeur               | <input type="checkbox"/> Autre(s) prise(s) en charge   |
| <input type="checkbox"/> Transition Pro (ex CIF)                        |  |

Coordonnées de l'organisme finançant ou sollicité pour financer la rémunération et/ou d'autres aides :

## SITUATION DE L'APPRENANT AVANT L'ENTREE EN FORMATION

Pièces à produire à l'Institut quel que soit le profil de l'apprenant :

- curriculum vitae actualisé récapitulant les antécédents professionnels depuis la sortie du système scolaire
- copie du dernier diplôme

### PARCOURS SCOLAIRES

Dernier diplôme obtenu (niveau le plus élevé) :

Année d'obtention	Intitulé du diplôme	Spécialité/discipline/série

Dernières études suivies :

Année scolaire	Intitulé de la formation	Etablissement

### ANTECEDENTS PROFESSIONNELS

Dernier emploi exercé avant l'entrée en formation (employeur principal en cas de cumul d'activités) :

Date d'embauche	Employeur et lieu de travail	Emploi occupé	Type de contrat	Temps de travail	Motif de fin ou de rupture de contrat	Date de fin ou de rupture de contrat

Situation au regard des derniers emplois occupés durant la période de référence :

- pour AS-AP : 6 mois avant l'entrée en formation de l'année de réussite aux épreuves de sélection et le démarrage effectif de la formation
- pour AMBULANCIER : entre la date de clôture des inscriptions aux concours ou épreuves de sélection et le démarrage de la formation
- pour les niveaux post-bac quelles que soient les modalités de sélection : entre le 8 avril 2021 et le démarrage effectif de la formation

soit :

du : 08 avril 2021

au : 30 août 2021

Date d'embauche	Employeur et lieu de travail	Emploi occupé	Type de contrat	Temps de travail	Motif de fin ou de rupture de contrat	Date de fin ou de rupture de contrat

Toute fausse déclaration est passible de peines et d'amendes prévues par les articles 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal.

Je certifie exact les renseignements fournis.

Fait à :

Le :

Signature de l'apprenant ou du responsable légal



## ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) :  déclare avoir pris connaissance :

**- du coût de la formation :**

Tarif applicable par année ou par session de formation :

Autres frais à charge de l'apprenant :

**- des conditions de prise en charge fixées par la Région Grand Est (voir fiches synthétiques relatives aux conditions générales et aux conditions spécifiques de prise en charge des formations sanitaires)**

**- et j'atteste :**

remplir les conditions pour bénéficier d'une prise en charge régionale en tant que :

Jeune de -26 ans en poursuite d'études

Demandeur d'emploi non démissionnaire durant la période de référence :

- pour AS-AP : 6 mois avant l'entrée en formation de l'année de réussite aux épreuves de sélection et le démarrage effectif de la formation
- pour AMBULANCIER : entre la date de clôture des inscriptions aux concours ou épreuves de sélection et le démarrage de la formation
- pour les niveaux post-bac quelles que soient les modalités de sélection : entre le 8 avril 2021 et le démarrage effectif de la formation

Salarié(e) bénéficiant d'un financement à titre dérogatoire

Salarié(e) en situation précaire dont le contrat de travail est inférieur à 18 heures par semaine ou 78 heures par mois dans les 9 mois avant l'entrée en formation

Salarié(e) en tant que Vendeur à Domicile Indépendant (VDI) ou auto-entrepreneur dont le salaire moyen dans les 6 mois avant l'entrée en formation n'excède pas 610 € par mois

financer la formation à titre personnel selon les modalités de règlement définies par l'institut de formation, étant donné que je ne remplis pas les conditions d'éligibilité fixées par la Région

bénéficier d'une prise en charge par le biais d'un dispositif de formation professionnelle continue (Transition Pro, CFP, plan de formation employeur...)

Intégrale

partielle et m'engage à financer le reste à charge à titre personnel

Coordonnées du financeur :

**Je m'engage à :**

- signaler au plus tôt tout changement de situation qui serait susceptible de remettre en cause ou d'impacter le financement de la Région Grand Est ;
- m'acquitter des frais à titre personnel en cas d'omission ou d'erreur dans la présente déclaration, de non production des pièces demandées par l'institut de formation ou par la Région dans un délai de 15 jours ;
- remettre toute pièce demandée par la Région en cas de contrôle ;
- être assidu durant toute la formation et respecter le règlement intérieur de l'institut de formation.

Toute fausse déclaration est passible de peines et d'amendes prévues par les articles 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal.

**Je certifie exact les renseignements fournis.**

Fait à :

Le :

**Signature de l'apprenant ou du responsable légal**

FORMATIONS SANITAIRES

Document à renseigner uniquement pour les personnes justifiant du statut de demandeur d'emploi et ne justifiant pas d'un certificat de scolarité pour l'année 2020/2021 ou 2019/2020

IDENTITE DE L'APPRENANT

Nom patronymique et/ou nom d'usage :

Prénoms :

Date de naissance :

PROJET DE FORMATION

Etablissement de formation :

Formation suivie :

Lieu de formation :

Année scolaire ou universitaire :

Année de réussite aux sélections :

Date de la rentrée :

Période de référence :

du :

au :

ANTECEDENTS PROFESSIONNELS

Situation au regard des derniers emplois occupés durant la période de référence :

- pour AS-AP : 6 mois avant l'entrée en formation de l'année de réussite aux épreuves de sélection et le démarrage effectif de la formation
- pour AMBULANCIER : entre la date de clôture des inscriptions aux concours ou épreuves de sélection et le démarrage de la formation
- pour les niveaux post-bac : quelles que soient les modalités de sélection : entre le 8 avril 2021 et le démarrage effectif de la formation

soit :

du : 8 avril 2021

30 août 2021

Date d'embauche	Employeur	Lieu de travail	Emploi occupé	Type de contrat	Temps de travail	Motif de fin ou de rupture de contrat	Date de fin ou de rupture de contrat

INSCRIPTION A POLE EMPLOI

N° d'identifiant Pôle Emploi :

Agence d'inscription Pôle Emploi référente :

Suivi assuré par une Mission Locale ou un PAIO (O/N) ?

Dans l'affirmative, quelle structure ?

Date de dernière inscription ou réactualisation en tant que demandeur d'emploi :

Si vous percevez une allocation de Pôle Emploi, depuis quand ?

Le changement de situation lié à l'entrée en formation doit être signalé à Pôle Emploi dans le mois qui précède la rentrée.

Je soussigné(e) :

atteste remplir les critères d'éligibilité fixés par la Région Grand Est - tels que rappelés dans les fiches récapitulatives "Conditions générales et conditions spécifiques de prise en charge des formations sanitaires",

déclare avoir cessé toute activité professionnelle salariée ou non salariée et ne plus être lié contractuellement à un employeur (sauf en cas d'activité réduite si la quotité de travail n'excède pas 18h/semaine ou 76h/mois dans les 9 mois avant l'entrée en formation ,

et ne pas être placé(e) soit en disponibilité de la fonction publique, soit en congé (congé de formation, congé sabbatique, congé parental...).

J'autorise Pôle Emploi à transmettre les informations ci-après à la Région.

Toute fausse déclaration est passible de peines et d'amendes prévues par les articles 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal.

Fait à :

Le :

Signature de l'apprenant ou du responsable légal

## PARTIE A RENSEIGNER PAR POLE EMPLOI

Attestation à remplir dans le mois précédent l'entrée en formation

Pôle Emploi atteste que :

- l'apprenant est inscrit en tant que demandeur d'emploi :

depuis le :

est inscrit en catégorie :

depuis le :

dernier jour d'actualisation :

justifie d'une activité déclarée à cette date (O/N) :

- l'apprenant justifie du statut suivant, au cours de la période de référence (voir dates précises au verso) :

non démissionnaire

démissionnaire pour motifs légitimes reconnus par la Région Grand Est tels que : rupture d'un contrat aidé, emploi avenir ou service civique... - pour cause de non paiement des salaires - pour suivre le conjoint suite à mutation ou mariage - pour suivre son enfant handicapé admis dans une structure d'accueil - pour cause de violences conjugales - pour cause d'actes délictueux dans le cadre du contrat de travail

autre motif de rupture \*

\* Motif de fin ou de rupture de contrat - choisir parmi les options suivantes : Convention de Reclassement Personnalisé (CRP), démission, démission contrat 18 h/semaine au maximum, licenciement, rupture conventionnelle/amiable, fin de contrat, non renouvellement de CDD

Date de la rupture :

non défini, Pôle Emploi n'étant pas en mesure de vérifier la situation de l'apprenant et d'attester de son statut au regard des critères fixés par la Région Grand Est

- son projet de formation professionnelle a fait l'objet d'une validation auprès d'un conseiller de Pôle Emploi.

L'apprenant justifie-t-il de droits ouverts au titre de l'ARE (O/N) ?

Signature et cachet de Pôle Emploi

Nom du signataire :

Prénom :

Qualité :

Agence :

Lieu :

Date :

**CODES****Type de contrat**

CDI

CDD

Fonctionnaire

Intérim

Contrat en alternance

Contrat Aidé

Service civique ou volontaire

Autre

**Motif de fin ou rupture de contrat**

Convention de Reclassement Personnalisé (CRP)

Démission

Démission contrat 18h/semaine ou 78h/mois au maximum

Démission pour motifs légitimes reconnus par la Région

Licenciement

Rupture conventionnelle/amiable

Fin de contrat



**INSTITUTS DE FORMATION EN SANTE  
C.H.R. METZ-THIONVILLE  
C.H. BRIEY**



**CERTIFICAT MEDICAL  
A faire compléter par un MEDECIN AGREE\***

Je soussigné(e),

**Nom Prénom du Praticien :**

**Titre de qualification :**

**Adresse :**

**Téléphone :**

certifie que

**M..... né(e) le .....**

**Candidat à l'inscription à la filière infirmière**

ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession

Fait à :

Le :

Signature :

Cachet du praticien :

\* la liste des médecins agréés est consultable sur internet ou peut être demandée à l'Agence Régionale de Santé.



INSTITUTS DE FORMATION EN SANTE  
C.H.R. METZ-THIONVILLE  
C.H. BRIEY




## INFORMATIONS SUIVI MEDICAL

NOM : ..... Prénom : .....

**A remettre au plus tard le 16 août 2021**

- **L'attestation médicale** de vaccinations obligatoires pour l'entrée en formation en soins infirmiers,
- La **photocopie lisible du carnet de vaccinations, après la mise à jour des vaccinations,**
- Un **dosage** des anticorps anti-Hbs

	<b>ATTESTATION MEDICALE DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES POUR L'ENTREE EN FORMATION DE</b> .....	DRHS/PNM P-002 V7-03/2021
Département des Ressources Humaines en Santé		

CETTE ATTESTATION EST A REMPLIR PAR VOTRE MEDECIN TRAITANT ET A REMETTRE AU CENTRE DE FORMATION au plus tard le .....

**Compléter impérativement les dates en précisant JJ/MM/AA**

**DIPHTERIE-TETANOS-POLIO-COQUELUCHE**

1ère injection le : .... /.... /....	1 <sup>er</sup> Rappel : .... /.... /....	Age:
2ème injection le : .... /.... /....	2 <sup>ème</sup> Rappel : .... /.... /....	Age:
3ème injection le : .... /.... /....	3 <sup>ème</sup> Rappel : .... /.... /....	Age:
	4 <sup>ème</sup> Rappel : .... /.... /....	Age:
	5 <sup>ème</sup> Rappel : .... /.... /....	Age:

**HEPATITE B**

La **vérification de l'immunisation et de l'absence d'infection par le VHB** est obligatoire pour tous les étudiants et personnels de santé relevant de la vaccination obligatoire contre le VHB.

Taux d'anticorps : .....

<b>Taux d'anticorps anti Hbs</b>	<b>&gt;100 UI/L</b>	<b>immunisé</b>
	<b>10 -100 UI/L</b>	<b>réaliser Ag HBs</b> (si Ag HBs négatif : immunisé)
	<b>&lt;10</b>	<b>non protégé :</b> Reprendre le schéma vaccinal
<b>En cas de doute : <u>CONSULTER LE MEDECIN AGREE REFERENT ARS</u></b>		

Immunisation :  Oui  Non

**FIEVRE TYPHOIDE - A vérifier avant une entrée en stage à risque**

Recommandé : pour les élèves, étudiants ou professionnels de santé ayant un stage ou une activité à risque de contamination (i.e. lors de la manipulation d'échantillons biologiques, en particulier de selles, susceptibles de contenir des salmonelles).

Le décret n° 2020-28 du 14 janvier 2020 suspend l'obligation vaccinale contre la fièvre typhoïde.



## VACCINS RECOMMANDES\*

Vaccins	Oui / Date	Non
ROR		
Rougeole		
Rubéole		
Varicelle		
Coqueluche		
Hépatite A		
Grippe (annuellement)		

\*Cf. recommandations et modalités sur <https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Recommandations-vaccinales-specifiques/Professionnels-exposes-a-des-risques-specifiques/Professionnels-de-sante>

## BCG - pour information

Le [décret n°2019-149 du 27 février 2019](#) suspend l'obligation de vaccination contre la tuberculose des professionnels visés aux articles [R.3112-1 C](#) et [R.3112.2](#) du code de la santé publique.

Ainsi, la vaccination par le BCG ne sera plus exigée lors de la formation ou de l'embauche de ces professionnels dès le 1<sup>er</sup> avril 2019. Toutefois, il appartiendra aux médecins du travail d'évaluer ce risque et de proposer, le cas échéant, une vaccination par le vaccin antituberculeux BCG au cas par cas aux professionnels du secteur sanitaire et social non antérieurement vaccinés, ayant un test immunologique de référence négatif et susceptibles d'être très exposés

**ATTENTION** : le certificat d'aptitude de l'élève à l'entrée en formation dépend de ces indications.

Je soussigné(e), Docteur .....

Certifie que Mme – Mr .....

a répondu à ses obligations vaccinales selon le texte en vigueur et a reçu les vaccinations obligatoires précédentes.

**SIGNATURE DU MEDECIN :**

**CACHET :**

Pour toute information, vous pouvez vous rendre sur le site [Vaccination InfoService.fr](https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Recommandations-vaccinales-specifiques/Professionnels-exposes-a-des-risques-specifiques/Professionnels-de-sante)  
<https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Recommandations-vaccinales-specifiques/Professionnels-exposes-a-des-risques-specifiques/Professionnels-de-sante>

