



**Secrétariat :**

☎ 02.43.08.22.26

✉ [direction-ifs-i-fas@ch-mayenne.fr](mailto:direction-ifs-i-fas@ch-mayenne.fr)



**Etudiants IFSI,  
Promotion 2027-2030**

**OBJET : Admission IFSI 1<sup>er</sup> février 2027**

Chers étudiants,

Vous avez accepté définitivement votre admission à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers du Centre Hospitalier du Nord-Mayenne pour la rentrée du **lundi 1<sup>er</sup> février 2027**.

Vous trouverez ci-joints :

→ **la fiche administrative** à compléter et à nous adresser soit :

- Dépôt au secrétariat : ouvert au public *du lundi au vendredi de 8h30 à 12h30 et de 14h à 17h*
- Par mail sous format PDF : [direction-ifs-i-fas@ch-mayenne.fr](mailto:direction-ifs-i-fas@ch-mayenne.fr)

→ **le certificat médical**

**Important** : L'entrée en formation de l'étudiant est subordonnée à la présentation d'un certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et la coqueluche (DTPC) (article 14 de l'arrêté du 20 février 2026 relatif au diplôme d'état d'infirmier).

Bien que l'obligation vaccinale contre la Covid 19 soit suspendue, elle reste fortement recommandée, y compris les rappels à distance de la primovaccination, pour l'ensemble des étudiants en santé, en particulier pour les professionnels en contact réguliers avec les personnes immunodéprimées ou vulnérables (instruction ministérielle n° DGOS/RH1/DGESIP/DGRH/2023/84 du 4 juillet 2023 relative à la suspension de l'obligation vaccinale contre la Covid 19 pour les étudiants en santé).

La Haute Autorité de Santé recommande également la vaccination contre la grippe des professionnels de santé, y compris les apprenants.

Par conséquent, tous les étudiants devront avoir un schéma vaccinal complet, conformément au cadre réglementaire. Assurez-vous dès maintenant de la conformité de vos vaccinations, d'avoir la date de votre dernier vaccin DTPC, les résultats sérologiques AC anti-HbS et AC anti-HbC. Le schéma complet classique de vaccination contre l'hépatite B est de 2 doses à 1 mois d'intervalle, la 3<sup>ème</sup> dose à 6 mois après la 1<sup>ère</sup>. Il peut être fait de façon accélérée avec 3 doses : une première dose, une deuxième dose 7 jours après, une troisième dose 21 jours après la première dose. Dans ce cas, un rappel est nécessaire à 1 an.

Vous ne serez pas admis à partir en stage sans ce schéma vaccinal complet.

**Financement de la formation** : concernant **le dossier d'éligibilité pour la prise en charge des frais de votre formation** par la Région des Pays de la Loire et les éventuelles **demandes de bourses**, la procédure vous sera transmise par mail **courant décembre 2026-janvier 2027**.

**Certificat de scolarité** : il vous sera remis à partir du 01/02/2027 si votre dossier administratif et financier est complet.

**Merci de nous informer en cas de changement de coordonnées** (adresse, mail, n° téléphone).

Je vous prie de croire, chers étudiants, à l'expression de mes salutations distinguées.

*La Direction de l'I.F.S.I  
du Centre Hospitalier du Nord-Mayenne*

**INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS**  
**du Centre Hospitalier du Nord Mayenne**  
229 boulevard Paul Lintier CS 60102 - 53103 MAYENNE Cedex  
☎ 02-43-08-22-26    💻 [direction-ifsi-ifas@ch-mayenne.fr](mailto:direction-ifsi-ifas@ch-mayenne.fr)

**FICHE ADMINISTRATIVE**  
**RENTRÉE IFSI LUNDI 1<sup>er</sup> FEVRIER 2027**

**Collez votre  
photo ici**

Monsieur       Madame   
 Nom de naissance : .....  
 Nom d'épouse : .....  
 Prénoms : .....  
 N° I.N.E. : .....  
 N° CVEC : .....(joindre attestation)  
 Adresse : .....  
 Code postal : ..... Ville : .....  
 Tel. domicile : ..... Tel. portable : .....  
 Email : .....  
 Date de naissance : ..... Département de naissance : .....  
 Lieu de naissance : ..... N° S.S. ....  
 Nationalité : ..... Carte de Séjour :  Oui       Non  
 Je suis en situation d'inclusion (fournir attestation CDAPH ou MDPH)     Oui       Non

**PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE :**

Nom : ..... Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 .....  
 Tel. Domicile : ..... Tel. Portable : .....

**SITUATION FAMILIALE :**

Célibataire       Marié (e)       Pacsé(e)       Concubinage

	NOM	AGE	PROFESSION
CONJOINT			
ENFANTS			
PERE			
MERE			
SŒURS & FRERES			

**VOS DIPLOMES :**

<input type="checkbox"/>	<b>Baccalauréat</b> Spécialité : ..... Année d'obtention : .....
<input type="checkbox"/>	<b>Diplôme ou titre homologué supérieur au minimum niveau V (BTS, DEUG, etc.)</b> Précisez : ..... Année d'obtention : .....
<input type="checkbox"/>	<b>Diplôme d'Accès aux Etudes Universitaires (DAEU), Examen Spécial d'Entrée à l'Université (ESEU)</b> Année d'obtention : .....
<input type="checkbox"/>	<b>Autres :</b> Précisez : ..... Année d'obtention : .....
<input type="checkbox"/>	<b>Cursus universitaire suivi :</b> Intitulé : Année : ECTS obtenus * : (* ) merci de nous transmettre les justificatifs d'obtention d'ECTS.

**VOTRE MOYEN DE LOCOMOTION :**

Voiture     Moto     Vélo     Piéton     Autres : .....

Vous êtes titulaire du PERMIS B\* :     oui     non     en cours

## SITUATION INDIVIDUELLE A CE JOUR

NOM :

Prénom :

- J'ai suivi une formation sanitaire et sociale de même niveau et ou de même durée il y a plus de 2 ans.  
Quel diplôme ..... Date d'obtention .....
- Pensez-vous travailler en CDD dans l'attente de la rentrée ? **(1)**  
Contrat qui a commencé le .....  
et qui se termine le .....
- Je travaille en CDI **(1)**  
Depuis le ..... Nombre d'heures / hebdomadaire : .....  
J'envisage de démissionner : oui  non
- Je suis demandeur d'emploi **(2)**  
Indemnisé  Non indemnisé   
N° identifiant .....  
Région de mon agence France Travail : .....
- Je suis dans une autre situation :

.....

NB : il est possible de cocher 2 situations

- (1) Les apprenants peuvent travailler dans la limite de 15 heures par semaine (pour les semaines en institut ou en stage) et de 35 heures pour les semaines de vacances. Le type de contrat (CDD ou CDI) n'impacte pas l'éligibilité de l'apprenant au financement Région. Par conséquent, les apprenants n'ont pas besoin de démissionner de leur contrat de travail lorsqu'ils sont en CDD ou CDI inférieur à 15 heures par semaine **(conditions d'éligibilité en annexe 1)**.
- (2) **Si vous avez travaillé au moins 130 jours ou 910 heures (ce qui correspond environ à 6 mois), vous pourrez percevoir une allocation d'aide au retour à l'emploi (ARE) pendant votre temps de formation.**  
Ces jours travaillés sont recherchés dans une période déterminée (c'est la période de recherche d'affiliation) :
- a. Dans les 24 derniers mois (2 ans) si vous avez moins de 53 ans.
- b. Dans les 36 derniers mois (3 ans) si vous avez 53 ans et plus.  
<https://www.pole-emploi.fr/candidat/mes-droits-aux-aides-et-allocati/lessentiel-a-savoir-sur-lalocat/ai-je-droit-a-lallocation-chomag.html> (conditions susceptibles d'évolution).  
Veuillez-vous rapprocher d'un conseiller France Travail.

### IMPORTANT

Pour information, les coûts de formation en 2026 s'élevaient à 26346 € pour les trois années.  
Néanmoins, ces frais, sous réserve d'éligibilité sont pris en charge par la Région des Pays de la Loire.

DATE : .....

SIGNATURE DE L'ETUDIANT :

## **1 - Publics éligibles**

Sont éligibles à la prise en charge totale ou partielle des coûts pédagogiques par la Région des Pays de la Loire :

- **les personnes en poursuite de scolarité dans le cadre de leur formation professionnelle initiale** (au sens du code du travail),
- **les personnes en recherche d'emploi** (inscrites comme demandeuses d'emploi ou en démarche pour l'être).

Ces deux catégories de personnes sont autorisées, en marge de la formation, à exercer une activité salariée sous réserve que cette activité ponctuelle ou pérenne soit conciliable, pour l'institut de formation, avec le bon déroulement de celle-ci.

Cette activité salariée peut être :

- soit partielle, dans la limite de 15 heures par semaine pour les semaines en institut ou en stage
- soit à temps plein, selon l'article L.3121-27 du Code du travail, pour les semaines de vacances.

Cette condition de cumul s'apprécie chaque année.

Les personnes éligibles bénéficient de la prise en charge totale ou partielle des coûts pédagogiques si elles sont inscrites dans un institut de formation agréé et conventionné par la Région des Pays de la Loire, dans la limite des places autorisées et financées par la Région.

## **2 - Publics non éligibles**

Les personnes autres que celles en recherche d'emploi ou en poursuite de scolarité dans le cadre de la formation professionnelle initiale ne sont pas éligibles à la prise en charge des coûts pédagogiques par la Région.

## **3 - Délai de carence entre deux formations de même niveau**

La Région des Pays de la Loire intervient pour le financement des coûts pédagogiques des apprenants réalisant deux formations sanitaires et sociales de même niveau sous réserve qu'un délai de carence de deux ans minimums soit constaté entre le terme de la formation sanitaire et sociale précédente, et la date d'entrée dans la nouvelle formation.

En cas de reprise d'une formation après échec ou abandon (quels que soient les niveaux des formations) le délai de carence ne s'applique pas.

En cas de passage vers une formation sanitaire ou sociale de niveau supérieur, le délai de carence ne s'applique pas.

## **CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE**

**A FAIRE COMPLETER PAR UN MEDECIN AGRÉÉ PAR L'ARS**

*Vous pouvez consulter la liste des médecins agréés sur le site de  
l'ARS Pays de la Loire :*

*[https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/consulter-la-liste-des-medecins-  
agrees-en-pays-de-la-loire](https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/consulter-la-liste-des-medecins-agrees-en-pays-de-la-loire)*

### **PRÉPAREZ VOTRE DOSSIER DE VACCINATIONS DÈS MAINTENANT**

**N'attendez pas l'admission pour prendre contact avec le médecin agréé ET votre médecin traitant  
car 5 mois peuvent être nécessaires pour effectuer  
le protocole complet des vaccinations obligatoires pour entrer en formation.**

**Certificat à remettre au secrétariat  
au plus tard le jour de la rentrée**

---

**Conditions Médicales obligatoires d'admission à l'entrée à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers  
Rentrée de Février 2027**

---

**CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE A FAIRE COMPLÉTER PAR UN MÉDECIN AGRÉÉ PAR L'ARS**  
**Rentrée Février 2027**

Je soussigné(e), Docteur ....., Médecin agréé,

Certifie que M, Mme, Mlle (*rayez les mentions inutiles*) .....

Né(e) le .....

Remplit les conditions de vaccinations obligatoires conformément à la réglementation pour servir et faire valoir ce que de droit conformément à l'arrêté du 2 mars 2017 suspendant les annexes I et II de l'arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L-3111-4 du Code de la Santé Publique).

**DIPHTÉRIE – TÉTANOS – POLIOMYÉLITE +/- COQUELUCHE** [arrêté du 02/08/2013](#)

	Nom du vaccin	Date d'injection	N° de lot
Dernier rappel DTP			
Dernier rappel DTCP			

**Hépatite B** ([arrêté du 22/02/2018 fixant les conditions d'immunisation](#))

Dénomination de la spécialité	N° de lot	Doses	Dates d'injections

*⊗ Les résultats des sérologies sont couverts par le secret médical, néanmoins nous vous remercions de fournir le justificatif rendant compte que votre sérologie anti hépatite B correspond aux normes préconisées conformément à la législation en vigueur.*

Contrôle sérologique en date du : .....

- Immunisé(e) contre l'hépatite B :  oui  non
- Non répondeur(euse) à la vaccination :  oui  non

**AUTORISATION - à remplir OBLIGATOIREMENT**

L'étudiant(e) est à jour de ses vaccinations conformément à la réglementation en vigueur :

oui  non

Au vu des conditions de vaccination, l'étudiant(e) ne présente pas de contre-indication à ce jour à débiter son parcours de stage :

Présente des contre-indications  Ne présente pas de contre-indications

L'étudiant(e) ne présente pas de contre-indication physiques et psychologiques nécessaires à l'exercice de la profession infirmière :

Présente des contre-indications  Ne présente pas de contre-indications

Fait à ....., le .....

**CACHET ET SIGNATURE DU MEDECIN AGRÉÉ**

### Schéma de vaccination classique – Hépatite B

3 injections en respectant un intervalle de :

- Au moins 1 mois entre la 1<sup>ère</sup> et la 2<sup>nd</sup> injection
- Au moins 6 mois entre la 2<sup>nd</sup> et la 3<sup>ème</sup> injection

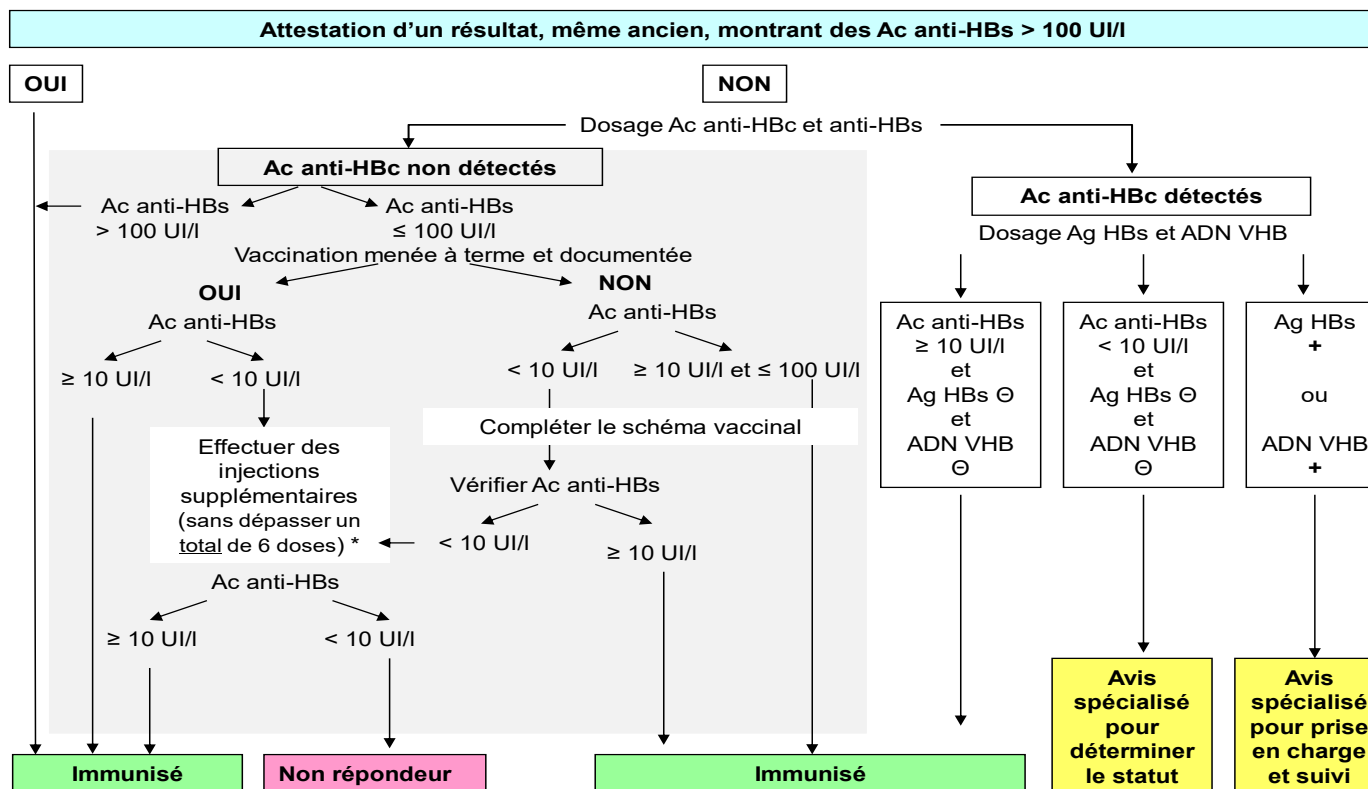
### Schéma de vaccination Hépatite B en accéléré

Dans les situations où une protection vaccinale doit être obtenue rapidement (ici pour l'entrée en formation), il est possible de procéder à une vaccination en 3 injections sur 21 jours, suivies d'un rappel 1 an après.

**Impérativement :** Réaliser une sérologie (prise de sang) de contrôle de l'immunisation après la 3<sup>ème</sup> injection (permet de vérifier l'efficacité du vaccin et de **vous autoriser à partir en stage**)

Si le résultat de la prise de sang montre que vous n'êtes pas immunisé, vous devez réaliser une 4<sup>ème</sup> injection du vaccin, puis contrôler à nouveau par une prise de sang de votre immunisation (maximum 6 injections)

Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 et dont les conditions sont fixées par l'arrêté du 2 août 2013



\* Sauf cas particulier voir 4° de l'annexe 2 de l'arrêté

Légende : Ac: anticorps ; Ag : antigène ; VHB : virus de l'hépatite B

### Textes de référence

- Articles L.3111-1, L.3111-4 et L.3112-1 du code de la santé publique (CSP).
- Arrêté du 15 mars 1991 fixant la liste des établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins auxquels le personnel exposé doit être vacciné, modifié par l'arrêté du 29 mars 2005 (intégration des services d'incendie de secours).
- Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculini.
- Arrêté du 6 mars 2007 relatif à la liste des élèves et étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des professions de santé pris en application de l'article L.3111-4 du CSP.
- Arrêté du 17 avril 2018 modifiant l'arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux (Titre III).
- Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L.3111-4 du CSP.
- Calendrier vaccinal en vigueur (cf. [www.vaccination-info-service.fr](http://www.vaccination-info-service.fr))