

**INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS**  
**Groupement de Coopération Sanitaire du Pays d'Aix**  
**Site d'Aix-en-Provence**

\*\*\*\*\*

**DOSSIER D'INSCRIPTION**

**1<sup>ère</sup> ANNEE D'ETUDES**  
**CONDUISANT AU DIPLÔME D'ETAT D'INFIRMIER**

**PROMOTION 60 – 2026-2029**

**RENTREE : Mardi 1<sup>er</sup> septembre 2026 à **9 heures****

**Fermeture de l'IFSI du 3 au 14 août 2026 inclus.**

## INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS Groupement de Coopération Sanitaire du Pays d'Aix

Centre Hospitalier Montperrin  
109 Avenue du Petit Barthélémy  
13617 Aix-en-Provence Cedex 1  
Tél. 04.88.71.20.70

Aix-en-Provence, le 2 juin 2026.

**Objet** : Admission en 1<sup>ère</sup> année

### DOSSIER D'INSCRIPTION 2026-2027

Madame, Monsieur,

Vous avez été admis(e) à l'**Institut de Formation en Soins Infirmiers du Groupement de Coopération Sanitaire du Pays d'Aix - site d'Aix-en-Provence** - pour la rentrée du **MARDI 1<sup>er</sup> SEPTEMBRE 2026 à 9h00 précises**.

L'**inscription définitive** des futurs étudiants en 1<sup>ère</sup> année de la formation en Soins Infirmiers est conditionnée à la production de votre part :

#### - Pour les candidats issus de la Liste FPC :

- ✓ du règlement des frais d'inscription de **178 euros** à l'ordre de l'Agent Comptable du GCSPA. (montant est soumis à une révision annuelle).
- ✓ de l'attestation de Contribution à la Vie Etudiante et de Campus (CVEC) dont le règlement de **105 euros** s'effectue en ligne sur le site <https://cvec.etudiant.gouv.fr/> (montant est soumis à une révision annuelle).
- ✓ de l'attestation signée de non-inscription ou de désinscription de Parcoursup téléchargeable sur la plateforme.
- ✓ •Un certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France. Le candidat doit anticiper l'obligation réglementaire de vaccination à l'Hépatite B (3 injections), au DT Polio et à la rougeole. **Ce certificat médical est à rendre dans les plus brefs délais et au plus tard le jour de la rentrée pour valider votre inscription définitive.**

#### - Pour les candidats issus de Parcoursup :

- ✓ d'une attestation d'admission à télécharger sur la plateforme Parcoursup ;
- ✓ L'attestation sur l'honneur à télécharger sur notre site <https://www.gcspa.fr/nos-formations/formation-en-soins-infirmiers/admission-en-ifsii/> - « Confirmation après résultats »
- ✓ •Un certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France. Le candidat doit anticiper l'obligation réglementaire de vaccination à l'Hépatite B (3 injections), au DT Polio et à la rougeole. **Ce certificat médical est à rendre dans les plus brefs délais et au plus tard le jour de la rentrée pour valider votre inscription définitive.**

➤ Le dossier d'inscription est à fournir impérativement avant le **Vendredi 31 juillet 2026** dernier délai.

**Attention** : fermeture de l'IFSI du 3 au 14 août 2026 inclus.

**PIECES A FOURNIR** (ces documents doivent être parfaitement lisibles pour être exploitables) :

- ✓ La fiche de renseignements ci-jointe dûment complétée
- ✓ 1 photocopie de la carte d'identité (recto/verso)
- ✓ 1 photocopie du livret de famille (toutes les pages écrites)
- ✓ 3 photos d'identité récentes (format **normal** identité)
- ✓ 1 relevé d'identité bancaire ou postal **au nom du candidat**
- ✓ 1 photocopie de votre attestation de droits ouverts à la sécurité sociale téléchargeable sur le site [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr) (**mentionnant la date de validité**)
- ✓ 1 photocopie de la carte grise de votre véhicule
- ✓ Attestation d'assurance responsabilité civile 2026-2027 couvrant la réalisation des stages paramédicaux (**la mention « stages paramédicaux 2026/2027 » est obligatoire**)
- ✓ Attestation de Contribution de Vie Etudiante et de Campus (CVEC)
- ✓ Cession de droit à l'image dûment remplie jointe au dossier
- ✓ Attestation sur l'honneur dûment remplie jointe au dossier
- ✓ Une attestation de niveau de langue B2 française pour les candidats étrangers.
- ✓ Formulaire de demande de dispense d'unités d'enseignements pour les candidats concernés
- ✓ Pour les candidats ayant passé les épreuves du Baccalauréat cette année, la copie des notes obtenues. **La copie du diplôme du baccalauréat sera à nous fournir dès réception**
- ✓ Pour les candidats titulaires du Baccalauréat et/ou diplôme(s) de niveau supérieur **fournir IMPERATIVEMENT la (les) copie(s) du (des) diplôme(s)**
- ✓ **Pour les candidats titulaires de l'AFGSU 2, fournir IMPERATIVEMENT l'attestation de réussite**
- ✓ Pour les candidats inscrits sur ParcoursSup, fournir les pièces justificatives des éléments du dossier de sélection sur la plateforme (BAFA, DEAS, attestation de section préparatoire...)

.....

### **INSCRIPTION ADMINISTRATIVE Aix-Marseille Université (AMU)**

Vous venez d'accepter définitivement une proposition d'admission en Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI). Le diplôme d'État d'infirmier conférant le Grade de Licence, vous devrez effectuer une inscription universitaire auprès de la Faculté des Sciences Médicales et Paramédicales d'Aix-Marseille Université (AMU).

- 1- **Pour tous les étudiants en formation initiale**, vous devrez procéder à votre inscription en ligne impérativement **à partir du 8 juillet 2026 à 14 h, via le lien ci-après :**

**[Informations pour votre première inscription administrative](#)**

Attention, les dates limites d'inscription sont fixées au :

- 17 juillet 2026 à 12h si vous avez accepté définitivement une proposition d'admission entre le 02/06/2026 et le 10/07/2026 inclus.
- 24 août 2026 à 18h si vous avez accepté définitivement une proposition d'admission entre le 11/07/2026 et le 23/08/2026 inclus.
- Pour les propositions d'admission acceptées à partir du 24/08/2026 jusqu'au 10/09/2026, l'inscription administrative doit être réalisée dans les plus brefs délais après l'acceptation et au plus tard le 18/09/2026 à 17h.

- 2- **Pour les étudiants en formation continue (FPC)**, le dossier d'inscription à l'AMU est à télécharger sur notre site internet : <https://www.gcspa.fr/nos-formations/formation-en-soins-infirmiers/inscription-en-ifsil/>, à imprimer et à rendre complété au secrétariat avant le **31 juillet 2026**.

### ACCES MyKomunoté

Depuis 2024, les instituts de formation du GCSPA utilisent le portail collaboratif MyKomunoté (MyK) dans lequel vous pourrez visualiser vos plannings, vos affectations de stage, vos notes, ...

Pour y accéder, créez votre compte à partir de l'adresse mail suivante :

<https://aix.epsilon-informatique.net/MyKomunote/>

L'adresse courriel à saisir est celle enregistrée dans ce dossier d'inscription.

### DOSSIER MEDICAL

**Votre admission DEFINITIVE sera subordonnée à la production du dossier médical complet (voir annexes I et I bis)**

Afin de remplir les conditions légales au jour de la rentrée, vous devez IMPERATIVEMENT débiter les vaccinations demandées **dès à présent** pour ne pas prendre de retard. **Les étudiants n'ayant pas les vaccinations légales et la sérologie hépatite B ne seront pas admis en stage.**

Une visite médicale organisée par Aix-Marseille Université sera obligatoire au cours de votre formation. Vous serez informé ultérieurement des modalités d'organisation pour la prise de rendez-vous. Vous devrez présenter votre carnet de santé à jour ainsi que la sérologie hépatite B attestant de votre immunité.

### TENUES DE STAGES

Afin d'améliorer les conditions de vie et d'études des élèves et étudiants des formations sanitaires et du travail social, le Président de la Région PACA a décidé de vous offrir un kit de 4 tenues professionnelles.

L'essayage des tenues sera effectué à la rentrée.

### BOURSES

A la rentrée 2026/2027, vous allez intégrer une 1<sup>ère</sup> année de formation dans le secteur sanitaire, vous pouvez donc déposer une demande d'aide régionale d'étude (bourse) à compter du **8 juin 2026** directement sur le portail de la Région :

<https://www.maregionsud.fr/vos-aides/detail/bourse-regionale-detudes-dans-les-filieres-du-sanitaire-et-du-travail-social>

Veillez à bien renseigner le **code d'authentification établissement** suivant : **-VbmS7f** et les dates d'entrée et de fin de formation : **du 1<sup>er</sup> septembre 2026 au 4 juillet 2027**, ainsi que le nombre d'heures de formation prévues : **1540 heures**.

Pour toute information : La permanence téléphonique : 04 91 57 55 02 du lundi au vendredi de 14h à 16h  
Une adresse mail dédiée : [aidesaso@maregionsud.fr](mailto:aidesaso@maregionsud.fr)

### CONTRIBUTION VIE ETUDIANTE ET DE CAMPUS (CVEC)

La CVEC est **OBLIGATOIRE** pour tout étudiant s'inscrivant dans un établissement d'enseignement supérieur. Le paiement de la CVEC s'effectue en ligne sur le site : [cvec.etudiant.gouv.fr](http://cvec.etudiant.gouv.fr).

A l'issue de la démarche, l'étudiant obtiendra une **attestation d'acquiescement** de la CVEC qu'il devra fournir à l'établissement.



**Ne sont pas concernés les étudiants bénéficiant d'une prise en charge de la formation par leur employeur.**

Pour les étudiants qui seront **boursiers** pour l'année 2026-2027, il vous appartiendra de faire la demande de remboursement de cette contribution entre le 1<sup>er</sup> septembre 2026 et le 31 mai 2027 via le site internet de la CVEC en y joignant votre RIB et la notification de bourses 2026-2027.

## ACCOMPAGNEMENT SPECIFIQUE

Depuis 2005, la loi définit le handicap comme une limitation d'activité de l'individu dans un environnement donné, en raison d'une altération durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.

Les troubles « DYS », le diabète, l'épilepsie ... et tant d'autres situations peuvent être rattachés à cette définition.

A l'entrée en formation, vous vous posez peut-être des questions : Quelles démarches dois-je effectuer ? Que doit savoir l'équipe pédagogique ? Quelles sont les adaptations et aménagements possibles ? Comment faire ? .... **En parler, c'est chercher des réponses.** Vous pouvez vous adresser à vos interlocuteurs privilégiés pour votre projet de formation :

- Les référents Handicap de votre institut de formation ; leur rôle est notamment d'évaluer avec l'étudiant, à l'entrée et pendant toute la durée de sa formation, les besoins d'aménagement et de réfléchir avec la direction et l'équipe pédagogique sur les aménagements possibles.

Référents Handicap :

Perrine JUST  
Isabelle FONCK  
Céline LACAZE  
Catherine PRIVAT  
Cécile STABLO  
Alexandra CHAAR

} [RefHandi-Aix-Pertuis@gcspa.fr](mailto:RefHandi-Aix-Pertuis@gcspa.fr)

- La Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) est un lieu d'accueil unique. Dans certaines situations, elle centralise les démarches liées au handicap.
- Les Conseillers en Évolution Professionnelle (Cap Emploi, Pôle Emploi ou Mission Locale)

## PARKING

Pour entrer dans l'enceinte du Centre Hospitalier Montperrin, **à pied ou en voiture**, et à l'IFSI, un badge obligatoire vous sera délivré le jour de la rentrée.

A cet effet, joindre au dossier un chèque de 5 € à l'ordre de l'Agent Comptable du GCSPA.

En l'absence de présentation du badge, l'accès au site sera refusé.

## REPAS

Les étudiants peuvent prendre leur repas de midi sur place en prévoyant leur repas, en extérieur ou peuvent également se restaurer au Restaurant **Self-Service** du Centre Hospitalier Montperrin (tarif CROUS).

A cet effet, une procédure vous sera communiquée à la rentrée.

\*\*\*\*\*

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Mme Sylvie LATOUCHE,



Directeure de l'Institut.

**INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS**  
**Groupement de Coopération Sanitaire du Pays d'Aix**  
**Site d'Aix-en-Provence**

\*\*\*\*\*

**DOSSIER MEDICAL**

**PROMOTION 60 - 1<sup>ère</sup> ANNEE IDE**

## INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

Groupement de Coopération Sanitaire du Pays d'Aix

Secrétariat : 04.88.71.20.70 - Fax : 04.88.71.20.74

### Annexe I

#### CONDITIONS D'ADMISSION DANS LES IFSI

##### Textes de référence :

- ✓ Article L.3111-4 du Code de la Santé Publique (CSP)
- ✓ Arrêté du 20 février 2026 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier.
  - Titre II – Accès à la formation
    - Chapitre 4 – Admission définitive et reports d'entrée en formation
      - Article 14 – Paragraphe II « *En vue de son admission **définitive**, le candidat dépose auprès de l'institut de formation un dossier d'inscription composé notamment :*
        - **d'un certificat médical de vaccinations** conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France.  
*Pièce transmise par l'étudiant au plus tard le premier jour de la première période de stage ».*

Pour y parvenir, il est conseillé de s'y prendre le plus tôt possible.

**Annexe I bis - Fiche à faire remplir par le Médecin traitant**

NOM de l'étudiant(e) : ..... Nom d'usage : .....

Prénoms : ..... Date et lieu de naissance : .....

**VACCINATIONS OBLIGATOIRES**

Article L.3111-4 du Code de la Santé Publique (CSP)

|                                                                                                                                                                                                                  |                                               |                          |                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------|----------------|
| <b>DTPolio</b>                                                                                                                                                                                                   | Date de la 1 <sup>ère</sup> injection : ..... | Lot n° : .....           |                |
|                                                                                                                                                                                                                  | Date de la 2 <sup>ème</sup> injection : ..... | Lot n° : .....           |                |
|                                                                                                                                                                                                                  | Date de la 3 <sup>ème</sup> injection : ..... | Lot n° : .....           |                |
|                                                                                                                                                                                                                  | Date des rappels                              | .....                    | Lot n° : ..... |
|                                                                                                                                                                                                                  |                                               | .....                    | Lot n° : ..... |
| <b>Rougeole</b>                                                                                                                                                                                                  | Date de la 1 <sup>ère</sup> injection : ..... | Lot n° : .....           |                |
|                                                                                                                                                                                                                  | Date de la 2 <sup>ème</sup> injection : ..... | Lot n° : .....           |                |
| <b>Hépatite B</b><br><i>schéma vaccinal accéléré pour les personnes non vaccinées :</i><br>- <i>Engérix B 20</i> : J0 J7 J21<br><i>Rappel à 1 an</i><br>- <i>Genhevac B</i> : J0 J10 J21<br><i>Rappel à 1 an</i> | Date de la 1 <sup>ère</sup> injection : ..... | Lot n° : .....           |                |
|                                                                                                                                                                                                                  | Date de la 2 <sup>ème</sup> injection : ..... | Lot n° : .....           |                |
|                                                                                                                                                                                                                  | Date de la 3 <sup>ème</sup> injection : ..... | Lot n° : .....           |                |
|                                                                                                                                                                                                                  | Date du (des) rappel(s) : .....               | Lot n° : .....           |                |
| <b>Sérologie complète hépatite B</b>                                                                                                                                                                             | Date : .....                                  | Taux Ac anti HbS : ..... |                |
|                                                                                                                                                                                                                  |                                               | Taux Ag anti HbS : ..... |                |
|                                                                                                                                                                                                                  |                                               | Taux Ac anti HbC : ..... |                |

**VACCINATIONS RECOMMANDEES**

|                   |                                         |                |
|-------------------|-----------------------------------------|----------------|
| <b>Rubéole</b>    | Date de vaccination : .....             | Lot n° : ..... |
| <b>Coqueluche</b> | Date de la dernière vaccination : ..... | Lot n° : ..... |
| <b>Varicelle</b>  | Date de la maladie : .....              |                |

Nom du Médecin : .....

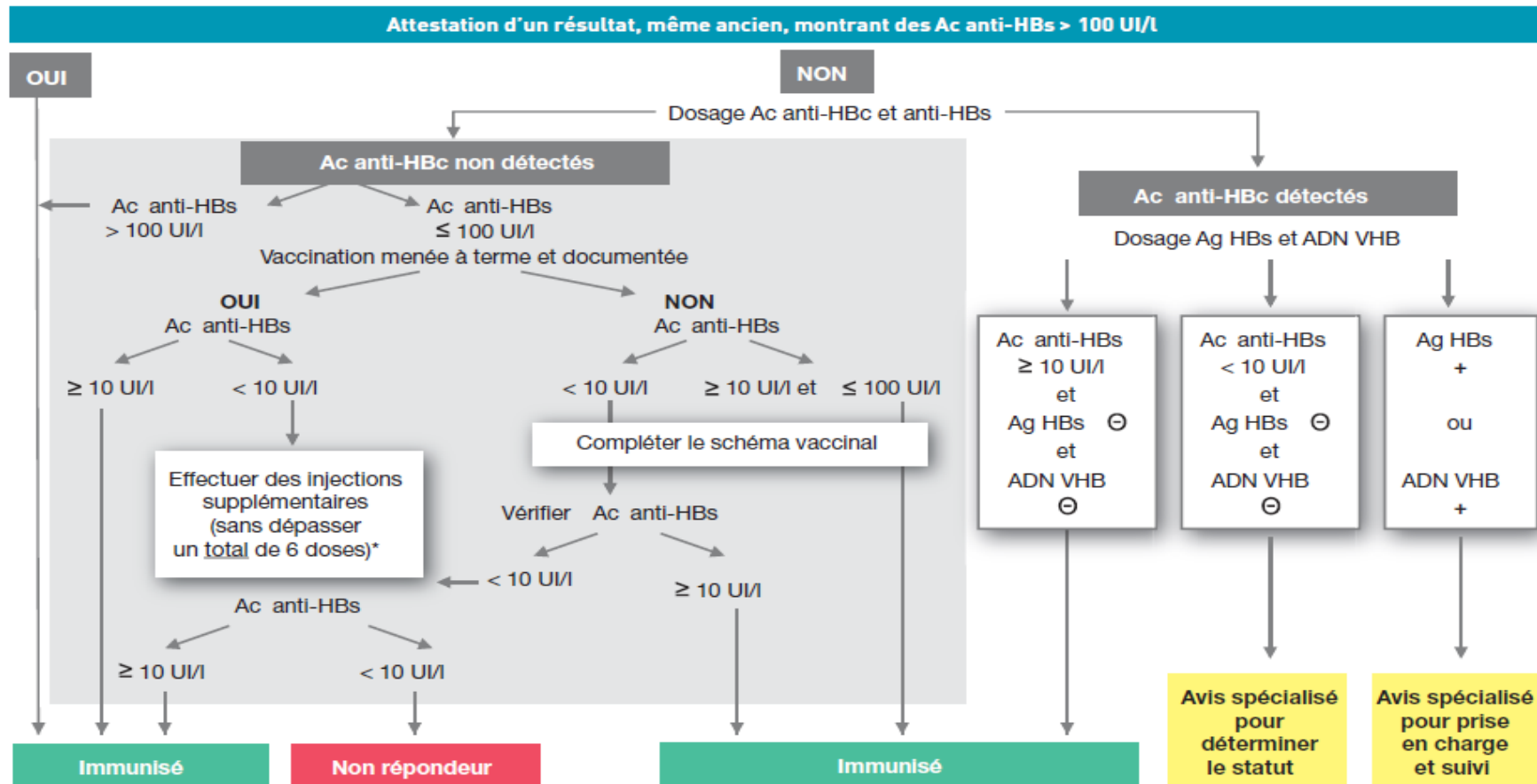
Date : ..... Cachet et signature du Médecin :

**Vous devrez fournir à l'IFSI :**

- La photocopie du carnet de santé ou du carnet de vaccination
- La photocopie des résultats biologiques (*hépatite B, rougeole, rubéole, varicelle*)

Ces documents seront également demandés par le médecin référent de l'AMU pour votre rendez-vous médical de rentrée.

### 3.8 Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des professionnels de santé



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

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

**INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS**  
**Groupement de Coopération Sanitaire du Pays d'Aix**  
**Site d'Aix-en-Provence**

\*\*\*\*\*

**FICHE D'INSCRIPTION**

**PROMOTION 60 - 1<sup>ère</sup> ANNEE IDE**

## INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

Groupement de Coopération Sanitaire du Pays d'Aix

Secrétariat : 04.88.71.20.70 - Fax : 04.88.71.20.74

\*\*\*\*\*

### FICHE DE RENSEIGNEMENTS --- Année Scolaire 2026 - 2027

Merci de bien vouloir lire et compléter soigneusement le présent formulaire. Veuillez noter que toutes les réponses sont obligatoires et nécessaires au traitement de votre dossier d'inscription. L'absence de réponse à un champ obligatoire est susceptible de compromettre le bon traitement de votre dossier. Les informations personnelles portées sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par l'**IFSI du GCSPA – Aix-en-Provence**. Nous ne traiterons ou n'utiliserons vos données que dans la mesure où cela est nécessaire pour vous contacter, assurer le suivi de votre formation, créer et gérer votre accès à nos services en ligne.

Vos informations personnelles sont conservées pendant une durée qui ne saurait excéder **une année** après la fin de votre formation.

Pendant cette période, nous mettons en place tous moyens aptes à assurer la confidentialité et la sécurité de vos données personnelles, de manière à empêcher leur endommagement, effacement ou accès par des tiers non autorisés.

L'accès à vos données personnelles est strictement limité à **l'équipe de l'IFSI du GCSPA – Aix-en-Provence** et, le cas échéant, à **nos sous-traitants**. Les sous-traitants en question sont soumis à une obligation de confidentialité et ne peuvent utiliser vos données qu'en conformité avec nos dispositions contractuelles et la législation applicable. En dehors des cas énoncés ci-dessus, nous nous engageons à ne pas vendre, louer, céder ni donner accès à des tiers à vos données sans votre consentement préalable, à moins d'y être contraints en raison d'un motif légitime (obligation légale, lutte contre la fraude ou l'abus, exercice des droits de la défense, etc.).

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 (applicable dès le 25 mai 2018), vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement de vos données ou encore de limitation du traitement. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Vous pouvez, sous réserve de la production d'un justificatif d'identité valide, exercer vos droits en contactant notre **délégué à la protection des données à l'adresse électronique [dpo@gcspa.fr](mailto:dpo@gcspa.fr)**.

Pour toute information complémentaire ou réclamation, vous pouvez contacter la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (plus d'informations sur [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)).

\*\*\*\*\*

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS --- Année Scolaire 2026 - 2027**

NOM : ..... NOM D'USAGE : .....

Prénoms : .....

Date de naissance : ..... et Lieu de naissance : .....

N° de sécurité sociale :    /\_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / clé / \_\_ /

**ADRESSE EXACTE :** .....

.....

.....

Tél. Portable : ..... Adresse @mail : .....

*Il est demandé d'avoir une adresse E-MAIL comportant votre nom de famille et votre prénom.*

**ETAT CIVIL :**     Célibataire     Marié(e)     Divorcé(e)     Concubinage     Pacsé(e)  
                   Veuf (ve)     Union libre    Nombre d'enfant(s) à charge : .....

**NATIONALITE :** .....

\*\*\*\*\*

**PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE**

NOM & PRENOM : .....  
(si vous êtes mineur(e), le nom d'un de vos parents ou tuteurs)

Adresse : .....

Tél. Portable : ..... Lien de parenté : .....

\*\*\*\*\*

Avez-vous le permis de conduire ?     OUI     NON

Avez-vous un véhicule ?     OUI     NON

Marque et modèle : ..... N° Immatriculation : .....

\*\*\*\*\*

**DERNIER DIPLOME OBTENU** (Scolaire, universitaire ou professionnel) :

Intitulé du diplôme : ..... Date d'obtention : .....

Niveau du diplôme     Niveau 3     Niveau 4     Niveau 5     Niveau 6     Niveau 7     Niveau 8

Diplôme du baccalauréat :     OUI     NON    Date d'obtention et série : .....

Diplôme d'Etat Aide-Soignant :     OUI     NON    Date d'obtention : .....

Etes-vous titulaire de l'**AFGSU 2** ?     OUI     NON    Date d'obtention : .....

***Fournir la(les) photocopies des diplômes.***

\*\*\*\*\*

Avez-vous déjà commencé des études d'infirmier(ère) ?  OUI  NON

Si oui, où et quand ? .....

Pourquoi ont-elles été interrompues ? .....

.....

\*\*\*\*\*

TIERS TEMPS :  OUI  NON *Fournir obligatoirement un certificat médical*

RQTH :  OUI  NON *Fournir obligatoirement une attestation*

\*\*\*\*\*

**DERNIERE PROFESSION EXERCEE :**

Mentionnez les dates, noms et adresses des employeurs :

.....  
.....  
.....  
.....

Etes-vous salarié(e)  du secteur privé ?  du secteur Public ?

Si **OUI**, indiquez le nom et adresse de votre employeur : .....

.....

Fonction exercée : .....

Avez-vous une prise en charge du coût de la formation ?  OUI  NON

Si **OUI**, précisez par qui ou quel organisme : .....

*Fournir la photocopie du courrier d'accord de prise en charge.*

**Si pendant la formation vous travaillez en CDD, CDI ou autre, merci de :**

*Fournir la photocopie du contrat de travail.*

\*\*\*\*\*

Etes-vous inscrit(e) à France Travail comme demandeur d'emploi ?  OUI  NON  En cours

Si **OUI**, indiquez votre numéro d'identifiant : .....

*Fournir une attestation France Travail avec votre numéro d'identifiant (obligatoire)*

Etes-vous indemnisé(e) par France Travail ?  OUI  NON

\*\*\*\*\*

J'accepte que les informations saisies dans ce formulaire soient utilisées, exploitées et traitées dans le logiciel de gestion de la scolarité de l'institut pour me contacter, assurer le suivi de ma formation, créer et gérer mon accès aux services en ligne mis à disposition par l'Institut de Formation en Soins Infirmiers du GCSPA Aix-en-Provence.

*Pour connaître et exercer vos droits, notamment de retrait de votre consentement à l'utilisation des données collectées par ce formulaire, veuillez consulter notre politique de confidentialité sur notre plateforme [gcspa-formations.com](http://gcspa-formations.com) ou contacter la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (plus d'informations sur [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)).*

*Sous réserve de la production d'un justificatif d'identité valide, vous pouvez exercer vos droits en contactant notre délégué à la protection des données à l'adresse électronique [dpo@gcspa.fr](mailto:dpo@gcspa.fr).*

### **Utilisation de la photographie numérisée**

Pour le dossier scolaire, votre photographie est numérisée. L'IFSI du GCSPA Aix-en-Provence, sera conduit à l'utiliser à d'autres fins (gestion courante de scolarité, trombinoscope pour les enseignants). Seul l'institut y aura accès.

Autorisez-vous cette utilisation pour toute la durée de votre formation (redoublement inclus) ?

OUI, je donne mon accord

NON, je ne donne pas mon accord

Je soussigné(e), certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis dans le présent dossier d'inscription.

A ....., le ..... 2026

Signature de l'étudiant(e) :

Signature du représentant légal si mineur :

\*\*\*\*\*

### **AUTORISATION PARENTALE EN CAS D'ETUDIANT MINEUR**

Je soussigné(e), Mme, M. ...., ,

agissant en qualité de :  père  mère  représentant légal

autorise  mon fils  ma fille .....

demeurant à l'adresse .....

.....

.....

à s'inscrire à la formation conduisant au Diplôme d'Etat Infirmier

à participer à l'ensemble des activités obligatoires en extérieur en lien avec la formation que ce soit hors de l'institut de formation et hors des lieux de stage et ce pour toute l'année universitaire 2026-2027.

à signer tout document relatif à la formation (règlement intérieur, contrat de formation, charte informatique...)

Je certifie avoir l'autorité parentale sur cet enfant.

Fait à ....., le ..... 2026

Signature :

## ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) ..... certifie :

- ne pas avoir commencé une formation en Soins Infirmiers dans les 5 dernières années
- ne pas être inscrit(e) dans un IFSI actuellement
- ne pas être en situation d'interruption, de césure ou d'exclusion de formation en Soins Infirmiers

Fait pour servir et faire valoir ce que de droit.

Fait à .....,

le .....

Signature :

**INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS**  
**Groupement de Coopération Sanitaire du Pays d'Aix**  
**Site d'Aix-en-Provence**

\*\*\*\*\*

**CESSION DE DROIT A L'IMAGE**

**PROMOTION 60 - 1<sup>ère</sup> ANNEE IDE**

## CESSION DE DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e) :

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

déclare avoir 18 ans ou plus et pouvoir signer ce formulaire en mon nom.

**J'autorise**                       **Je n'autorise pas**

Les instituts de formation du Groupement de Coopération Sanitaire du Pays d'Aix (GCSPA), situés au

- Centre Hospitalier Montperrin, 109 avenue du Petit Barthélémy 13617 Aix-en-Provence Cedex 1,
- Hôpital du pays Salonais, 207 avenue Julien Fabre 13658 Salon-de-Provence Cedex,
- Centre Hospitalier du Pays d'Aix, 58 rue de Croze 84120 Pertuis

représentés par Madame la Directeure de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI), agissant sur délégation de Monsieur l'Administrateur du Groupement de Coopération Sanitaire du Pays d'Aix,

à me filmer ou me photographier (textes, sons, images) en vue d'une reproduction sur tout type de publication sur tout ou partie des différents supports de communication externe ou interne des instituts de formation, actuellement disponibles ou à venir et dont la liste figure ci-dessous :

- Supports papiers, informatiques, pédagogiques et numériques
- Présence lors d'évènements
- Publicité ayant pour objet la promotion des instituts de formation
- Réseaux sociaux des instituts

Ces supports auront une diffusion non commerciale auprès de nos publics cibles (partenaires, étudiants, futurs candidats,...)

Cette autorisation est valable pour une durée de 5 ans et est accordée à titre gratuit et à des fins exclusivement d'information, de formation, d'enseignement et de recherche. Cette exploitation ne devra pas porter atteinte à la vie privée ou à la réputation ou à toute autre utilisation préjudiciable.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 (applicable dès le 25 mai 2018), vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement de vos données ou encore de limitation du traitement. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Vous pouvez, sous réserve de la production d'un justificatif d'identité valide, exercer vos droits en contactant notre délégué à la protection des données à l'adresse [dpo@gcspa.fr](mailto:dpo@gcspa.fr).

Pour toute information complémentaire ou réclamation, vous pouvez contacter la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (plus d'informations sur [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)).

Fait en 1 exemplaire à ....., le .....

Signature

### Autorisation parentale en cas d'élève ou étudiant mineur

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

Agissant en qualité de                       Père                       Mère                       Représentant légal

**autorise**                       **n'autorise pas**

Fait en 1 exemplaire à ....., le .....

Signature

#### Sites d'Aix-en-Provence et Pertuis

Centre Hospitalier Montperrin  
109, Avenue du Petit Barthélémy  
13617 Aix-en-Provence cedex 01  
I.F.S.I. & I.F.A.S.  
Tél. 04 88 71 20 70 - Fax 04 88 71 20 74  
[ifsi-aix@gcspa.fr](mailto:ifsi-aix@gcspa.fr)

I.F.C.S.  
Tél. 04 42 16 16 61 - Fax 04 42 16 18 13  
[ifcs-aix@gcspa.fr](mailto:ifcs-aix@gcspa.fr)

#### Site de Salon de Provence

Hôpital du Pays Salonais  
207, Avenue Julien Fabre - BP 321  
13658 Salon-de-Provence cedex  
I.F.S.I. & I.F.A.S.  
Tél. 04 90 44 92 70 ou 93 70 - Fax 04 90 44 93 76  
[ifsi-salon@gcspa.fr](mailto:ifsi-salon@gcspa.fr)

**INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS**  
**Groupement de Coopération Sanitaire du Pays d'Aix**  
**Site d'Aix-en-Provence**

\*\*\*\*\*

**DEMANDE DE DISPENSES D'ENSEIGNEMENTS**

**PROMOTION 60 - 1<sup>ère</sup> ANNEE IDE**

# DEMANDE DE DISPENSES D'ENSEIGNEMENTS

Année universitaire 2026 / 2027

Il est possible de demander une dispense d'une ou plusieurs unités d'enseignements sous certaines conditions.

Tout étudiant(e) admis(e) dans une formation garde la possibilité de saisir la commission d'admission dont il (elle) relève pour demander une dispense d'une ou plusieurs unités d'enseignements de la formation infirmière au vu de ses acquis et/ou de son cursus antérieur (cf. Liste des Unités d'Enseignements par semestre ci-dessous).

Après avoir réalisé l'inscription administrative, vous devez renvoyer le dossier de demande de dispenses d'enseignements au secrétariat de l'IFSI **au plus tard le jour de la rentrée.**

Tout dossier doit être accompagné de tous les justificatifs nécessaires à l'étude de votre demande.

**Il vous appartient de prouver la corrélation entre les contenus déjà abordés dans la (les) formations validées par un diplôme antérieurement et les attendus précis des UE au sein de l'IFSI.**

## Liste des Unités d'Enseignements par semestre

### Semestre 1

- UE A.1 : Fondamentaux des sciences infirmières et raisonnement clinique
- UE A.2 : Législation, déontologie, éthique
- UE B.1 : Sciences biomédicales
- UE B.2 : Sciences humaines et sociales
- UE B.3 : Pratiques et interventions infirmières
- UE C.1 : Santé publique, promotion de la santé et prévention, éducation thérapeutique
- UE D.1 : Savoir-être, communication professionnelle et leadership
- UE E.2 : Langue vivante étrangère

### Semestre 2

- UE A.1 : Fondamentaux des sciences infirmières et raisonnement clinique
- UE B.1 : Sciences biomédicales
- UE B.2 : Sciences humaines et sociales
- UE B.3 : Pratiques et interventions infirmières
- UE C.1 : Santé publique, promotion de la santé et prévention, éducation thérapeutique
- UE D.4 : Numérique en santé
- UE E.1 : Recherche, méthodes, analyse critique et données probantes
- UE E.2 : Langue vivante étrangère
- UE E.3 : Méthodes de travail et aide à la réussite

### Semestre 3

- UE A.2 : Législation, déontologie, éthique
- UE B.1 : Sciences biomédicales
- UE B.3 : Pratiques et interventions infirmières
- UE C.1 : Santé publique, promotion de la santé et prévention, éducation thérapeutique
- UE D.1 : Savoir-être, communication professionnelle et leadership
- UE E.1 : Recherche, méthodes, analyse critique et données probantes
- UE E.2 : Langue vivante étrangère

### Semestre 4

- UE B.1 : Sciences biomédicales
- UE B.3 : Pratiques et interventions infirmières
- UE C.1 : Santé publique, promotion de la santé et prévention, éducation thérapeutique
- UE C.2 : Santé environnementale et transition écologique
- UE E.1 : Recherche, méthodes, analyse critique et données probantes
- UE E.2 : Langue vivante étrangère
- UE E.3 : Méthodes de travail et aide à la réussite

### Semestre 5

- UE B.1 : Sciences biomédicales
- UE B.3 : Pratiques et interventions infirmières
- UE B.4 : Démarche qualité et gestion des risques
- UE C.1 : Santé publique, promotion de la santé et prévention, éducation thérapeutique
- UE C.2 : Santé environnementale et transition écologique
- UE D.2 : Coordination des activités et des soins et gestion d'une structure
- UE D.3 : Formation, développement des compétences et analyse des pratiques professionnelles (APP)
- UE E.1 : Recherche, méthodes, analyse critique et données probantes
- UE E.2 : Langue vivante étrangère

### Semestre 6

- UE B.3 : Pratiques et interventions infirmières
- UE E.1 : Recherche, méthodes, analyse critique et données probantes
- UE E.2 : Langue vivante étrangère
- UE E.3 : Méthodes de travail et aide à la réussite
- UE : Optionnelle

## DEMANDE DE DISPENSES D'ENSEIGNEMENTS

Année universitaire 2026 / 2027

**A retourner au secrétariat au plus tard le jour de la rentrée**

| CADRE RÉSERVÉ A L'ADMINISTRATION |  | Cachet |  |
|----------------------------------|--|--------|--|
| Dossier réceptionné par          |  |        |  |
| Date                             |  |        |  |

**En application de l'article 18 de l'arrêté du 20 février 2026 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier :**

*« Lorsqu'ils sont admis en formation, les étudiants peuvent être dispensés d'unités d'enseignement ou de semestres par le président de l'université après avis de la commission d'admission mentionnée à l'article 6. Ces dispenses sont accordées au regard de leur formation antérieure validée, des certifications, titres et diplômes obtenus et de leur parcours professionnel. »*

|                           |   |       |
|---------------------------|---|-------|
| <b>Nom</b>                | : | ..... |
| <b>Prénom</b>             | : | ..... |
| <b>Téléphone</b>          | : | ..... |
| <b>Mail (obligatoire)</b> | : | ..... |

**PIECES A JOINDRE :**

- La copie d'une pièce d'identité
- Le(s) diplôme(s) détenu(s)
- Le cas échéant, une attestation de validation d'ECTS
- Le relevé de notes concernant les études supérieures
- Le programme descriptif de formation avec les intitulés et la durée des cours
- Un curriculum vitae

**VEUILLEZ LIBELLER PRECISEMENT LES ENSEIGNEMENTS DONT VOUS DEMANDEZ LA DISPENSE :**

| Semestre | UE | Enseignement |
|----------|----|--------------|
|          |    |              |
|          |    |              |
|          |    |              |
|          |    |              |
|          |    |              |
|          |    |              |

« Je demande à bénéficier d'une dispense d'enseignement au vu de mon cursus et/ou de mes acquis antérieurs. »

**Date :** ..... / ..... / 2026

**Signature de l'étudiant(e) :**