



Direction commune
CHSF - CHA

Direction de l'Institut des Formations Paramédicales

DOSSIER D'INSCRIPTION DEFINITIVE
FORMATIONS EN SOINS INFIRMIERS
&
MANIPULATEUR EN ELECTORADIOLOGIE MEDICALE
CANDIDATS PARCOURSUP

Rentrée de Septembre 2026

Vous avez jusqu'au **10/07/2026*** pour effectuer votre inscription administrative à l'IFPM

ENVOI UNIQUEMENT PAR COURRIER* :

IFPM du CHSF
40 avenue Serge Dassault
91106 CORBEIL-ESSONNES Cedex
*(*Le cachet de la poste faisant foi)*

PHOTO

(A agraffer)

Cochez votre formation :

☐ **SOINS INFIRMIERS**

☐ **MANIPULATEUR EN ELECTORADIOLOGIE MEDICALE**

IDENTITE DU CANDIDAT

N° Parcoursup :

NOM de naissance :

Prénom :

NOM marital :

Date de naissance : / /

Lieu de naissance :

Département de naissance :

Pays de naissance :

Adresse postale :

.....

.....

.....

Code postal :

Ville :

Téléphone : / / / /

Mail (EN MAJUSCULES):

.....

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM :

Prénom :

Lien de parenté :

Téléphone : / / / /

RESILIATION

En cas de désistement, aucun règlement des frais d'inscription ne sera remboursé après la clôture des inscriptions.

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document.

Je déclare avoir pris connaissance que les informations recueillies sur ce dossier font l'objet d'un traitement informatisé.

Conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, je dispose d'un droit d'accès et de rectification aux données du fichier qui me concerne, droit que je peux exercer auprès de l'Institut des Formations Paramédicales du Centre Hospitalier Sud Francilien.

Fait à : Le : / /

Signature :

DOCUMENTS A JOINDRE *

☐ Photo d'identité agrafée	
☐ 3 timbres autocollants (tarif en vigueur)	
☐ Pour les candidats à la formation manipulateur radio : Règlement du droit annuel d'inscription* : 178 € Par chèque à l'ordre de : « REGIE IFSI CH SUD FRANCILIEN » Par virement bancaire : sur demande exceptionnelle auprès de la régie de l'IFPM.	1
☐ Pour les candidats à la formation soins infirmiers : Attestation de paiement des frais d'inscription à l'Université Paris-Saclay. Le tarif ainsi que les modalités vous seront communiqués par mail courant juin.	2
☐ Photocopie recto/verso de la pièce d'identité ou titre de séjour (<i>valide à l'entrée en formation</i>) *	3
☐ 2 Photocopies de l'attestation de droits à l'assurance maladie (Sécurité sociale) *	4
☐ Attestation de la C.V.E.C * : ANNEXE 1	5
☐ Fiche de renseignements administratifs et financiers : ANNEXE 2 ⇒ Joindre les justificatifs	6
☐ Fiche de renseignements pour le remboursement des frais de transport et indemnités de stage : ANNEXE 3	7
☐ Autorisation d'utilisation de droit à l'image* : ANNEXE 4	8
☐ Formulaire de consentement pour la gestion des données personnelles (RGPD)* : ANNEXE 5	9
☐ Pour les candidats formation soins infirmiers : Certificat médical établie par votre médecin traitant : ANNEXE 6	10
☐ Pour les candidats formation manipulateur radio : Certificat médical établie par un médecin agréé : ANNEXE 7 Certificat médical établie par votre médecin traitant : ANNEXE 8	11
☐ Attestation d'assurance de Responsabilité Civile et Professionnelle (stages paramédicaux) pour l'année de formation*. (<i>Possibilité de l'obtenir auprès de certains partenaires présentes le jour de la pré-rentree</i>).	12
☐ RIB à votre NOM, daté et signé*	13
☐ Justificatif MDPH en cas d'aménagement du temps de l'épreuve (tiers temps) (<i>si concerné</i>) Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) mdphe@c91.fr	14
☐ Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence (AFGSU) niveau 2 (datant de moins de 4 ans ⇒ <i>Si obtention</i>) (<i>selon la situation du candidat</i>)	15
☐ Attestation d'admission en première année de l'enseignement supérieur année 2026-2027 * (Attestation Parcoursup)	16
☐ Attestation de formation préparatoire à l'entrée en IFSI (document officiel de Parcoursup recto-verso) : <i>si concerné</i>	17
Pour les Néo-bacheliers (étudiants en terminale) ☐ Photocopie du relevé de notes du Baccalauréat (à fournir rapidement après les résultats) *	18
☐ Pour les détenteurs d'un Baccalauréat ou équivalence : Photocopie du diplôme*	19
Pour les détenteurs d'un Baccalauréat Hors Union Européenne* ☐ Attestation d'équivalence ou de comparabilité pour les diplômes étrangers (Enic-Naric) A demander au C.I.E.P – site internet : www.ciep.fr/enic-naric.fr ☐ Attestation B2 (niveau de français du CECRL)	20
☐ Pour les détenteurs d'un autre diplôme (enseignement supérieur, DEAS, DEAP, ...) : Photocopie du diplôme	21
Pour les candidats ayant saisi manuellement dans Parcoursup les notes et/ou appréciations ☐ Copie des bulletins scolaires ou universitaires*	22
Pour les candidats pris en charge par l'employeur ou organisme financeur ☐ Attestation de financement du droit annuel d'inscription et/ou de la formation*	23

*Indique la liste des documents obligatoires

A joindre au dossier dans l'ordre énuméré

INFORMATIONS IMPORTANTES 1/2

PHASE D'ADMISSION	Proposition d'admission sur Parcoursup acceptée <u>entre le 02/06/2026 et 10/07/2026</u>: Vous avez jusqu'au <u>10/07/2026</u> - 23h59* (délai de rigueur) pour effectuer votre inscription administrative aux IFPM <i>*En cas de désistement après le 10/07/2026, aucun règlement des frais d'inscription ne sera remboursé.</i>
Pré-rentrée administrative et pédagogique INFIRMIER	Les 24 et 25 août 2026 de 9h00 à 17h30 PRESENCE OBLIGATOIRE LES 2 JOURS
Pré-rentrée administrative et pédagogique MANIPULATEUR	Le 24 août 2026 de 9h00 à 17h30 PRESENCE OBLIGATOIRE
RENTREE SCOLAIRE	Lundi 31 août 2026
COÛTS FINANCIERS DE LA FORMATION TARIFS 2026 Valable pour les 3 années de formation (Sous réserve de modifications)	Statut à l'entrée en formation : Votre statut déterminera si vous êtes éligible ou non à une prise en charge financière par la région Ile de France, d'où l'intérêt d'étudier l'impact financier de la formation dans votre projet. La formation a un <u>coût annuel</u>, à savoir : ▪ Droit annuel d'inscription à la formation (Candidats formation manipulateur radio) : 178 € ▪ Frais d'inscription à l'Université Paris-Saclay (Candidats formation soins infirmiers) : Le tarif ainsi que les modalités vous seront communiqués par mail courant juin. ▪ Frais Universitaire de Paris Sud : 105 € - CVEC (Contribution de Vie Etudiante et de Campus) - A régler en ligne à sur : https://cvec.etudiants.gouv.fr ▪ Frais de formation (financement individuel) : 7 110 € (Infirmier) / 8 230 € (Manipulateur radio) ▪ Frais de formation (autres financements : employeurs ou organismes financeurs) : 7 500 € (Infirmier) / 8 620 € (Manipulateur radio) ⇒ Public dit « éligible région » : voir votre statut à l'entrée en formation- ANNEXE 4 : Notre institut de formation a signé une convention avec la Région Ile-de-France pour prendre en charge les formations, à l'exception des 178 € de droit annuel d'inscription à la formation qui restent à la charge du candidat.
DOSSIER MÉDICAL	⇒ Les candidats doivent répondre aux obligations vaccinales et aux conditions d'immunisation des professionnels de santé en France. RAPPEL RÉGLEMENTAIRE Obligatoire ✚ Être immunisé(e) contre¹ : l'Hépatite B, la Diphtérie, le Tétanos, la Poliomyélite et la Rougeole. ¹Article L3111-4 du CSP modifié par la loi n°2025-1403 du 30 décembre 2025-art.55 ✚ Concernant la Tuberculose Le décret n° 2019-149 du 27/02/2019 a suspendu l'obligation vaccinale par le BCG pour les étudiants et les professionnels des métiers de santé. <u>Le test tuberculinique de référence reste toutefois maintenu.</u> ✚ Avoir bénéficié d'une IDR à 5UI de tuberculine : Tubertest (datant de moins de trois mois) Recommandé ✚ Varicelle - Hépatite A – Coqueluche - Covid L'obligation vaccinale contre la COVID-19 est suspendue par le décret n°2023-368 du 13 mai 2023. ➔ Pour les candidats formation soins infirmiers : Certificat médical établie par votre médecin traitant (médecin généraliste) : ANNEXE 6 : A remettre plus tard le jour de la première entrée en stage. ➔ Pour les candidats formation manipulateur radio : Certificat médical établie par un médecin agréé² : ANNEXE 7 : A remettre au plus tard le premier jour de la rentrée. Certificat médical établie par votre médecin traitant (médecin généraliste) : ANNEXE 8 : A remettre plus tard le jour de la première entrée en stage. ²Médecin figurant sur la liste de l'ARS. Lien pour obtenir la liste des médecins agréés de votre département : https://www.iledefrance.ars.sante.fr/listes-de-medecins-agrees-en-ile-de-france

INFORMATIONS IMPORTANTES 2/2

RAPPEL Inscription	⇒ L'admission définitive n'est effective que si le dossier d'inscription est complet. ▪ Lors de la rentrée scolaire, tous les étudiants doivent être en règle avec les formalités administratives et médicales concernant leur inscription au sein des IFPM et de l'université. ▪ La direction des IFPM se réserve le droit de refuser l'accès à l'étudiant dont le dossier ne serait pas complet.
Dossier administratif	▪ Les étudiants s'engagent à tenir à jour les données administratives les concernant : adresse postale, téléphone, mail, etc... ▪ L'IFPM décline toute responsabilité en cas d'envoi d'un courrier à une adresse non actualisée par l'étudiant, celui-ci ne pourra opposer aucun recours à ce sujet.
Certificat de scolarité	▪ Le certificat de scolarité sera délivré qu'à partir de la date officielle de la rentrée et que lorsque votre dossier administratif sera complet.
LOGEMENT	Votre inscription à l'IFPM vous permet de bénéficier d'une place prioritaire au sein de la résidence universitaire de Corbeil-Essonnes : https://www.segens.fr/votre-demande-de-logement-a-corbeil-essonne/chantemerle-a-corbeil-essonne-91/ Pour plus informations, nous vous invitons à consulter notre site internet : https://www.chsf.fr Onglet ENSEIGNEMENT puis : INSTITUTS DE FORMATION

L'équipe pédagogique et administrative reste à votre disposition pour répondre à vos questions et nous vous souhaitons d'ores et déjà la bienvenue au sein de l'IFPM.

DIRECTION COMMUNE CHSF - CHA IFSI - IFMEM – IFAS – IFAP – Formation Continue Seloua LAOUARI Directrice	INSTITUT S FORMATIONS PARAMEDICALES (IFPM) DU CHSF Accueil Tél : 01.61.69.66.15 Mail : ifsi@chsf.fr Site internet : www.chsf.fr Onglet ENSEIGNEMENT puis : INSTITUTS DE FORMATION	
	Adresse physique : 2 rue Pierre Fontaine 91000 EVRY-COURCOURONNES	Adresse postale : IFPM du CHSF 40 avenue Serge Dassault 91106 CORBEIL-ESSONNES Cedex

CRÉATION ADRESSE MAIL

→ **Cette adresse sera le seul moyen de communication avec les IFPM du CHSF**

Via la page de connexion Google, créez une adresse email avec :
www.gmail.com

POUR LA FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

➤ Respectez le format suivant : nomdenaissanceprenomifsi26@gmail.com

Exemple : dupontmarieifsi26@gmail.com

POUR LA FORMATION MANIPULATEUR D'ELECTRORADIOLOGIE MEDICALE

➤ Respectez le format suivant : nomdenaissanceprenomifmem26@gmail.com

Exemple : dupontmarieifmem26@gmail.com

→ Envoyez un courriel de confirmation depuis votre compte Gmail à cette adresse :

secretariat.pedagogique@chsf.fr

A PARTIR DE FIN AOÛT :

Si votre adresse est conforme et votre inscription acquittée, vous recevrez fin août un courriel vous indiquant votre identifiant et mot de passe d'accès à votre environnement numérique de travail : « Moodle », des cours seront en ligne sur cette plateforme d'apprentissage gratuite.

Vous devez prévoir un équipement informatique individuel (ordinateur) et une connexion internet afin de suivre la formation.

Le courriel est émis par support@ifpm-sudfrancilien.fr, vérifiez régulièrement vos spams.

➤ **Pour effectuer votre première connexion sur « Moodle » :**
Changez votre mot de passe comme demandé.

En cas de difficulté de connexion, contactez : support@ifpm-sudfrancilien.fr

DEMANDE DE BOURSE

➤ Pour les demandes de bourse, les démarches sont à effectuer directement par l'apprenant sur le site du Conseil Régional d'Ile-de-France :

<https://ma-bourse-sanitaire-ou-sociale.iledefrance.fr>

➤ Le dépôt de demande de bourse est désormais possible tout au long de l'année.

N° Matricule de l'établissement

IFSI - IFAS – IFAP ⇨ 52hs77

IFMEM ⇨ n7493f

ANNEXE 1

	Direction de l'Institut des Formations Paramédicales		Direction commune CHSF - CHA
	NOTE D'INFORMATION C.V.E.C		OS/IFPM/ADM/001/D
Date de création : 27/06/2019		Date d'application: 15/07/2019	Date de révision: 16/03/2031
		Date de mise à jour : 16/03/2026	Page 1/1

ANNÉE SCOLAIRE 2025 – 2026

Depuis le 1^{er} juillet 2018, tous les étudiants inscrits en formation initiale dans un établissement d'enseignement supérieur doivent s'acquitter de **la Contribution Vie Etudiante et de Campus (CVEC)** fixé par la loi n° 2018-166 du 8 mars 2018 auprès du CROUS.

Démarches obligatoires à effectuer

1 - Vous connectez sur le site : [MesServices.Etudiant.fr](https://meservices.etudiant.fr) et régler votre cotisation de 105 euros (tarif année scolaire 2025/2026) en ce qui concerne la C.V.E.C.

2 - Joindre votre attestation C.V.E.C. à votre dossier d'inscription.

Aucune inscription ne sera prise en compte sans la présentation de l'attestation C.V.E.C.

Etudiants exonérés

Même exonérés, vous devez obtenir puis présenter votre attestation d'acquittement

L'étudiant déclare, sur l'application CVEC, son motif d'exonération et joint les pièces justificatives, sous 2 jours ouvrés.

Le CROUS étudie la cohérence des pièces et répond à l'étudiant, soit l'attestation d'acquittement lui est immédiatement délivrée, soit l'étudiant est invité à régler sa CVEC.

- ⇒ **Les étudiants réfugiés.**
- ⇒ **Les étudiants bénéficiaires de la protection subsidiaire.**
- ⇒ **Les étudiants enregistrés en qualité de demandeurs d'asile** et disposant du droit de se maintenir sur le territoire.

Cas particulier

- ⇒ **Les étudiants boursiers** doivent s'acquitter de leur CVEC par paiement, **une fois inscrits et détenteurs de leur notification de bourse**, ils demandent auprès du CROUS le remboursement, uniquement via l'application CVEC entre août et octobre 2026.

Etudiants non concernés par la CVEC

- ⇒ **Les étudiants admis par la voie professionnelle continue** ne sont pas assujettis à la CVEC, ils n'ont donc pas besoin de présenter d'attestation de CVEC (ou de numéro de CVEC).
Par contre ils doivent justifier pour la faculté de leur admission par la voie FPC (soit par la lettre d'admission en formation, par un certificat de scolarité avec la mention « Formation professionnelle continue », soit par une lettre de prise en charge financière d'un employeur ou organisme.

	Direction de l'Institut des Formations Paramédicales FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS ET FINANCIERS		Direction commune CHSF - CHA ES/IFPM/ADM/052/H
			Page 1/2
Date de création : 24/10/2019	Date d'application: 24/10/2019	Date de révision: 04/03/2031	Date de mise à jour : 03/03/2026

RENTREE SEPTEMBRE 2026

Cochez votre formation :	
☐ INFIRMIER	☐ MANIPULATEUR D'ELECTORADIOLOGIE MEDICALE
☐ AIDE-SOIGNANT	☐ AUXILIAIRE DE PUERICULTURE
NOM de naissance :	NOM d'usage :
Prénom(s) :	Date de naissance :
Adresse courante durant votre formation :	
ADRESSE MAIL (EN MAJUSCULES) :	
Téléphone portable :	Téléphone domicile :
Votre numéro de Sécurité Sociale :	
Personne à prévenir en cas d'urgence : NOM Prénom : Téléphone : Lien de parenté :	
<u>Situation à l'entrée en formation :</u> ☐ En activité, préciser le type de contrat (fonctionnaire, contractuel de droit public, salarié, CDI, CDD, ...) ☐ En recherche d'emploi, préciser si vous êtes inscrit à France Travail ☐ En poursuite d'étude, préciser date de sortie du système scolaires : Si agent CHSF, précisez si vous êtes : ☐ Contractuel ☐ Titulaire	
Possédez-vous un véhicule : ☐ Oui ☐ Non Si non, avez-vous la possibilité d'un prêt de véhicule pour vous rendre en stage : ☐ Oui ☐ Non	

Vous allez entrer en formation, votre statut est considéré à l'entrée en formation et vaut pour toute la durée de la formation.

⇒ **Cochez la case correspondante à votre situation**

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE PAR LE CONSEIL REGION ILE DE FRANCE

Vous devez être en formation initiale en cursus complet pour les formations Infirmier, Aide-soignant, Auxiliaire de Puériculture, Manipulateur en électroradiologie Médicale ou être en cursus partiel sur la formation Aide-Soignant ou Auxiliaire de Puériculture et être titulaire d'un baccalauréat professionnel ASSP, SAPAT ou d'un CAP « Accompagnant Educatif de la Petite Enfance ».

- ☐ Etre âgé de moins de 26 ans en poursuite d'étude sans interruption (y compris ceux ayant un contrat de travail étudiant) à l'exclusion des apprentis : **Joindre un certificat de scolarité**
- ☐ Etre âgé de moins de 26 ans avec interruption de scolarité de moins de deux ans avant le démarrage de la formation à l'exclusion des apprentis : **Joindre un certificat de scolarité**
- ☐ Avoir effectué un service civique qui s'est achevé dans un délai d'un an avant l'entrée en formation : **Joindre un justificatif**
- ☐ Etre demandeur d'emploi et inscrit sur les listes de France Travail : **Joindre un justificatif**
N° identifiant : Région Agence France Travail :
Adresse mail conseiller France Travail :
- ☐ Etre bénéficiaires d'un P.E.C. (Parcours Emploi Compétences) : **Joindre un justificatif**
- ☐ Etre bénéficiaires du RSA (Revenu de Solidarité Active) : **Joindre un justificatif de la C.A.F.**
- ☐ Avoir effectué une passerelle post-bac quand les étudiants relèvent des critères d'éligibilité régionaux mentionnés ci-dessus
- ☐ Etre apprenants relevant du SPRF (Service Public Régional de Formation) : être sortis du système scolaire depuis moins de deux ans (à l'exception faite des apprentis), ne pas avoir obtenu de diplôme, titre ou certification et inscrits **sur un parcours de formation complet en formation Aide-Soignant ou Auxiliaire de Puériculture**. Sont concernés : les jeunes inscrits en mission locale, les demandeurs d'emploi, les bénéficiaires du RSA et les bénéficiaires de contrats aidés : **Joindre un justificatif**

NE SONT PAS PRIS EN CHARGE PAR LE CONSEIL REGIONAL ILE DE FRANCE

- ☐ Pour la formation auxiliaire de puériculture en cursus partiel titulaire des diplômes suivant : DEAS, TPADVF, TPASMS, DEAES, ARM, AMBULANCIER
- ☐ Pour la formation aide-soignante en cursus partiel titulaire des diplômes suivant : DEAS, TPADVF, TPASMS, DEAES, ARM, AMBULANCIER, AMP
- ☐ Les agents publics (y compris en disponibilité)
- ☐ Les salariés du secteur privé
- ☐ Toute personne ayant bénéficié d'une prise en charge partielle par Transitions Pro
- ☐ Les abandons de formation intervenus dans le mois suivant l'entrée en formation
- ☐ Les apprentis
- ☐ Les personnes en validation des acquis de l'expérience (VAE)
- ☐ Les médecins et les sages-femmes diplômés à l'étranger
- ☐ Aides spécifiques France travail (AIF ...), attention vos demandes sont à faire **un mois avant l'entrée en formation.**

DATE :

SIGNATURE :

ANNEXE 3

	Direction de l'Institut des Formations Paramédicales FICHE DE RENSEIGNEMENTS (Bureau de paie) REMBOURSEMENT DES FRAIS DE TRANSPORT INDEMNITÉS DE STAGE		Direction commune CHSF - CHA ES/IFPM/ADM/039/F
			Page 1/2
	Date de création : 30/09/2019	Date d'application: 17/10/2019	Date de révision: 16/03/2031

Cochez votre formation :
☐ SOINS INFIRMIERS
☒ MANIPULATEUR EN ELECTORADIOLOGIE MEDICALE

Matricule agent (réservé à la paie)

NOM de naissance :	NOM d'usage :	Prénom(s) :
Date de naissance :	Lieu de naissance :	Département de naissance :
Nationalité :	Votre numéro de Sécurité Sociale :	
Date de début de scolarité :		
Adresse postale :		
Code postal :	VILLE :	
Téléphone : / / / /		
ADRESSE MAIL PERSO (EN MAJUSCULES) :		
ADRESSE MAIL IFPM (EN MAJUSCULES) si création OK :		

⇒ Joindre impérativement :

- ☐ Un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) à votre nom, daté et signé
- ☐ Une photocopie de votre attestation de Sécurité Sociale
- ☐ Une photocopie de votre pièce d'identité ou titre de séjour (en cours de validité)

Date :

Signature de l'étudiant :

ANNEXE 4

	Direction de l'Institut des Formations Paramédicales AUTORISATION D'UTILISATION DE DROIT A L'IMAGE A TITRE GRACIEUX		Direction commune CHSF - CHA ES/IFPM/ADM/030/D
	Page 1/2		
Date de création : 19/09/2019	Date d'application : 23/09/2019	Date de révision: 04/03/2031	Date de mise à jour : 04/03/2026

Cochez votre formation :

☐ SOINS INFIRMIERS	☐ MANIPULATEUR D'ELECTRORADIOLOGIE MEDICALE
☐ AIDE-SOIGNANT	☐ AUXILIAIRE DE PUERICULTURE

☐ PROFESSIONNEL DE L'IFPM

PERSONNE FIGURANT SUR LE FILM / LA PHOTOGRAPHIE / L'ENREGISTREMENT :

NOM de naissance : NOM d'usage :	Prénom : Date de naissance :
Si mineur, NOM et prénom du représentant légal :	

- ☐ Autorise
☐ N'autorise pas

L'institut des Formations Paramédicales (IFPM) du Centre Hospitalier Sud Francilien (CHSF) sis 40 Avenue Serge Dassault, 91106 Corbeil-Essonnes Cedex, à exploiter, reproduire sur tout support et par tous procédés et à diffuser, sans contrepartie financière, la (ou les) photographie(s), le (les) film(s) et ou l'(les) enregistrement(s) me représentant, prises/réalisées dans le contexte suivant :

Date et lieu : - à compter de la rentrée et pour toute la scolarité
 - à l'IFPM du CHSF et au sein des lieux qui s'y rattachent

Objet et utilisation : Activités pédagogiques, gestion administrative de la scolarité, représentation¹ de l'IFPM du CHSF promouvant ses formations et les professions en santé en lien avec le projet pédagogique de l'Institut.

L'autorisation porte exclusivement sur une diffusion par ou sous le contrôle direct de l'IFPM du CHSF, sur support papier (plaquette, brochure d'information, affiche) ou dématérialisé, via Internet et en particulier sur les sites du CHSF et réseaux sociaux institutionnels.

L'IFPM du CHSF pourra faire tout usage des œuvres², dans les limites précitées et à l'exclusion d'un usage publicitaire (entendu comme une diffusion nécessitant l'achat d'espace publicitaire).

La présente autorisation est consentie pour le monde entier et sans aucune limite de temps sauf demande formalisée de ma part. **Je note que je peux retirer mon consentement à tout moment par un courrier adressé à la Direction de l'IFPM.**

Les légendes ou commentaires originels accompagnant la diffusion des œuvres ne devront pas porter atteinte à ma réputation, à ma vie privée, à mon intégrité.

Date :	Signature :
Si mineur, signature du représentant légal :	

¹ Représentation de l'Institut des Formations Paramédicales du CHSF : congrès, journées d'échanges, forum, sorties et voyages pédagogiques, Journées Portes Ouvertes,...

² Œuvres : photographie(s), film(s) et ou enregistrement(s)

ANNEXE 5

	Direction de l'Institut des Formations Paramédicales FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LA GESTION DES DONNEES PERSONNELLES (RGPD)		Direction commune CHSF - CHA ES/IFPM/ADM/214/D
	Page 1/2		
	Date de création : 25/10/2023	Date application: 25/10/2023	Date de révision: 05/03/2031

Cochez votre formation :

☐ SOINS INFIRMIERS	☐ MANIPULATEUR D'ELECTRORADIOLOGIE MEDICALE
☐ AIDE-SOIGNANT	☐ AUXILIAIRE DE PUERICULTURE

Je soussigné(e), NOM de naissance : NOM d'usage :	Prénom : Date de naissance :
Si mineur, NOM et prénom du représentant légal :	

Donne par la présente mon consentement à l'IFPM du CHSF pour la collecte, le traitement et l'utilisation de mes données personnelles conformément à la législation en vigueur et à la politique de confidentialité de l'IFPM¹.

Je consens à ce que mes données personnelles soient collectées et traitées par l'IFPM aux fins suivantes :

- Gestion des inscriptions et de la scolarité
- Communication entre l'apprenant et l'IFPM
- Facturation
- Certification et Diplôme d'Etat
- Données statistiques

Je comprends que mes données personnelles peuvent être partagées avec des tiers dans la mesure nécessaire à la réalisation de ces finalités, conformément aux lois applicables et à la politique de confidentialité de l'IFPM. Je consens également à ce que mes données personnelles puissent être stockées pour la durée nécessaire à l'atteinte des finalités susmentionnées et conformément aux politiques de conservation de l'IFPM.

Je reconnais avoir été informé(e) de mes droits en vertu du **Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD)** de l'Union européenne², y compris le droit d'accès, de rectification, de suppression, de limitation du traitement et de portabilité des données. Je comprends que je peux retirer ce consentement à tout moment en notifiant l'IFPM par écrit.

Je certifie que les informations que j'ai fournies sont exactes et complètes.

Le refus de consentement implique l'impossibilité d'être inscrit en formation à l'IFPM.

Date :	Signature :
Si mineur, signature du représentant légal :	

¹ [Informations clés instituts de formation | CHSF](#)

² Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

 Direction commune CHSF - CHA	Direction de l'Institut des Formations Paramédicales CERTIFICAT MÉDICAL ÉTABLI PAR VOTRE MÉDECIN TRAITANT POUR L'ADMISSION A L'INSTITUT DES FORMATIONS PARAMÉDICALES
---	---

Je soussigné(e), Docteur

Atteste que M

Né(e) le

- Répond aux obligations vaccinales et aux conditions d'immunisation des professionnels de santé en France :

☐ OUI

☐ NON

- Est apte physiquement et psychologiquement à effectuer les stages en lien avec son projet de formation, quelle que soit la structure :

☐ OUI

☐ NON

Fait-le à

Signature et cachet du praticien

 IFPM SUD FRANCILIEN Direction commune CHSF - CHA	Direction de l'Institut des Formations Paramédicales CERTIFICAT MÉDICAL ÉTABLI PAR UN MÉDECIN AGRÉÉ POUR L'ADMISSION A L'INSTITUT DES FORMATIONS PARAMÉDICALES
---	---

Je soussigné, Docteur

Médecin agréé par la préfecture du département

Exerçant à

Certifie que

M.....

Né(e) le

Demeurant à

.....

☐ N'est atteint d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession de Manipulateur en Electroradiologie Médicale.

☐ Présente une numérotation globulaire et une formule sanguine normales.

☐ Ne présente aucune contre-indication à l'utilisation d'appareil d'imagerie par résonance magnétique (IRM).

Fait-le à

Signature et cachet du praticien

 Direction commune CHSF - CHA	Direction de l'Institut des Formations Paramédicales CERTIFICAT MÉDICAL ÉTABLI PAR VOTRE MÉDECIN TRAITANT POUR L'ADMISSION A L'INSTITUT DES FORMATIONS PARAMÉDICALES
---	---

Je soussigné(e), Docteur

Atteste que M

Né(e) le

- Répond aux obligations d'immunisation et de vaccination des professionnels de santé en France :

☐ OUI

☐ NON

- Est apte physiquement et psychologiquement à effectuer les stages en lien avec son projet de formation, quelle que soit la structure :

☐ OUI

☐ NON

Fait-le à

Signature et cachet du praticien

