

INSTITUT DE  
FORMATIONS  
PARAMÉDICALES :

- Infirmier(ère)
- Infirmière Puéricultrice
- IBODE
- Aide-Soignant(e)
- Auxiliaire de Puériculture
- Ambulancier
- V.A.E.
- ARM

Secrétariat

Tél. : 02 38 78 00 00

Fax : 02 38 78 00 01

# DOSSIER D'INSCRIPTION EN FORMATION INFIRMIERE – PARCOURS PASSERELLE

Après une année de PASS ou de LAS validée, vous avez choisi l'IFPM d'Orléans pour suivre votre formation en soins infirmiers.

## INFORMATIONS IMPORTANTES

**Contact :**  
Secrétariat pédagogique  
infirmier  
02.38.78.00.18  
[secretariat.ide@ifpm45.fr](mailto:secretariat.ide@ifpm45.fr)

Avant de compléter votre dossier, merci de bien lire les pages 1 et 2.

Vous devez nous retourner le dossier d'inscription rapidement et **au plus tard le 10 juillet 2026 pour ceux qui iront aux rattrapages.**

Soit

par courrier : IFPM ORLEANS – Secrétariat Infirmier – 89 Rue du Faubourg Saint Jean – CS 85890 – 45058 ORLEANS CEDEX 1

ou

En le déposant au secrétariat infirmier 2 (1<sup>er</sup> étage – IFPM Nord) du lundi au vendredi de 9h00 à 12h00 et de 13h00 à 16h00.

- Les 35 heures de formation théorique se feront en distanciel.
- Les 5 semaines de stage consécutives se dérouleront entre le 6 juillet et le 21 août, la dernière période possible étant entre le 20 juillet et le 21 août 2026.

### Mention relative au traitement de vos données personnelles

L'IFPM traite les données personnelles recueillies à partir du formulaire d'inscription composant le dossier pour gérer votre inscription et votre dossier apprenant. Ce traitement de données est fondé sur l'obligation légale conformément à l'arrêté du 31 juillet 2009 modifié relatif au diplôme d'Etat d'infirmier et à l'arrêté du 21 avril 2007 modifié relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux. Vos données sont conservées de manière active pour une durée de 5 ans à compter de votre départ de l'IFPM, et ensuite archivées à des fins probatoires.

Afin d'assurer votre formation et votre diplomation les données collectées seront communiquées aux destinataires suivants : secrétariat, aux formateurs, ARS, conseil régional, ministère en charge de la santé, universités, DREETS.

Conformément à la législation, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de limitation sur vos données. Vous disposez également du droit de définir des directives relatives au sort de vos données après votre décès. Vous pouvez exercer vos droits par courriel à l'adresse suivante : [dpo@ght-loiret.fr](mailto:dpo@ght-loiret.fr).

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits sur vos données ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

➤ Pour valider votre inscription administrative, vous devez **impérativement nous retourner les éléments suivants** :

• **Documents à compléter :**

- La fiche d'inscription administrative (pages 3 et 4),
- La fiche de renseignement pour les stages (page 5),
- Le dossier de remboursement de frais de déplacements, **attention à bien joindre toutes les pièces justificatives** (page 9),
- La fiche d'inscription à la Bibliothèque Universitaire (page 11),
- La fiche d'information concernant le financement **OBLIGATOIRE** (Pages 19 et 20),
- Votre attestation d'assurance responsabilité civile (voir note sur les garanties à souscrire page 22)
- Le formulaire de commande de tenues professionnelles (page 23),

• **Documents à nous fournir :**

- Le paiement des droits d'inscriptions de 178 € (tarif 2025) à effectuer par chèque à l'ordre du Trésor Public,**
- Deux photocopies recto verso de votre pièce d'identité **en cours de validité,**
- Une lettre de motivation pour votre engagement dans cette passerelle
- Une copie de votre validation à 60 ECTS de la PASS ou la L.AS,
- L'attestation de paiement de la CVEC le cas échéant, ou l'attestation d'acquittement pour les boursiers

➤ **Votre dossier médical complet** (pages 25 à 29)

(Attention de bien anticiper le dossier pour les vaccinations, sous peine de ne pas pouvoir effectuer votre première période de stage).

Dans l'attente de vous accueillir au sein de notre institut.



**PERSONNE À APPELER EN CAS D'URGENCE (MAJEURE OBLIGATOIREMENT) A remplir obligatoirement**

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_ Téléphone : | | | | | | | | | |

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_ Lien de Parenté : \_\_\_\_\_

**ETUDES**

Niveau scolaire :  Baccalauréat Série : \_\_\_\_\_  
Numéro INE : ..... Année d'obtention : \_\_\_\_\_  
Numéro CVEC : .....

Titre équivalent Baccalauréat Année d'obtention : \_\_\_\_\_

Diplôme de secourisme :  Non  Oui Année d'obtention : \_\_\_\_\_ Niveau : \_\_\_\_\_

Année préparatoire :  Non  Oui Organisme <sup>(1)</sup> : \_\_\_\_\_

**ETUDES SUPÉRIEURES**

Non validées par un diplôme : Nombre d'années : \_\_\_\_\_ Cycle suivi : \_\_\_\_\_

Validées par un diplôme supérieur au Baccalauréat :

D.U.T. Spécialité : \_\_\_\_\_ Année d'obtention : \_\_\_\_\_

LICENCE Spécialité : \_\_\_\_\_ Année d'obtention : \_\_\_\_\_

MASTER Spécialité : \_\_\_\_\_ Année d'obtention : \_\_\_\_\_

AUTRE Spécialité : \_\_\_\_\_ Année d'obtention : \_\_\_\_\_

**FORMATION PROFESSIONNELLE**

Diplôme professionnel ou diplôme d'état :

Aide-soignant Année d'obtention : \_\_\_\_\_

Auxiliaire de Puériculture Année d'obtention : \_\_\_\_\_

Autre : \_\_\_\_\_ Année d'obtention : \_\_\_\_\_

<sup>(1)</sup> Lycée public – IFSI – Organisme privé – par correspondance

### ÉTUDIANT(E)

NOM : \_\_\_\_\_ NOM D'USAGE : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Sexe :  M  F Nationalité : \_\_\_\_\_

Naissance : date : .... / .... / ..... lieu : \_\_\_\_\_ n° département : \_\_\_\_\_ pays : \_\_\_\_\_

Promo pro :  Oui  Non

Si oui nom de l'établissement : \_\_\_\_\_

**A remplir obligatoirement**

**Votre adresse sera à actualiser auprès du secrétariat de votre formation dans les meilleurs délais.**

Adresse durant les études :  Recherche en cours

Rue : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Permis voiture :  Oui  Non  En cours

Avez-vous une voiture :  Oui  Non  En cours

Pouvez-vous vous faire déposer par un tiers  
(parent, proche,...)  Oui  Non A quelle distance : .....KM

### STAGE

Autre lieu d'hébergement possible :  Dans le département  Dans un autre département

Ville(s) : \_\_\_\_\_

### EXPERIENCE

Expériences professionnelles dans des structures de soins (Centre Hospitalier, Clinique, EHPAD, crèches, libérale, service de SSR, ...)

Année : \_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_

Année : \_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_

Membre de la famille exerçant dans les structures de soins (Centre Hospitalier, Clinique, EHPAD, crèches, libérale, service de SSR, ...)

Liens de parenté : \_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_

Liens de parenté : \_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_

Liens de parenté : \_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_



## STAGE DE 5 SEMAINES

L'organisation de la passerelle PASS-L.AS vers la formation infirmière prévoit que vous bénéficiez, pendant l'été, de :



- 35 heures de formation théorique, qui se déroulent en distanciel. Une journée de regroupement est prévue à l'institut le 30 juin 2026.
- Un stage de 5 semaines consécutives de 35 heures à réaliser entre le 6 juillet et le 21 août, la dernière période possible étant entre le 20 juillet et le 21 août 2026.

Le choix de ce stage est laissé à votre initiative. En conséquence vous êtes invité à le rechercher dès maintenant dans les établissements se situant hors de la région Centre-Val de Loire.

Afin de vous accompagner dans votre recherche, quelques préalables :

- Pour ce stage, vous êtes considérés comme étudiants de 1<sup>ère</sup> année
- Les typologies de stage sont :
  - o « lieux de vie » : écoles, entreprises, EHPAD... compte tenu des vacances les stages en école ou entreprise sont à proscrire
  - o « soins de courtes durée » : secteurs hospitaliers, cliniques réalisant des soins en phase aiguë
  - o Soins de suite et de réadaptation ou de long séjour : stages réalisés dans les établissements bénéficiant des autorisations ad hoc
  - o Soins en psychiatrie et santé mentale
- Un courrier de l'IFPM soutiendra votre démarche
- Informez l'IFPM de vos pistes de prospection à l'adresse mail suivante : [stages@ifpm45.fr](mailto:stages@ifpm45.fr)
- Contactez l'IFPM dès que vous avez une réponse positive afin d'établir la convention de stage. Certaines informations administratives vous seront alors demandées (nom exact de la structure, représentant légal, coordonnées précises du maître de stage...)
- Prévoyez un délai suffisant entre la réponse positive que vous obtiendrez et le début du stage afin d'établir les conventions
- Vous bénéficiez d'indemnités de stage de 36 € par semaine.



	<b>INSTITUT DE FORMATIONS PARAMÉDICALES</b> 89, rue du Faubourg St Jean – CS 85890 45058 Orléans Cedex 1 <b>RENTREE DE SEPTEMBRE 2026</b>		
	FICHE DE REMBOURSEMENT	Formation Infirmière 2026-2027	

### ÉTUDIANT(E)

NOM : \_\_\_\_\_ NOM D'USAGE : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Sexe :  M  F Nationalité : \_\_\_\_\_

**Adresse durant les études : A remplir obligatoirement**

Rue : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Permis voiture :  Oui  Non  En cours

Avez-vous une voiture :  Oui  Non  En cours

**Merci de bien vouloir compléter et retourner ce formulaire avec votre dossier**  
**Et de joindre **obligatoirement** les documents ci-dessous :**

- Votre permis de conduire,
- Une attestation d'assurance avec une date de début et fin de validité,  
(PAS DE MEMO et PAS DE CONTRAT)
- La carte grise du véhicule.

- En cas de changement de situation, merci de bien vouloir vous rapprocher du service comptabilité

[indemnite.stage@ifpm45.fr](mailto:indemnite.stage@ifpm45.fr)

**Les pièces justificatives ci-dessous sont à déposer sur la plateforme :**  
<https://chr-orleans-rhstart.digihosp.fr/>

- Votre carte d'identité en cours de validité,
- Votre carte vitale,
- Un RIB à votre nom,
- La carte grise du véhicule.

En cas de changement de situation, merci de bien vouloir vous rapprocher du service paie

[service.paie@chu-orleans.fr](mailto:service.paie@chu-orleans.fr)



**Récolte de données pour la région Centre-Val-de-Loire**

Nom : Prénom :

Numéro de sécurité sociale :

Adresse avant l'entrée en formation :

Adresse pendant les études (si différente) :

.....

.....

.....

.....

.....

Dernier diplôme obtenu (merci de préciser **l'année d'obtention et la spécialité**) :

.....

.....

➔ Niveau d'études : suite à l'obtention de votre dernier diplôme avez-vous commencé d'autres études ? (Ex : L1, 1<sup>ère</sup> année de BTS, etc.) :

.....

Avez-vous travaillé depuis l'obtention de votre dernier diplôme ? :  Oui  Non

Etes-vous demandeur d'emploi ? :  Oui  Non

**Cette partie est à compléter uniquement par les personnes en activité durant la formation :**

Etes-vous en activité dans le secteur privé :  Oui  Non

Salarié

Intermittent du spectacle

Type de contrat : .....

Travailleur en ESAT

Etes-vous en activité dans le secteur public :  Oui  Non

Fonctionnaire

Contractuel de droit public

Type de contrat : .....

Agent consulaire

Etes-vous en contrat d'apprentissage ?  Oui  Non



## FICHE DE PREMIÈRE INSCRIPTION en BU

**Vous êtes inscrit(e) en :**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 <sup>re</sup> année | <input type="checkbox"/> IDE                        |
| <input type="checkbox"/> 2 <sup>e</sup> année  | <input type="checkbox"/> Psychomotricien            |
| <input type="checkbox"/> 3 <sup>e</sup> année  |   |
| <input type="checkbox"/> Ambulancier           | <input type="checkbox"/> Auxiliaire de puériculture |
| <input type="checkbox"/> ARM                   | <input type="checkbox"/> Aide-soignant              |
| <input type="checkbox"/> Puériculteur          | <input type="checkbox"/> IBODE                      |

**OU vous êtes**

- Enseignant à l'IFPM

Photo  
d'identité  
obligatoire

ID LDAP / N° HARPEGE

P

*Cadre réservé à l'université*

N° HORIZON

*Cadre réservé à l'université*

- M.                       Mme

Nom (en majuscules) : ..... Nom de jeune Fille (en majuscules) : .....

Prénom (en majuscules) : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : ..... Dpt (n°) : .....

Pays : .....

Adresse :

.....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : .....

Adresse électronique : .....

*Dans le cadre de la nouvelle monétique du CNOUS, je déclare être informé(e) du transfert de mes données à caractère personnel (adresse électronique personnelle, le nom, prénom, la date de naissance) au CROUS d'Orléans-Tours.*

*Conformément à la loi « Informatique et Libertés » n° 78-17 du 6 janvier 1978, je dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et de suppression des données qui me concernent, à exercer auprès du service commun de la documentation.*

À ....., le .....

**Signature :** .....



# INFORMATION CVEC

## INSTITUT DE FORMATIONS PARAMÉDICALES :

- Infirmier(ère)
- Infirmière Puéricultrice
- IBODE
- Aide-Soignant(e)
- Auxiliaire de Puériculture
- Ambulancier
- V.A.E.
- ARM

Secrétariat général  
Tél. : 02 38 78 00 00

### **Objet** : CVEC-Contribution vie étudiante et de campus

La loi n° 2018-166 du 8 mars 2018 relative à l'orientation et à la réussite des étudiants a mis en place de nouvelles mesures en faveur de la vie étudiante. Ces nouvelles mesures ont été appliquées dès la rentrée de septembre 2018, comme la baisse des droits d'inscription à l'université, la sécurité sociale gratuite pour l'ensemble des étudiants, la mise en place de la contribution de vie étudiante et de campus (CVEC) qui servira à renforcer les actions en termes de vie étudiante et de vie de campus, et aide à la mobilité.

La contribution de vie étudiante et de campus (CVEC) pour améliorer la qualité de vie sur les campus.

### **Le principe** :

Tous les étudiants en formation initiale inscrits dans un établissement d'enseignement supérieur doivent s'acquitter de la CVEC.

**D'un montant de 105 euros** (année 2025-2026), elle est due chaque année par les étudiants lors de leur inscription dans un établissement d'enseignement supérieur. La CVEC permettra, par exemple, d'améliorer la prévention et l'accès aux soins des étudiants ou encore de favoriser l'accueil et l'accompagnement social, sanitaire, culturel et sportif.

### **Les modalités** :

- Elle est due chaque année par tous les étudiants inscrits en formation initiale dans un établissement d'enseignement supérieur, à l'exception de ceux concernés par les cas d'exonération prévus par la loi.
- Le versement de cette contribution de vie étudiante et de campus se fera au préalable de l'inscription. Les établissements ont l'obligation de vérifier que l'étudiant s'est acquitté de sa CVEC avant de l'inscrire.
- Ce versement est annuel : il doit être acquitté chaque année universitaire. Son montant fixé, par texte législatif.
- Cette contribution n'est collectée qu'une fois en cas de pluri-inscriptions.
- Cette contribution est collectée par le Crous.

### **Le processus de collecte :**

La loi a confié aux Crous, seuls opérateurs de vie étudiante s'adressant à l'ensemble des étudiants d'un territoire, la collecte de la CVEC. La réglementation prévoit que, à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2018, l'acquiescement est un préalable à l'inscription à l'IFSI.

Le Crous a la responsabilité de vous fournir à une attestation d'acquiescement.

La responsabilité de l'IFPM sera de contrôler le bon acquiescement de la CVEC par l'étudiant.

### **Les démarches à accomplir :**

Toutes les démarches se font de manière dématérialisée sur la tuile CVEC, intégrée à **MesServices.Etudiant.gouv.fr**, directement accessible sur CVEC.Etudiant.gouv.fr.

#### **1/ Pour les étudiants redevables :**

Le paiement par carte bancaire est immédiat, ainsi que la délivrance de l'attestation d'acquiescement.

A défaut, une procédure de paiement en espèces en bureau de poste est possible, modulo un délai de 2 jours ouvrés entre le paiement et la délivrance de l'attestation d'acquiescement et des frais de gestion à la charge de l'étudiant.

#### **2/ Pour les étudiants exonérés :**

Pour les boursiers gérés par le Crous :

L'étudiant peut télécharger son attestation CVEC sans avoir à la payer, puisqu'il en est exonéré.

Pour les réfugiés, bénéficiaires de la protection subsidiaire ou demandeurs d'asile :

Sur l'application CVEC, l'étudiant déclare son motif d'exonération et les pièces justificatives. Sous 2 jours ouvrés, le Crous étudie la cohérence des pièces et répond à l'étudiant :

- Soit l'attestation d'acquiescement lui est immédiatement délivrée,
- Soit l'étudiant est invité à régler sa CVEC.

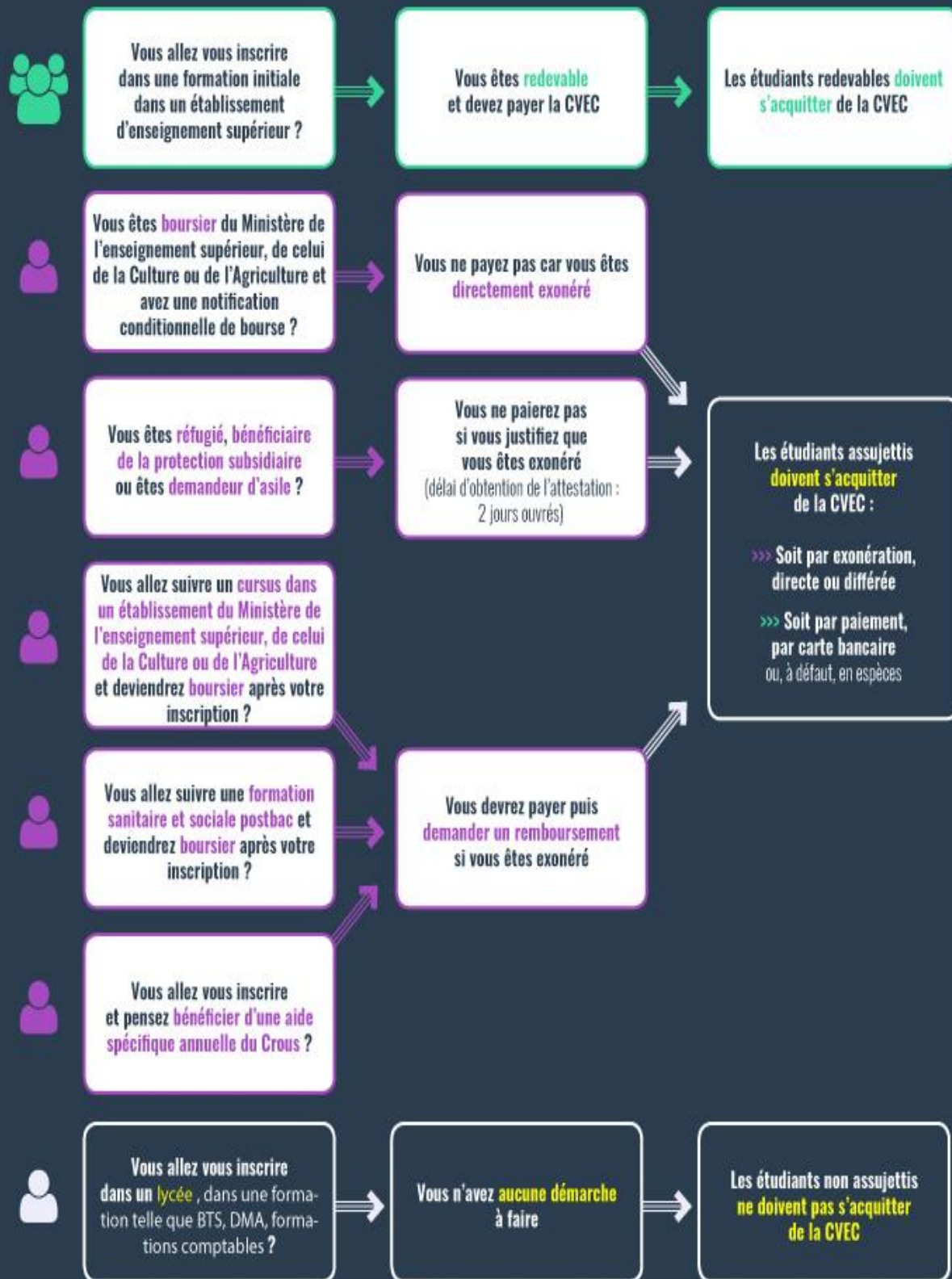
Les étudiants issus de la formation professionnelle continue :

Lors de la complétion du dossier à la double inscription de l'université de Tours, l'étudiant doit cocher la case « **Je dépends de la formation professionnelle, je ne suis pas concerné** ».

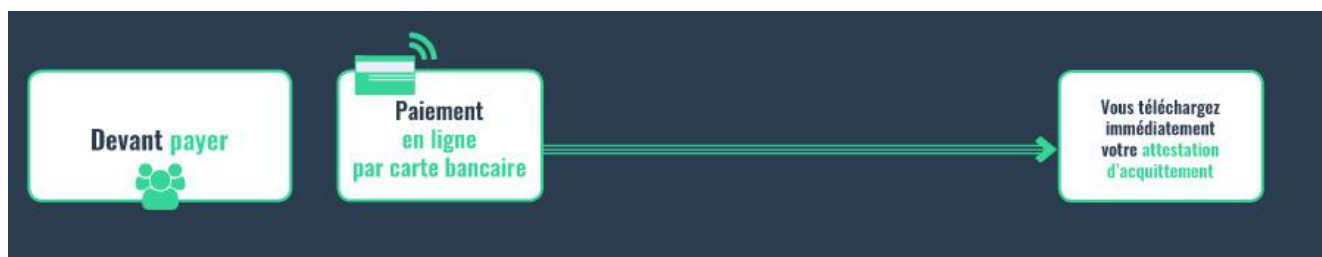
À cet effet, l'étudiant aura accès à l'ensemble des outils nécessaires au bon déroulement de sa formation.

Il est inutile de demander le téléchargement de l'attestation CVEC sur le site du CROUS.

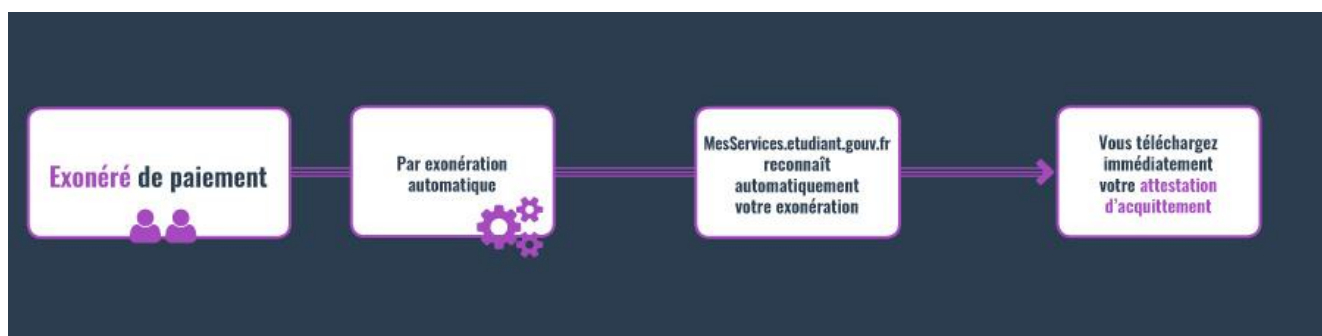
# Quelle est votre situation ?



## Pour les personnes devant s'acquitter de la CVEC :



## Pour les personnes exonérées de la CVEC :



Lorsque vous intégrez un IFSI, vous devez procéder à une double inscription :

- une à l'IFSI en complétant et en renvoyant le dossier papier à l'IFSI,
- une à l'université de Tours en vous inscrivant à l'aide du lien que vous trouverez à partir de la mi-juillet sur le site internet du Collegium Santé Centre-Val de Loire.

<https://collegium.sante.cvl.univ-tours.fr/>

**Grâce à cette double inscription, vous pourrez :**

- Obtenir un **certificat de scolarité de l'université de Tours**,
- Accéder à la **plate-forme de cours en ligne Célène** via l'Environnement Numérique de Travail de l'Université (ENT),
- Bénéficier de certains **services de la vie étudiante** (actions culturelles ou sportives),
- Obtenir votre **grade de licence** une fois diplômé(e).

**Pour vous inscrire à l'université de Tours**, vous devrez vous munir des numéros suivants :

- Parcoursup,
- CVEC,
- INE,
- Etudiant si vous étiez déjà inscrit à l'université de Tours.



Les droits d'inscription d'un montant de 178 euros sont à régler une seule fois à l'**IFSI**. A la fin de votre inscription à l'Université de Tours vous devez arriver à **0 euros** sinon votre inscription sera incomplète et non valide. Vous ne devez pas faire parvenir de document papier à l'Université de Tours. Pour ne pas repayer 178 euros de frais d'inscription, il faudra cocher lors de la saisie de votre dossier « Paramédicaux-Collégium ».

Si vous rencontrez des difficultés, merci de bien vouloir contacter le secrétariat du Collégium à l'adresse suivante : [sec.collegiumsante@univ-tours.fr](mailto:sec.collegiumsante@univ-tours.fr)

# La double inscription des primo entrants

Pour les étudiants **jamais** inscrits à l'université de Tours,  
3 possibilités :

- **Baccalauréat français et inscription via parcoursup :**
  - Se connecter sur le lien inscription de l'université avec son n° parcoursup et sa date de naissance.
- **Baccalauréat étranger :**
  - Remplir le dossier papier et le faire parvenir au Collegium, par e-mail à [sec.collegiumsante@univ-tours.fr](mailto:sec.collegiumsante@univ-tours.fr)
- **Formation professionnelle continue :**
  - Remplir le dossier papier et le faire parvenir au Collegium, par e-mail à [sec.collegiumsante@univ-tours.fr](mailto:sec.collegiumsante@univ-tours.fr)

## Conseil régional Centre-Val de Loire

### Financement des formations du secteur sanitaire et social



Dans le cadre de la loi du 13 août 2004 relative aux Libertés et Responsabilités Locales, la Région Centre-Val de Loire est compétente depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005 pour attribuer des aides aux étudiants inscrits dans les établissements mentionnés à l'article L. 451-1 du code de l'action sociale et des familles, ainsi qu'aux élèves et étudiants préparant des diplômes de sage-femme et des professions paramédicales.

#### CRITERES DE PRISE EN CHARGE DU COÛT PEDAGOGIQUE DE LA FORMATION PAR LA REGION CENTRE-VAL DE LOIRE POUR LES FORMATIONS DES SECTEURS SANITAIRE ET SOCIAL :

<https://orientation.centre-valde Loire.fr/besoin-de-financer-vos-etudes-pour-des- formations-du-secteur-sanitaire-et-social>

**coût pédagogique de la formation et bourse d'études sur critères sociaux**

(hors droit d'inscription, contribution vie étudiante et de campus et frais de scolarité)

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

FORMATION : \_\_\_\_\_

Numéro INE (Si vous en possédez un) : \_\_\_\_\_

Pour permettre de vérifier votre éligibilité : indiquez ci-dessous votre statut et votre situation  
(Des compléments d'information pour l'instruction de votre dossier pourront être demandés par l'Institut de Formation)

Etes-vous en poursuite d'études ou en réorientation :  oui  non

Si OUI : précisez votre cursus scolaire avant votre entrée en formation : \_\_\_\_\_

Etes-vous demandeur d'emploi :  oui  non

Si OUI Depuis  + de 6 mois  - de 6 mois - Date d'inscription à France Travail \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Votre numéro de Demandeur d'Emploi : \_\_\_\_\_ Région d'inscription : \_\_\_\_\_

Précisez si vous avez démissionné ou été licencié en précisant le motif, ou s'il s'agit d'une rupture conventionnelle : \_\_\_\_\_

Quelle est la date de votre démission / licenciement / rupture conventionnelle : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Etes-vous fonctionnaire en disponibilité :  oui  non

Etes-vous en congés parental :  oui  non

Avez-vous démissionné pour suivre votre conjoint :  oui  non

Etes-vous bénéficiaire du dispositif projet démission-reconversion :  oui  non

Envisagez-vous d'autofinancer votre 1<sup>ère</sup> année de formation :  oui  non

Etes-vous salarié :  oui  non

- en CDD ou  en CDI  
Précisez date de fin de contrat : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
- en temps partiel :  en Temps complet  
Précisez nombre d'heures mensuel : \_\_\_\_\_ heures pas mois

• Fonctionnaire en fonction, détachement ou disponibilité :  oui  non

• En contrat aidé, en Parcours Emploi Compétences :  oui  non

• En congés de formation professionnelle :  oui  non

• Bénéficiaire du projet de transition professionnelle pour cette 1<sup>ère</sup> année de formation :  oui  non

• En contrat d'apprentissage :  oui  non

• En congé sans solde ou congé parental :  oui  non

• Etes-vous commerçant, artisan, en profession libérale ou auto-entrepreneur :  oui  non

Région Centre-Val de Loire



### Expérience professionnelle

Année	Employeur	Fonction	Statut (cdd, cdi, stagiaire, titulaire de la fonction publique)

**Si VOUS ETES ELIGIBLE : JUSTIFICATIFS A PRODUIRE EN FONCTION DE VOTRE STATUT et SITUATION**  
(Des justificatifs complémentaires pour l'instruction de votre dossier pourront être demandés par l'Institut de Formation)

**ELEVES ETUDIANTS en poursuite d'Etudes ou Reconversion :**

- Certificat de scolarité de l'année dernière, attestation de l'établissement, ou copie du dernier diplôme

**DEMANDEURS D'EMPLOI :**

- Attestation d'inscription à France Travail,
- Copie des contrats de travail des 8 derniers mois.

**- Bénéficiaire d'un projet de reconversion-démisionnaire :**

- Notification de la Commission Transitions Pro,
- Certificat de travail.

**- Démisionnaire pour suivre conjoint :**

- L'attestation employeur, l'attestation pôle emploi,
- Justificatif mutation conjoint, ou attestation employeur conjoint.

**SALARIÉS**

**- Votre contrat à temps complet en CDD doit se terminer avant date d'entrée en formation :**

- Copie des contrats de travail des 6 derniers mois,
- Certificat de travail,
- Attestation d'inscription à France Travail.

**- Votre contrat à temps partiel en CDI doit se terminer avant la date de la rentrée ou être inférieur à 18H/semaine ou 102H/mois, dans la mesure où le contrat de travail est compatible avec la formation suivie :**

- Copie des contrats de travail des 8 derniers mois,
- Attestation d'inscription à France Travail.

Si le coût pédagogique de votre formation est pris en charge par la Région Centre-Val de Loire, la présence est obligatoire à l'ensemble des cours théoriques, cours magistraux (CM), travaux dirigés (TD) et des travaux personnels guidés (TPG) conseillés par l'équipe pédagogique. Vous êtes autorisé(e) à déposer une demande de bourse régionale d'études sur critères sociaux sur le site du CROUS, vous retrouverez les critères d'éligibilité sur : <https://orientation.centre-valde Loire.fr/notre-agenda/demande-de-bourse-pour-les-formations-des-secteurs-sanitaire-et-social>

Lu et approuvé le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature :



POUR TOUT RENSEIGNEMENT SUR VOTRE DOSSIER DE BOURSE ET FINANCEMENT,  
Contactez-nous sur l'adresse mail suivante : [comptabilite@ifpm45.fr](mailto:comptabilite@ifpm45.fr)

## **Informations diverses**

### **Bourses :**

Pour toute demande de bourse, il est obligatoire d'être financé par la Région.

Dans le cas où vous n'auriez pas de numéro INE, nous pouvons vous transmettre une procédure afin de pouvoir en créer un.

Il vous suffit de nous en faire la demande par mail.

Je vous informe que vos demandes de bourse seront gérées de la façon suivante :

1. Créer votre dossier social étudiant sur le site suivant : <https://www.messervices.etudiant.gouv.fr/envole/>
2. Lorsque vous déposerez votre demande de dossier social étudiant en y joignant ou non les pièces justificatives demandées, vous n'aurez pas accès à votre dossier pendant 48h minimum, le temps que votre dossier soit traité au niveau du CROUS.
3. Lors des dépôts de dossier, la somme de 6 euros correspondant aux frais de gestion vous est demandée, étant financé par la Région, vous n'êtes pas redevable de cette somme, je vous invite donc à cliquer sur « payez plus tard ».  
Pas d'inquiétude, votre dossier sera tout de même traité par le service du CROUS. (Ne soyez pas impatient, le CROUS gère les dossiers généralement dans les 72h).  
Vous recevrez un mail avec la liste des pièces justificatives à déposer directement sur votre espace personnel, dans le cas où votre dossier ne serait pas complet.
4. Pour toute personne ayant réglé les frais de 6 euros en amont, je vous invite à contacter le CROUS en vous connectant sur <https://www.messervices.etudiant.gouv.fr/envole/>, et en passant par la messagerie interne, afin que le service comptabilité du CROUS puisse vous les rembourser. (Un RIB vous sera redemandé)

**Je vous rappelle que pour percevoir votre bourse, il est obligatoire de nous transmettre vos notifications conditionnelles de bourse, sans celles-ci, le paiement de votre bourse ne pourra pas être déclenché.**

De plus, dans le cas où notre institut de formation « ORLEANS IFPM CHU ORLEANS » n'apparaîtrait pas dans la liste de vos vœux, merci de contacter le CROUS via la messagerie interne ou par téléphone au 09.72.59.65.45 afin que l'IFPM puisse être rajouté à vos vœux.

Nous restons à votre disposition si besoin par mail à l'adresse suivante : [comptabilite@ifpm45.fr](mailto:comptabilite@ifpm45.fr)

Le service comptabilité.

### **Handicap :**

L'IFPM accompagne les apprenants en situation de handicap, pour échanger avec notre référent sur les possibilités d'aménagements, merci d'adresser un mail à : [ifpmreferent.handicap@ifpm45.fr](mailto:ifpmreferent.handicap@ifpm45.fr)

# INFORMATION ATTESTATION RESPONSABILITE CIVILE

## INSTRUCTION N°DGOS/RH1/2010/243 du 5 juillet 2010 relative aux modalités de mise en œuvre de la réforme LMD au sein des instituts de formation en soins infirmiers

1. Assurance couvrant les risques professionnels et la responsabilité civile des étudiants en soins infirmiers

Les frais d'assurance de responsabilité civile sont à la charge des étudiants. Il appartient à ceux-ci de souscrire un avenant limité dans le temps auprès de la compagnie d'assurance qui gère leur contrat « multirisques habitation – responsabilité civile » ou celui de leurs parents. Le choix du montant des garanties assurées relève dorénavant de la seule responsabilité des candidats. Les candidats doivent être garantis pour l'ensemble des risques suivants couvrant la responsabilité civile, tant lors du stage que des trajets occasionnés par celui-ci :

- accidents corporels causés aux tiers ;
- accidents matériels causés aux tiers ;
- dommages immatériels.

# BON DE COMMANDE & FICHE DE PRISE DE MESURES AU CORPS - MIXTE

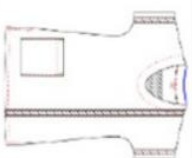
MARQUAGE

DATE / SIGNATURE :

ETABLISSEMENT :

PRENOM :

NOM :



**TUNIQUE MIXTE :**

Mesures au corps en centimètre

1° - Tour de poitrine à la partie la plus forte	..... cm
3° - Tour de bassin au plus fort des fesses	..... cm

\* Les mesures doivent être prises au corps sans aisance et sans vêtement

1° - Je note ma mesure trouvée ici

2° - J'entoure la fourchette de tailles correspondantes

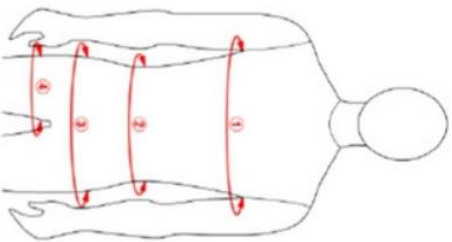
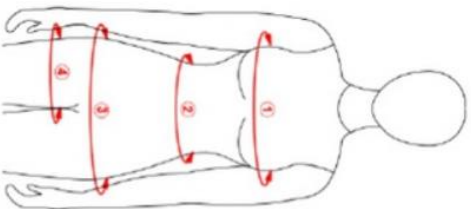
**TAILLES A CHOISIR**

T0	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8
38	42	46	50	54	58	62	66	70
94/97	98/101	102/107	108/121	122/124	125/130	131/136	137/142	143/148
99/102	103/106	107/112	113/126	127/129	130/135	136/141	142/147	148/153

3° - Je note ma taille finale ici correspondant à la plus grande mesure

**Attention**

Si vous avez plus de 2 tailles entre des mesures, nous joindre la fiche de relevé de mesures avec la commande globale, nous procéderons à un ajustement.



**PANTALON MIXTE :**

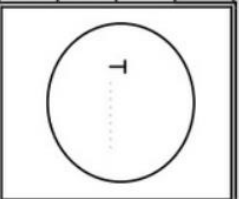
Mesures au corps en centimètre

2° - Tour de taille au niveau du nombril	..... cm
3° - Tour de bassin au plus fort des fesses	..... cm
4° - Tour de cuisse à la partie la plus forte	..... cm

\* Les mesures doivent être prises au corps sans aisance et sans vêtement

**TAILLES A CHOISIR**

T0	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8
38	42	46	50	54	58	62	66	70
85/88	89/95	96/104	105/117	118/129	130/139	140/149	150/159	160/169
84/89	90/95	96/104	105/115	116/128	129/139	140/152	153/161	162/171
54/56	57/60	61/64	65/69	70/76	77/82	83/88	89/94	95/100





# Dossier médical

Pour l'entrée  
en Institut de Formation Paramédicale  
du Centre Hospitalier Universitaire d'Orléans

Vous devez **OBLIGATOIREMENT** *réaliser et conserver* une photocopie de votre « Dossier médical » afin de produire ce document s'il vous est demandé sur vos lieux de stage.

NOM : .....	Nom d'usage : .....
Prénom : .....	Date de naissance : ...../...../.....
ADRESSE : N° : ..... Rue : .....	
.....	
Code Postal : .....	Ville : .....
N° Téléphone : .....	
E-mail : .....@.....	

FILIERE :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aide-soignant              | <input checked="" type="checkbox"/> Infirmier rentrée de septembre 2026 |
| <input type="checkbox"/> Ambulancier                | <input type="checkbox"/> Infirmier rentrée de février 2027              |
| <input type="checkbox"/> Auxiliaire de Puériculture | <input type="checkbox"/> Puériculteur                                   |
| <input type="checkbox"/> IBODE                      | <input type="checkbox"/> Psychomotricien                                |

Au terme de l'arrêt relatif à votre diplôme, vous devez fournir pour votre entrée en formation :

**1) Une attestation médicale d'immunisation et de vaccinations**

à faire remplir par le centre de vaccinations ou par votre médecin traitant

**2) Un Certificat médical d'aptitude à la fonction**

à faire remplir par un médecin agréé par l'A.R.S.

**Pour une admission définitive en formation,  
ces deux certificats médicaux doivent être conformes à  
la législation en vigueur**

### **Tuberculose – Obligatoire** en milieu professionnel

Un test diagnostic de la tuberculose IDR ou Quantiferon obligatoire pour certaines études et professions. Le résultat de sa mesure doit être noté, il servira de test de référence.

### **Diphtérie, Tétanos, Polio – Obligatoire** en milieu professionnel

Les rappels sont effectués aux mêmes âges fixés (25 ans, 45 ans et en fonction de la poursuite des activités professionnelles, 65 ans), avec un vaccin contenant une dose réduite d'anatoxine diphtérique (dTpolio).

A l'âge de 25 ans, sera associée la valence coqueluche à dose réduite (ca) chez l'adulte n'ayant pas reçu de vaccination contre la coqueluche au cours des cinq dernières années (dTcaPolio).

### **Hépatite B – Obligatoire** en milieu professionnel, sauf pour la formation en psychomotricité

L'article L.3111-4 du Code de la santé publique (CSP) rend obligatoire l'**immunisation contre l'hépatite B** pour les personnes exerçant une activité professionnelle les exposant à des risques de contamination et pour les élèves ou étudiants se préparant à l'exercice de certaines professions de santé. Cette immunisation vise en premier lieu à protéger ces personnels. Elle permet également de protéger les patients vis-à-vis de la transmission de ce virus par un soignant.

Arrêté du 6 mars 2007 et Arrêté du 2 août 2013 détaillé par l'[annexe I](#) et l'[annexe II](#) (détermine la conduite à tenir face à une personne « non répondeuse » à la vaccination contre l'hépatite B, bien qu'ayant reçu un schéma complet de vaccination).

### **Rougeole, Rubéole et Oreillons – Recommandé** en milieu professionnel

Les personnes nées avant 1980, non vaccinées et sans antécédent connu de rougeole ou de rubéole, qui exercent des professions de santé en formation, à l'embauche ou en poste, devraient recevoir une dose de vaccin trivalent rougeole-oreillons-rubéole. Les professionnels travaillant au contact des enfants devraient aussi recevoir une dose de vaccin trivalent rougeole-oreillons-rubéole.

Pour l'ensemble de ces personnels dont les antécédents de vaccination ou de maladie (rougeole, rubéole) sont incertains, la vaccination peut être pratiquée sans qu'un contrôle sérologique préalable soit systématiquement réalisé.

#### **Schéma vaccinal**

Personnes nées depuis 1980 : rattrapage pour obtenir, au total, deux doses de vaccin trivalent ROR, quels que soient les antécédents vis-à-vis des trois maladies.

### **Varicelle – Recommandé** en milieu professionnel

La vaccination contre la varicelle est recommandée pour les personnes sans antécédent de varicelle (ou dont l'histoire est douteuse) et dont la sérologie est négative, qui exercent en contact avec la petite enfance (crèches et collectivités d'enfants notamment) ; à l'embauche ou à défaut, déjà en poste, en priorité dans les services accueillant des sujets à risque de varicelle grave (immunodéprimés, services de gynéco-obstétrique, néonatalogie, pédiatrie, maladies infectieuses, néphrologie).

#### **Schéma vaccinal**

Deux doses espacées de 4 à 8 semaines ou de 6 à 10 semaines selon le vaccin utilisé.

**Hépatite A – Recommandé** en milieu professionnel pour les personnels exposés professionnellement à un risque de contamination

### **Grippe Saisonnière – Recommandé** en milieu professionnel

**Certificat Médical de vaccination**  
**L 3111-4 du Code de la Santé Publique**

Je soussigné(e), Docteur .....

Atteste que l'étudiant(e)

Nom – Prénom : .....

**A été vacciné(e) :**

	<i>Obligatoire</i>	
<b>Contre la diphtérie, tétanos et poliomyélite</b>		
Protégé ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Si oui, jusqu'au : .....		
<b>Contre l'hépatite B</b> sauf pour la formation en psychomotricité		
Primo vaccination <b>entière</b> réalisée	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Si non, date de la prochaine injection : .....		
Preuve d'une immunité (anticorps antiHbs > 10)	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Si Ac Hbs < 10 : dosage des anticorps anti Hbc ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Si Ac Hbc positif : dosage des antigènes Hbs ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
<b>A présenté une radiographie pulmonaire</b>		
datant de moins d'un an ? .....	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
<b>A présenté un test tuberculinique (IDR ou quantiféron)</b>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>

*Il est fortement conseillé de mettre à jour les vaccinations recommandées*

COQUELUCHE	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> rappel vaccinal à 25 et 45 ans
RUBEOLE	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
ROUGEOLE	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> 2 injections
OREILLONS	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
VARICELLE	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
COVID	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> 3 injections

Fait le .....

**Signature et Cachet du médecin**



**Certificat médical d'aptitude à établir par un médecin agréé\*  
pour l'admission en institut de formation paramédicale**

Je soussigné(e), docteur.....

Médecin agréé par l'ARS de la Région.....

Exerçant à .....

Atteste que l'étudiant(e) :

Nom – Prénom :.....

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

A la date du .....

*Signature et cachet du médecin agréé*

\* La liste des médecins agréés est disponible sur le site de l'ARS de votre région en indiquant « Médecin agréé » dans un moteur de recherche



**ANNEXE à l'arrêté n°2024-DD45-OSMS-0029**

Fixant la liste des médecins généralistes et spécialistes agréés du Loiret à l'organisation des conseils médicaux, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés maladie des fonctionnaires du Loiret

**MEDECINS GENERALISTES**

<b>Noms –prénoms</b>	<b>Adresse</b>	<b>Téléphone</b>
Dr Didier BAUMIER	16 rue du Moulin 45380 LA CHAPELLE ST MESMIN	
Dr Fella BENZIANE-DALI	5 rue Rouget de Lisle 45000 ORLEANS	
Dr Ismail CHRERIF ASCOFARE	2 rue du Porteau 45290 VARENNES CHANGY	02 38 93 24 14
Dr Ousmane COULIBALY	19 rue Guy de Maupassant 45120 CHALETTE SUR LOING	
Dr Catherine DANIEL	65 Grande Rue 45170 CHILLEURS AUX BOIS	02 38 39 85 67
Dr Etienne DE FRANSSU	1 rue Henri Roy 45000 ORLEANS	02 38 54 00 10
Dr Philibert DE ROVIRA	Rue Jean Mermoz 45500 GIEN	02 38 36 66 20
Dr Jean-Christophe DESTOUCHES	637 rue Bedelle 45370 MAREAU AUX PRES	02 38 44 30 92
Dr Jean-Marc DELVILLE	7 Allée René Cassin 45170 NEUVILLE AUX BOIS	02 38 75 53 22
Dr Elisabeth DUTRAY- WINES	273 rue de Lorette 45160 OLIVET	
Dr J.B FOTSO FODOUOP	2777 rue Paulin Labarre 45160 OLIVET	06 69 74 83 85
Dr Xavier GRISON	38 rue du Capitaine Giry 45300 PITHIVIERS	02 38 30 87 90
Dr Jean-Louis GUICHARD	235 rue de la Source 45160 OLIVET	
Dr Hachani HADJI	7 rue de Paris 45500 GIEN	02 18 11 62 01
Dr Claude HUGUET	75 allée des Sablonnières 45770 SARAN	02.38 83 00 22

Dr Alain JULIA	564 Ter rue de la République 45470 TRAINOU	02 38 65 65 96
Dr Gérard LONLAS	6 rue du Brésil 45000 ORLEANS	02 38 62 70 77
Dr Olivier LUBIN	5 Allée de l'Enclume 45560 Saint Danis en Val	02 38 76 75 01
Dr Philippe MALLET	12 rue de la Blanchisserie 45600 SULLY SUR LOIRE	02 38 36 24 46
Dr Xavier MARSAUDON	10 rue de Crowborough 45200 MONTARGIS	02 37 96 10 56
Dr Latifa MIQYASS	3 Bis rue de Pithiviers 45480 BAZOCHES LES GALLERANDES	02 38 39 40 36
Dr Raymond MIZELE	CHR Orléans 14 avenue de l'Hôpital 45067 ORLEANS	02 38 61 32 22
Dr Walid NICOLA	658 rue des Bourgoins 45207 AMILLY	02 38 95 91 73
Dr Michel PLUVINET	112 rue du Faubourg Bannier 45000 ORLEANS	07 50 52 60 67
Dr Franck POURCYRUS	8 Grande Rue 45480 Outarville	06 10 20 64 35
Dr Jacques PREVOST	1 rue de l'Abeille 45520 CHEVILLY	02 38 80 10 09
Dr Philippe RAGUIN	67 rue des Peupliers 45220 CHATEAURENARD	02 38 95 39 19
Dr Sébastien ROBINEAUX	30 rue du Faubourg de la Chaussée 45200 MONTARGIS	02 38 92 75 49
Dr Philippe ROLAND	26 rue Marcelin Berthelot 45400 FLEURY LES AUBRAIS	02 38 75 03 82
Dr Patrice RUET	8 rue du Champ aux Anes 45100 ORLEANS	
Dr Chantal SAINT GIRONS	60 rue Basse d'Ingré 45000 ORLEANS	
Dr Andrei TODEA	6 rue Jules Audry 45570 DAMPIERRE EN BURLY	07 87 34 45 23
Dr Roger VIEILLE	38 rue du Capitaine Giry 45300 PITHIVIERS	02 38 30 87 97 02 38 30 42 34
Dr Isabelle LADIER	2 rue des pépinières 45650 SAINT-JEAN-LE-BLANC	06 22 77 05 19

### MEDECINS SPECIALISTES

*Anesthésie - Réanimation*

<b>Noms –prénoms</b>	<b>Adresse</b>	<b>Téléphone</b>
Dr Toufik KAMEL	CHU Orléans 14 avenue de l'Hôpital 45067 ORLEANS LA SOURCE	02 38 51 44 44
Dr Willy-Serge MFAM	CHU Orléans 14 avenue de l'Hôpital 45067 ORLEANS LA SOURCE	02 38 51 44 44

### Chirurgie orthopédique et traumatologie

<b>Noms –prénoms</b>	<b>Adresse</b>	<b>Téléphone</b>
Dr Mazen ALI	CHU Orléans 14 avenue de l'Hôpital 45067 ORLEANS LA SOURCE	02 38 22 96 11
Dr Fredson RAZANABOLA	CHU Orléans 14 avenue de l'Hôpital 45067 ORLEANS LA SOURCE	02 38 51 44 87
Dr Christian REBAUD	Sanotel 21 Quai de Sully 45500 GIEN	06 13 97 59 07
Dr Hichem ISSAOUI	CHU Orléans 14 avenue de l'Hôpital 45067 ORLEANS LA SOURCE	

### Chirurgie vasculaire

<b>Noms –prénoms</b>	<b>Adresse</b>	<b>Téléphone</b>
Dr Jean-François DUCHEMIN	CHU Orléans 14 avenue de l'Hôpital 45067 ORLEANS LA SOURCE	02 38 51 49 44 02 38 22 97 05

### Dermatologie

<b>Noms –prénoms</b>	<b>Adresse</b>	<b>Téléphone</b>
Dr Michel TOURNAYE	1438 route de St Cyr 45640 SANDILLON	03 12 80 32 79

### Gynécologie médicale Obstétrique

<b>Noms –prénoms</b>	<b>Adresse</b>	<b>Téléphone</b>
Dr Souhail ALOUINI	CHU Orléans 14 avenue de l'Hôpital 45067 ORLEANS LA SOURCE	02 38 51 44 44 02 38 74 41 90

Dr Ali TADJEROUNI	Maison des consultations 551 Avenue Jacqueline Auriol 45770 SARAN	02 38 79 82 23
-------------------	---	----------------

### Neurologie

Noms –prénoms	Adresse	Téléphone
Dr Elisabeth LARRIEU	5 rue de Java 45000 ORLEANS	02 38 77 13 90
Dr Donia MAHJOUR	1 rue Lieutenant Bildstein 45500 GIEN	02 42 04 02 60

### Oncologie – Radiothérapie

Noms –prénoms	Adresse	Téléphone
Dr Waheed ASKOUL	Centre Luis Gray 658 rue des Bourgoins 45200 AMILLY	02 38 89 83 70

### Ophtalmologie

Noms –prénoms	Adresse	Téléphone
Dr Lionel CHEVREAUD	28 avenue du Général de Gaulle 45200 MONTARGIS	02 38 85 00 60

### Psychiatrie

Noms –prénoms	Adresse	Téléphone
Dr Maher AYZOUKI	CMP 45800 Saint Jean de Braye	02 38 55 72 90
Dr Jean-Philippe BADIN	Clinique Belle Allée 24 route d'Orléans 45380 CHAINGY	02 38 46 66 69
Dr Lotfi BEN HAMIDA	EPSM Georges Daumazon 1 route de Chateau 45400 FLEURY LES AUBRAIS	06 13 62 46 47
Dr Annie DESCAMPS	16 rue de la Bretonnerie 45000 ORLEANS	07 60 57 10 58
Dr Fayçal GOUMEIDANE	13 rue de la Bretonnerie 45000 ORLEANS	02 38 43 83 29
Dr Françoise GISSOT LAGACHERIE	11 rue des Grands Champs 45000 ORLEANS	02 38 54 91 70
Dr Hervé MONTES	2 rue de la Madeleine 45140 St Jean de la Ruelle	02 38 53 33 96
Dr Christine LLORET-LOY	37 rue du Bœuf Saint Paterne 45000 ORLEANS	02 38 54 12 36
Dr Chawki MELOUAH	CHAM 658 rue des Bourgoins	02 38 95 91 11

	45200 AMILLY	
Dr Saïd OURRAD	84 rue du Général de Gaulle 45200 MONTARGIS	02 38 90 10 93
Dr Marius POPA CORNEL	14 Bis rue des Grands Champs 45000 ORLEANS	
Dr Pascale VAGAPOFF	EPSM Georges Daumezon 1 route de Chateau 45400 FLEURY LES AUBRAIS	02 38 60 57 66

### Rhumatologie

<b>Noms -prénoms</b>	<b>Adresse</b>	<b>Téléphone</b>
Dr Sidi-Mohamed BEGHDADI	Centre hospitalier Pithiviers 10 Bld Beauvallet 45300 PITHIVIERS	02 38 32 31 73
Dr Frédéric LEMESLE	CHAM 658 rue des Bourgoins 45200 AMILLY	02 38 95 91 20





**INSTITUT DE FORMATIONS  
PARAMÉDICALES :**

- Infirmier(ère)
- Infirmière Puéricultrice
- IBODE
- Aide-Soignant(e)
- Auxiliaire de Puériculture
- Ambulancier
- ARM

**Secrétariat général**  
Tél. : 02 38 78 00 00  
Fax : 02 38 78 00 01

## **NOTE D'INFORMATION**

Madame, Monsieur,

L'IFPM d'Orléans a connu une augmentation du quota d'étudiants infirmiers au-delà de ce que prévoyait les mesures Ségur. En effet, celui-ci est passé de 175 étudiants de première année accueillis en septembre 2021 à 300 étudiants de première année accueillis en septembre 2023.

Aujourd'hui l'IFPM arrive au terme de la montée en charge sur les 3 années de la formation, mais les places de stage n'ont pas augmenté à l'identique et les établissements locaux ne peuvent pas accueillir davantage de stagiaires. D'autant qu'en parallèle le Centre Hospitalier est devenu CHU et doit également proposer des stages infirmiers aux étudiants en médecine.

En conséquence l'IFPM engage désormais ses étudiants à rechercher des stages dans les autres départements et régions et soutient totalement leurs démarches dans ce sens.

C'est pourquoi je vous invite à regarder leurs sollicitations avec un œil bienveillant et vous remercie sincèrement de l'aide que vous pourrez apporter à l'IFPM.

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

Fait à Orléans, le 8 avril 2026

**Dominique BARTHELEMY**  
**Directrice des soins**

Coordinatrice des Instituts de Formations  
Paramédicales

