CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE

ECOLE DES SPECIALITES (IADE IBODE IPDE)
1 rue Joseph Cugnot – CO 60034 – Tour Marcel Brot - 54035 NANCY Cedex

Nico DECOCK
Directeur des Soins,
Directeur de l'Ecole des Spécialités

Dossier d'Inscription 2025

En vue de l'admission à l'Ecole d'IBODE du CHRU de Nancy pour candidat entrant par la voie de l'alternance

ecoleibode@chru-nancy.fr
Secrétariat 03 83 85 80 77

Dossier d'Inscription Alternants 2025
INFORMATIONS GENERALES

La section IBODE dispose d'un agrément régional de 30 places.
5 places maximum sont réservées annuellement pour les alternants.

L'admission est possible jusqu'au 4 juillet 2025 pour la rentrée du 1er octobre 2025.

MODALITÉS D'ORGANISATION de L'ADMISSION DES CANDIDATS PAR VOIE DE L'ALTERNANCE (Arrêté du 27 avril 2022)

TITRE II : CONDITIONS D'ACCÈS À LA FORMATION
Art. 16.
I. – Les personnes ayant déjà été sélectionnées à l'issue d'un entretien avec un employeur pour un contrat d'alternance sollicitent une inscription auprès d'une école de leur choix, autorisée par le président du conseil régional en application de l'article L. 4383-3 du code de la santé publique et habilitée, lorsqu'il s'agit d'un contrat d'apprentissage, à délivrer des actions de formation par apprentissage au sens de l'article L. 6211-2 du code du travail.
Le directeur de l'école concernée procède à leur admission directe en formation, au regard des documents suivants décrivant la situation du futur alternant.
1° La copie d'une pièce d'identité ;
2° Un curriculum vitae de deux pages maximum ;
3° Un dossier exposant le projet professionnel ;
4° La copie du contrat d'alternance signé ou tout document justifiant de l'effectivité des démarches réalisées en vue de la signature imminente du contrat d'alternance ;
5° Un certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France ;
6° L'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2 en cours de validité.
L'admission des candidats est déterminée en fonction de leur ordre d'inscription par dépôt de l'ensemble des pièces mentionnées au présent article.
Le déroulement de la formation des alternants est défini aux articles 37 et 38.

II. – En l'absence de validité d'un contrat d'alternance, les candidats sont soumis au processus de sélection défini à l'article 8 du présent arrêté et admis en formation sur la base de l'article 5.

LISTE DES PIECES À JOINDRE <u>OBLIGATOIREMENT</u>

Dossier à retourner au secrétariat de l'école d'IBO accompagné de l'ensemble des pièces

NOM d'usage : ..... **Prénom** : .....

NOM de famille : .....

Pièces à joindre obligatoirement	A cocher
• Fiche d'inscription alternant d'entrée *(voir page 3 et 4)*	
• Copie pièce d'identité recto-verso	
• Curriculum vitae complet et détaillé (2 pages maximum).	
• Un dossier expliquant le projet professionnel : motivations du candidat à suivre la formation au regard de son parcours professionnel, en s'appuyant sur des situations professionnelles vécues. (3 pages maximum)	
• Une copie des titres, diplômes ou certificats.	
• Une copie du contrat d'alternance signé et complet	
• Certificat médical de vaccination *(voir page 5 et 6)*	
• L'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2 en cours de validité	
• 2 photos d'identité (**avec nom et prénom écrits au verso)**	

Je, soussigné(e), ……certifie avoir transmis au secrétariat de l'école d'IADE du CHRU de Nancy l'ensemble des pièces cochées ci-dessus

Fait à ……, le ……

Signature :

DATE LIMITE DE DEPOT DE CANDIDATURE :

Vendredi 4 juillet 2025, le cachet de la poste faisant foi

Le dossier d'inscription rempli, complet et accompagné de toutes pièces justificatives est à adresser à :

ECOLE REGIONALE D'INFIRMIERS DE BLOC OPERATOIRE
CHRU de NANCY
1, rue Joseph Cugnot Tour Marcel Brot
CO 60034
54035 NANCY Cedex

Tout dossier incomplet sera refusé.

FICHE D'INSCRIPTION 2025

CANDIDATS EN ALTERNANCE
SECTION IBODE

Date de réception de l'inscription : …….

1°) IDENTITE

❒ Madame ❒ Monsieur

Nom : ..... Prénom : ..... Nom de jeune fille : .....

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

Département de naissance : ..... Nationalité : .....

Numéro de sécurité sociale : .....

2°) ADRESSE PERSONNELLE

N° : ..... Rue : .....

Localité : ..... Code Postal : .....

Téléphone : ..... Portable : ..... e-mail (valide) : .....

3°) RENSEIGNEMENTS DIVERS

Situation de famille : ❒ Célibataire ❒ Marié / PACS ❒ Divorcé ❒ Séparé ❒ Veuf

Nombre d'enfants : .....

Profession du conjoint : .....

4°) ETUDES

Diplômes :

N° INE ou BEA :

Vous pouvez le trouver sur votre relevé de notes du baccalauréat, en cas de besoin voici le lien avec lequel vous pourrez le retrouver : https://www.orientation.com/articles/parcoursup/ou-trouver-son-numero-ine/.

Si vous avez intégré un IFSI du Grand-Est, merci de nous transmettre obligatoire votre n° étudiant universitaire (différent de votre INE) : ……

J'ai perdu mon n° étudiant universitaire ☐

❒ DE d'Infirmier : année d'obtention : ..... IFSI de : .....

❒ Diplôme étranger d'Infirmier : année d'obtention : .....

Organisme de formation et pays : .....

❒ Sage-Femme : année d'obtention : ..... Ecole de : .....

❒ IPA : année d'obtention : ..... Faculté de Médecine de : .....

❒ DE de spécialité …….. : année d'obtention : …… IFSI de : .....

❒ Autres : ....

En cours de formation :

❒ Etudiant en Soins Infirmiers L3 : année d'entrée en formation : ……. IFSI de : .....
❒ Etudiant ayant validé la 3ème année du deuxième cycle des études médicales :

Année d'entrée en faculté de médecine : ……. Faculté de médecine de : .....

5°) EXPERIENCE PROFESSIONNELLE

Employeur : .....
Adresse : .....
.....
Fonction : ..... Service : .....
Depuis le : .....

Etablissement public ❒ privé à but non lucratif ❒ privé à but lucratif ❒
- Directeur d'Etablissement : .....
- Directeur des soins : .....
..... -

Cadre infirmier du service où vous êtes affecté(e) : .....

Services dans lesquels vous avez travaillé :

Etablissements	Services	Durée
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	……	
.....	.....	.....

6°) PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE FORMATION

Vous confirmez que vous disposez d'un contrat d'alternance OUI ❒ NON ❒
Si oui => contrat signé à joindre obligatoirement au dossier

Employeur : .....
Adresse : .....
.....
Fonction : ..... Service : .....
Depuis le : .....

Etablissement public ❒ privé à but non lucratif ❒ privé à but lucratif ❒
- Directeur d'Etablissement : .....
- Directeur des Soins : ……

Je soussigné(e), ……, atteste que ces informations sont exactes.

Date et signature du candidat

Département des Ressources Humaines en Santé	**ATTESTATION MEDICALE DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES POUR L'ENTREE EN FORMATION DE** **Mme M. ……..**	DRHS/PNM P-002 V7-03/2021

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

Compléter impérativement les dates en précisant JJ/MM/AA

DIPHTERIE-TETANOS-POLIO-COQUELUCHE

1ère injection le : …. /…. /…..
2ème injection le : …. /…. /…..
3ème injection le : …. /…. /…..

1er Rappel : …. /…. /….. Age:
2ème Rappel : …. /…. /….. Age:
3ème Rappel : …. /…. /….. Age:
4ème Rappel : …. /…. /….. Age:
5ème Rappel : …. /…. /….. Age:

HEPATITE B

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

Taux d'anticorps : …….. **Joindre impérativement la sérologie**

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

Immunisation : ☐Oui ☐ Non

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

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

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

VACCINS RECOMMANDES*

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

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

BCG - pour information

Le décret n°2019-149 du 27 février 2019 **suspend l'obligation de vaccination contre la tuberculose des professionnels** visés aux articles R.3112-1 C et R.3112.2 du code de la santé publique.
Ainsi, la vaccination par le BCG ne sera plus exigée lors de la formation ou de l'embauche de ces professionnels dès le 1er avril 2019. Toutefois, il appartiendra **aux médecins du travail** d'évaluer ce risque et de proposer, le cas échéant, une vaccination par le vaccin antituberculeux BCG au cas par cas aux professionnels du secteur sanitaire et social non antérieurement vaccinés, ayant un test immunologique de référence négatif et susceptibles d'être très exposés

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

Je soussigné(e), Docteur …….

Certifie que Mme – Mr ……..

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

SIGNATURE DU MEDECIN : **CACHET :**

Pour toute information, vous pouvez vous rendre sur le site Vaccination InfoService.fr

https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Recommandations-vaccinales-specifiques/Professionnels-exposes-a-des-risques-specifiques/Professionnels-de-sante

VACCINATION INFO SERVICE.FR
Le site de référence qui répond à vos questions

Santé publique France

ANNEXE I

Agence Régionale de Santé Lorraine	**Vaccinations des étudiants et élèves**	Date de rédaction : 3 juil 2011 corrigé en 2019 Version 3 : Juin 2019
	Recommandations	Validité : permanente

L'étudiant ou élève ne part pas en stage si ses vaccinations ne sont pas à jour

Recommandations à l'attention du médecin référent de l'institut et du médecin traitant

→Concernant **l'hépatite B**, les résultats des sérologies sont couverts par le secret professionnel (médical).

L'inscription dans les instituts de formation est autorisée si
1 des 3 conditions est remplie :

-carnet de vaccination prouvant la vaccination / hépatite B complétée avant l'âge de 13 ans

-résultats de sérologie, même ancien, prouvant la présence d'anticorps anti-HBs à une concentration >100UI/L

-résultats de sérologie : anti-corps anti-HBs entre 10UI/L et 100UI/L **ET** antigène anti- HBs indétectable

Si aucune de ces conditions n'est remplie et si la concentration des anticorps anti-HBs est <à 10UI/L il convient de rechercher l'antigène HBs :

-s'il n'est pas détectable, procéder à la vaccination ou à sa reprise jusqu'à détection d'anticorps anti-HBs, sans dépasser 6 injections.

-s'il est présent, l'avis d'un hépatologue est préférable.

(*Arrêté du 6 mars 2007 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L3111-4 du CSP)*

→ La vaccination **anticoquelucheuse** est recommandée pour les personnels ou étudiants soignants et futurs parents : 1 injection de vaccin quadrivalent dTcaPolio (BEH 10-11 du 22 mars 2011)

→ La vaccination contre la **varicelle** est recommandée pour les professions de santé en formation sans antécédent de varicelle et dont la sérologie est négative :
Schéma vaccinal : 2 doses avec 1 intervalle d'un mois au moins entre la 1ère et 2ème dose (BEH 10-11 du 22 mars 2011)

→ La vaccination contre la **rougeole** est recommandée en particulier pour les professions de santé en formation.
Pour l'ensemble de ces personnes, si les antécédents de vaccination ou de rougeole sont incertains, la vaccination peut être pratiquée sans contrôle sérologique préalable systématique (avis du HCSP du 11 février 2011)