



DOSSIER ADMISSION 2025

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

Centre Hospitalier Des Pays De Morlaix

Rentrée le lundi 1^{er} septembre 2025 à 10 H



PRESENTATION ET INFORMATIONS DIVERSES

IFSI DE MORLAIX

L'institut du Centre Hospitalier des Pays de Morlaix est rattaché à la faculté de l'UBO de Brest. Il travaille en collaboration avec les 3 autres instituts du groupement UBO.

EFFECTIF

80 étudiants en première année.

VIE ETUDIANTE

CARTE ETUDIANTE

Les étudiants disposent d'une carte étudiante de l'UBO avec tous les droits y afférents.

HEBERGEMENT

L'institut fonctionne en externat. Les étudiants doivent se loger hors de l'établissement
Une liste de chambres ou d'appartements à louer dans un rayon proche est à la disposition des étudiants, au secrétariat de l'institut
Le dispositif « Tiss'âges » propose également des solutions de logement complémentaires

REPAS

Les étudiants peuvent prendre leurs repas (midi) au self du personnel du Centre Hospitalier des Pays de Morlaix. Le self est habilité restaurant universitaire.
Une cafétéria au sein de l'institut équipée de 3 micro-ondes et de 3 distributeurs de boissons et friandises est mise à disposition des étudiants.

EQUIPEMENT MULTIMEDIA :

Des PC portables sont mis à la disposition des étudiants, ainsi qu'une imprimante-photocopieuse pour leurs éditions scolaires ou personnelles. L'intégralité du bâtiment est dotée d'une couverture wifi. Chaque étudiant possède un code personnel de connexion illimitée.

ASSOCIATION ETUDIANTE

Une association d'étudiants est active au sein de l'institut, BREIZH ESI. Elle organise différentes actions permettant le financement du voyage d'études de fin d'année à l'étranger, de la soirée d'intégration, des bals de promotion.....

BIBLIOTHEQUE

L'institut possède un centre de documentation. Une documentaliste vous accompagne dans vos recherches. Vous pouvez y emprunter livres ou revues. Vous avez également accès à la bibliothèque universitaire de l'UBO.

SANTE-ASSURANCE

SERVICE DE SANTE UNIVERSITAIRE

Les étudiants ont accès et sont suivis au service universitaire de santé de l'UBO de Brest. Ce service peut être sollicité pour un aménagement du parcours de formation en cas de situation de handicap.

ACCIDENTS DU TRAVAIL, RISQUES PROFESSIONNELS, RESPONSABILITE CIVILE PROFESSIONNELLE

En référence à l'instruction n° DGOS/RH1/2010/243 du 5 juillet 2010,
« 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 des stages que des trajets occasionnés par celui-ci :

Accidents corporels causés aux tiers

Accidents matériels causés aux tiers

Dommages immatériels

L'attestation de responsabilité civile doit rendre compte d'une couverture des risques sur l'ensemble de l'année scolaire, soit du 01/09/2025 au 01/09/2026, et devra être renouvelée chaque année.

L'attestation doit comporter la mention « assuré lors des stages infirmiers ».

Certaines sociétés d'assurance propose à titre gracieux durant la formation une Responsabilité Civile Professionnelle : MNH, MACSF... (cf brochures jointes)

FRAIS -FINANCEMENT

FRAIS DE SCOLARITE

Les étudiants doivent s'acquitter des droits de scolarité.

Pour l'année 2025-2026, les droits universitaires s'élèvent à **178 €**.

FRAIS ANNEXES

Aucun achat de livre n'est nécessaire pour intégrer l'institut. Il est fortement recommandé de disposer d'un PC portable.

BOURSES D'ETUDES

L'attribution des bourses d'études relève de la compétence du Conseil Régional de Bretagne. Elles sont attribuées en fonction des revenus de l'étudiant ou de la famille.

🔗 *Dépôt de la demande :*

Site du **Conseil Régional de Bretagne** : www.bretagne.bzh – **QUALIF sanitaire et social**

L'étudiant peut y :

- Simuler une demande de bourse afin de savoir s'il est éligible et à quel échelon de bourses il se situe
- Déposer sa demande en ligne
- Suivre l'avancement de son dossier

La demande de bourse pourra se faire à compter du 1er juillet 2025, et jusqu'au 30 septembre 2025

Une assistance sera mise en place à l'IFSI pour renseigner les étudiants et les aider dans la saisie de leur demande de bourse (toutes les informations seront données aux étudiants définitivement admis, notamment le code établissement à utiliser lors de la demande en ligne).

La demande sera ensuite validée par l'IFSI au moment de l'entrée effective de l'étudiant en formation.

La bourse d'études n'est pas cumulable avec une autre aide au titre de la formation professionnelle, avec une indemnisation versée par France Travail ou tout autre organisme au titre des droits au chômage, ou encore avec un congé parental rémunéré ou un congé de formation.

INDEMNITES VERSEES France TRAVAIL, CONGES INDIVIDUELS DE FORMATION, AUTRES ALLOCATIONS ..

Au vu de leur situation à l'entrée en formation, les étudiants pourront obtenir les renseignements concernant ces aides auprès du France Travail, des Missions Locales, des organismes gérant les congés individuels de formation, etc...

Pour toutes informations complémentaires, vous pouvez contacter l'institut :

Financement : Pascal LORLEACH : 02 98 62 62 00

DOSSIER INSCRIPTION DATE DE CLOTURE DE VALIDATION DE L'INSCRIPTION

Candidats ayant accepté définitivement une proposition d'admission entre le 02 juin 2025 et le 10 juillet 2025 inclus	AU PLUS TARD, le 21 juillet 2025 à 12 heures
Candidats ayant accepté définitivement une proposition d'admission À partir du 12 juillet 2025	Dans les plus meilleurs délais AU PLUS TARD, le 29 août 2025 à 12 heures

LISTE DES PIECES A FOURNIR POUR CONFIRMER VOTRE INSCRIPTION

DOSSIER ADMINISTRATIF

- ☐ Dossier d'inscription administrative 2025-2026
- ☐ Photocopie de la carte nationale d'identité (RECTO-VERSO) ou du passeport (en cours de validité)
- ☐ Photocopie du livret de famille (toutes les feuilles renseignées - parents et enfants)
- ☐ Photocopies des diplômes (Baccalauréat, diplôme(s) universitaire(s), Brevet National de Secourisme, attestation de formation aux premiers secours ou attestation de formation aux gestes et soins d'urgence, B.A.F.A..)
- ☐ Photocopie de la carte vitale
- ☐ 2 photos d'identité récentes (Noter nom et prénom au verso)
- ☐ Attestation d'acquiescement de la CVEC après vous être inscrit(e) et avoir réglé sur le site cvec.etudiant.gouv.fr (<http://cvec.etudiant.gouv.fr/>). Montant de la CVEC 2025-2025 : 105 €
Les étudiants en promotion professionnelle (financement employeur ou OPCO) ne sont pas concernés par la CVEC
- ☐ Les documents relatifs à la carte de self **accompagnés d'un relevé d'identité bancaire ou postal** (nécessaire pour le paiement des repas pris au self du Centre Hospitalier)
- ☐ Un chèque bancaire ou postal d'un montant de **178 €**, établi à l'ordre du **régisseur de l'IFPS**
- ☐ La fiche de renseignement dûment complétée du dossier « paiement des indemnités de stage », **accompagnée d'un relevé d'identité bancaire ou postal**
- ☐ Une attestation d'assurance couvrant les risques professionnels et la responsabilité civile des étudiants en soins infirmiers (instruction DGOS du 05 juillet 2010)
« 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 leur 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 par tiers Accidents matériels causés par tiers ; Dommages immatériels »*

NB = l'attestation de responsabilité civile doit comporter la mention « assuré lors des stages infirmiers ».

Pour les candidats inscrits via PARCOURSUP :

☐ **Attestation d'admission, téléchargeable sur le site internet : <https://www.parcoursup.fr/>**

Pour les candidats inscrits par la Formation Professionnelle Continue :

☐ **Attestation de Non inscription ou de désinscription à PARCOURSUP, téléchargeable sur le site internet : <https://www.parcoursup.fr/>**

DOSSIER MEDICAL

L'admission définitive à l'IFSI est subordonnée à la production :

- ⇒ d'un certificat établi par un médecin agréé (liste jointe) attestant que l'étudiant ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession (à fournir au plus tard le jour de la rentrée)
- ⇒ d'un certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France

1 - Avez- vous déjà été inscrit(e) à l'Université de Bretagne Occidentale ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, indiquer votre numéro étudiant :

Identifiant National Etudiant (INE) :

A indiquer obligatoirement si inscription antérieure dans l'enseignement supérieur

N° BEA si bac obtenu après 1995

2 - Etat civil : ☐ Madame ☐ Monsieur

Nom patronymique :

Prénom :

Nom usuel (marital) :

Prénom 2 :

Date de naissance :/...../..... Département ou pays : N° du département :

Ville de naissance : Arrdt : Nationalité :

2 bis - Renseignements complémentaires :

- Numéro de sécurité sociale
- Permis de conduire oui ☐ Non ☐
- Véhicule oui ☐ Non ☐

3 - Situation familiale :

☐ 1 - Seul(e) sans enfant ☐ 2 - En couple sans enfant ☐ 3 - Seul(e) avec enfant(s) ☐ 4 - En couple avec enfant(s)

Nbre d'enfant(s) :

☐ Célibataire ☐ Marié ☐ Pacsé ☐ Divorcé ☐ Veuf (Veuve)

4 - 1^{ère} inscription : (les bacheliers 2025 ne rempliront pas ce cadre)

- Dans l'enseignement supérieur français : Année :/..... Établissement :

- En université française : Année :/..... Établissement :

- à l'UBO : Année :/.....

5 - Titre d'accès à l'enseignement supérieur :

↳ Baccalauréat : Année d'obtention : Série : Mention :
Ou

Equivalence ou diplôme étranger : Année :

↳ Type d'Etablissement : ☐ Lycée ☐ Université ☐ Autre

Nom de l'Etablissement : Ville :

Département : N° Département : Pays :

5 bis - Titre d'inscription pour les professionnels de santé

☐ DE AS ☐ DE AP ☐ DE AMP / DE AES

6 - Adresses :

Adresse fixe : (ou des parents)

Code postal : Commune : Pays :

Tél :

Adresse pour l'année d'étude en cours : (si différente)

Code postal : Commune : Pays :

Tél :

Tél portable :

MAIL (Obligatoire)

7 - Situation à l'entrée en formation :

☐ 1 - En activité ☐ 2 - En recherche d'emploi ☐ 3 - En poursuite d'études

Congé formation - Promotion professionnelle (Indiquez nom établissement employeur ou organisme financeur)

.....

- Année de sortie de formation initiale :
- Dernier emploi occupé :
- Type de contrat : ☐ CDD ☐ CDI ☐ Mission d'intérim ☐ Contrat d'apprentissage ☐ Autre
☐ Contractuel de droit public ☐ Fonctionnaire
- Date de fin ou de rupture de contrat

Activités professionnelles antérieures : (emplois, même dans un autre domaine, stages ...)

Fonctions	Employeur	Durée du contrat
-	-	-
-	-	-
-	-	-
-	-	-
-	-	-

8 - Activité professionnelle des parents :

- Profession du père :
- Profession de la mère :

9 - Financement durant vos études

- ☐ Indemnités chômage - Précisez Date inscription N° identifiant France Travail :
- ☐ Bourse Conseil régional Bretagne ☐ CIF CPF Promotion professionnelle - Transition Pro
- ☐ Ressources des parents ☐ Prêt bancaire
- ☐ Salaire ☐ Autre

10 - Situation l'année précédente :

- ☐ A - Enseignement secondaire ☐ B - BTS ☐ C - IUT ☐ D - CPGE ☐ E - Ecole d'ingénieurs
☐ F - IUFM non intégré ☐ G - Enseignement par correspondance ☐ H - Université
☐ J - Ecole de management (commerce ou gestion) ☐ K - ENS-Inst catholiques
☐ P - Etab. Étranger ens. Sup. ou secondaire ☐ S - Autre établissement ou cursus
☐ T - Non scolarisé (jamais entré dans l'enseignement supérieur) ☐ U - Non scolarisé (reprise d'études) ☐ V - Prépa concours

Etablissement : Département/Pays :

11 - Contribution de Vie Etudiante et de Campus (CVEC) : Joindre l'attestation avec le OR CODE

A acquitter à l'adresse : <https://cvec.etudiant.gouv.fr/>

- ☐ CVEC Validée ☐ pas de CVEC ☐ Exonération CVEC

Les étudiants en attente de l'obtention d'une bourse régionale sur critères sociaux doivent payer la contribution et en seront remboursés une fois leur qualité de boursier acquise. Procédure de demande de remboursement en ligne en fournissant une attestation d'attribution de bourse délivrée par la Région.

Motif d'exonération CVEC

- ☐ Bourse régionale sur critères sociaux
☐ Formation continue promotion professionnelle
☐ Allocations annuelles (L.821-1 du Code de l'éducation)
☐ Réfugié(e)s
☐ Bénéficiaires de la protection subsidiaire
☐ Demandeur (se) d'asile bénéficiant du droit à se maintenir sur le territoire
☐ Déjà acquittée dans un autre établissement
☐ Etudiants en échange (Erasmus ou conventions bilatérales)
☐ Autres.....

12 - PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOM-Prénom : Lien avec l'étudiant :

☎ (portable, travail, etc) :

Adresse :

Je soussigné(e) l'étudiant(e) ou son représentant légal si mineur(e), certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus.

Si mineur(e), je soussigné(e) certifie sur l'honneur agir en qualité de représentant légal de, et l'autorise à s'inscrire et suivre la formation à l'IFPS du Centre Hospitalier des Pays de Morlaix.

A....., le

Signature de l'étudiant(e)

Ou de son représentant légal



Vous acquitter de la CVEC, une démarche obligatoire pour vous inscrire dans l'enseignement supérieur

Avant de vous inscrire dans un établissement d'enseignement supérieur, vous devez fournir une attestation d'acquiescement de la CVEC, la Contribution vie étudiante et de campus (CVEC). Comment ? Pourquoi ? On vous explique.

C'est quoi, la CVEC ?

La CVEC est la Contribution vie étudiante et de campus. La loi prévoit qu'elle est collectée par les Crous.

D'un montant de 105 € en **2025-2026**, on peut y être assujéti·e ou en être exonéré·e en fonction des cas.

- Il est possible de s'en acquiescer dès maintenant pour l'année universitaire **2025-2026**
- Nous vous conseillons de vous en acquiescer lorsque vous êtes sûr·e de votre formation pour l'année 2025/2026
- L'exonération est automatique sur le site lorsque vous avez reçu une notification d'attribution conditionnelle de bourse

Une contribution pour faire quoi, concrètement ?

Comme prévu par la loi ORE, précisée par décret, elle doit permettre de créer, consolider et renforcer différents services, dans votre établissement et le Crous de votre académie. Un autre décret en précise l'organisation, tandis qu'une circulaire détaille la nature des actions possibles.

- **Pour votre santé | Accéder plus facilement aux soins sur le campus et rénover la politique de prévention**
 - > Poursuivre le développement des centres de santé universitaires
 - > Déployer le dispositif des étudiants relais-santé (ERS)
 - > Renforcer l'action des services de santé universitaires dans le domaine de la santé sexuelle (contraception, dépistage des IST...).
- **Pour favoriser l'accompagnement social**
 - > Renforcer l'action sociale des établissements et des Crous.
- **Pour soutenir vos initiatives**
 - > Financer davantage de projets et d'associations étudiantes.
- **Pour développer la pratique sportive sur les campus**
 - > Un meilleur accès, tout au long de l'année, à des activités et des événements sportifs plus diversifiés.
- **Pour faire vivre l'art et la culture dans les établissements d'enseignement supérieur**
 - > Accès à des concerts, des expos, des manifestations culturelles et à des ateliers de pratique artistique tout au long de l'année.
- **Pour améliorer l'accueil des étudiants**
 - > Développer des actions d'accompagnement sur le campus, aménagements et installations pour améliorer le quotidien, etc.

Cette contribution est « destinée à favoriser l'accueil et l'accompagnement social, sanitaire, culturel et sportif des étudiants et à conforter les actions de prévention et d'éducation à la santé réalisées à leur intention » (article L. 841-5 du code de l'éducation).

« Art. D. 841-10. - Le produit de la contribution de vie étudiante et de campus attribué aux centres régionaux des œuvres universitaires et scolaires est affecté au financement d'actions propres à améliorer les conditions de la vie étudiante conformément aux finalités mentionnées au premier alinéa du I de l'article L. 841-5. Les centres régionaux des œuvres universitaires et scolaires veillent notamment à organiser des actions spécifiques destinées aux étudiants inscrits dans un établissement d'enseignement supérieur qui n'est pas bénéficiaire du produit de la contribution vie étudiante et de campus.

« Art. D. 841-11. - Les établissements mentionnés aux 1° et 2° de l'article D. 841-5 consacrent au minimum 30 % des montants fixés dans cet article au financement de projets portés par des associations étudiantes et aux actions sociales à destination des étudiants portées par les établissements dans les domaines énumérés au premier alinéa du I de l'article L. 841-5 et au minimum 15 % au financement de la médecine préventive. »

Une démarche obligatoire

2 cas de figure différents permettent de compléter cette démarche.

- En payant la CVEC car vous y êtes assujetti·e. Son montant est fixé à 105 € pour l'année 2025/2026
- En étant exonéré·e de la CVEC. Dans ce cas, vous ne paierez rien

Dans les deux cas, vous pourrez, à l'issue de la démarche, obtenir une attestation d'acquiescement de la CVEC.

- Vous devez fournir cette attestation à votre établissement d'enseignement supérieur.
- Notez bien que votre établissement ne pourra pas finaliser votre inscription sans cette attestation.

Si vous vous inscrivez au titre d'une même année universitaire à plusieurs formations, cette contribution n'est due que lors de la première inscription.

Où dois-je effectuer cette démarche ?

> Sur cvec.etudiant.gouv.fr | Avant votre inscription dans l'enseignement supérieur

> Les étudiants en promotion professionnelle (financement employeur ou OPCO) ne sont pas concernés par la CVEC

Concentrez-vous sur vos études, nous nous chargeons du reste.

Vous êtes étudiant en santé ?
 Pour poursuivre votre apprentissage en toute sérénité, vous devez être assuré !

MNH Responsabilité Civile Professionnelle Étudiante, c'est l'assurance qui vous couvre personnellement durant votre scolarité.

Bon à savoir



La responsabilité civile professionnelle est indispensable pour les étudiants en santé lors de leurs stages.

En complément de la garantie de votre établissement de formation elle vous permet d'être couvert en cas de dommages.





#NOUSSOMMES HOSPITALIERS

La MNH est aussi accessible aux personnes sourdes ou malentendantes.



Flasher puis renseignez le code 8857 pour une adhésion immédiate



Contactez-nous du lundi au vendredi de 9h30 à 18h



Parlez-en avec votre conseiller ou correspondant MNH présent dans votre établissement.



Protéger les professionnels de la santé et du social, tout simplement



MNH Responsabilité Civile Professionnelle Étudiante

Formez-vous en toute sérénité



RCP-PJ[®]
OFFERTES

UN NOUVEAU MONDE
S'OFFRE À TOI



Tranquiiiiiiiiiiiille,
la MACSF t'offre
ta Responsabilité Civile Professionnelle
et ta Protection Juridique.

Pour être protégé durant les stages et sécuriser tes études,
la MACSF est à tes côtés.

ÊTRE PROTÉGÉ ET DÉFENDU
EN CAS DE PLAINTE
D'UN PATIENT

Une mise en cause par un patient ?

La Responsabilité Civile Professionnelle (RCP) te protège en cas de réclamation d'un patient, dans le cadre de soins lors de tes stages mais aussi sur la voie publique. Elle est essentielle dès ton 1^{er} stage.

Nos juristes t'accompagnent en cas de réclamation amiable et si besoin tout au long de la procédure.

Nous réglons les frais et les éventuelles indemnités des dommages corporels, matériels et immatériels⁽¹⁾.



POUVOIR GÉRER
UN ÉVENTUEL CONFLIT

Un litige dans ta vie pro ou privée ?

La Protection Juridique (PJ) t'aide à faire face aux conflits de ta vie professionnelle ou privée⁽²⁾. Nos juristes t'informent et t'assistent lors de litiges t'opposant à des tiers (organismes de formation, administration, bailleurs, voisins, etc.). Nous remboursons les frais et honoraires en phase contentieuse⁽³⁾.

C'est offert !

On te protège gratuitement pendant la durée de tes études. Ensuite, c'est toi qui décides. Pourquoi ? Parce que la MACSF est un groupe mutualiste qui promeut l'entraide entre ses sociétaires. Nous avons choisi de rattacher le même contrat que les professionnels de santé par solidarité entre générations.

EXEMPLE : tu reçois une patiente sans savoir qu'elle est en convalescence après une opération, la prothèse de hanche nouvellement installée se laxe. La patiente n'aurait pas dû être levée, elle l'attaque en justice. Avec la RCP-PJ, la MACSF te défend et te couvre à hauteur de 8 millions d'euros en cas de dommages corporels⁽⁴⁾.

SOUSCRIS TON ASSURANCE :

RESPONSABILITÉ CIVILE
PROFESSIONNELLE -
PROTECTION JURIDIQUE
OFFERTES⁽²⁾

ET TENTE DE GAGNER :

50 x 100 €⁽⁵⁾

en souscrivant ici :



ET REÇOIS TON ATTESTATION IMMÉDIATEMENT

(1) Le règlement du jeu est accessible à partir du site : <https://www.macsf.fr/Landing-Pages/lp-documents> et peut être adressé, à titre gratuit, à toute personne qui en fait la demande écrite pendant la durée du jeu à l'adresse suivante : MACSF - Direction Marketing Digital - 10 cours du Triangle de l'Arche - TSA 40100 - 92919 La Defense Cedex. (2) Pendant tes études, hors internes et docteurs juniors, hors remplacements. (3) Dans la limite de 8 millions d'euros par sinistre et 15 millions d'euros par année d'assurance. (4) Des lors que le montant en jeu dépasse 510 € (valeur au 01/03/2024). (5) Hors litiges matrimoniaux. (6) En application d'un barème dont les montants cumulables entre eux varient selon les procédures engagées. (7) Tarif (hors cotisation association ALAP) valable sur un contrat MACSF Générique jusqu'au 31/12/2025, sous réserve d'évolution des taxes, pour un étudiant en médecine ou chirurgie dentaire de moins de 41 ans et de moins de 31 ans pour les autres études médicales. Pour les étudiants (hors cursus santé), tarif valable jusqu'à 28 ans. (8) Offre valable pour les étudiants, internes et docteurs juniors sans condition d'âge pour un appartement ou une maison jusqu'à 2 pièces principales en cas de location et de 2 à 6 pièces principales en cas de colocation. Contenu de l'habitation jusqu'à 8 000 € en incendie et 4 000 € en vol. Pour cette offre, une pièce de 30 m² compte pour deux pièces. (9) Offre sous réserve d'acceptation par MACSF financement, MACSF Assurances et MACSF prévoyance. Vous disposez d'un délai de rétractation de 14 jours suivant la signature de votre contrat de financement. Avec Club Auto MACSF clubauto-macsf.com, 0 805 051 006, service et appel gratuits.





Centre Hospitalier
des Pays de Morlaix

D.A.L.T.

AI/NJ-2024/004

UTILISATION de la CARTE NOMINATIVE du RESTAURANT DU PERSONNEL

Note à l'attention des agents contractuels, des élèves et des stagiaires.

L'attention des agents contractuels, des élèves des écoles, ainsi que des stagiaires, est attirée sur l'utilisation de la carte magnétique nominative d'accès au self, remise à leur demande, lors de leur arrivée dans l'établissement.

Cette carte faisant office de carte de crédit pour l'accès au restaurant du personnel ou aux distributeurs, les précautions d'usage en matière de sécurité s'imposent.

Par ailleurs, il est rappelé que cette carte doit être restituée à la fin du contrat ou de la formation, des horaires d'ouverture des bureaux de la Direction des Achats, de la Logistique et des Travaux (boîte aux lettres près du bureau de la permanence), et ce, pour des raisons tarifaires et de sécurité.

Une attention particulière devra être apportée au bon état de la carte, notamment au niveau de la bande de lecture, afin d'éviter des problèmes de passage en caisse. D'autre part, il est conseillé de ne pas approcher le badge d'une source magnétique ou électro-magnétique (téléphone portable et aimant).

Une carte devenue inutilisable car détériorée, ou une carte perdue, sera facturée par débit du compte bancaire lors du renouvellement de celle-ci.

Une nouvelle délivrance de badge coûtera 4.94 euros* (tarif des activités annexes fixé par le Conseil de Surveillance publié chaque année).

Comptant sur votre collaboration.

Fait à Morlaix, le 24 janvier 2024

La Directrice Adjointe

Emmanuelle DUIGOU

✂

Direction des Approvisionnements,
de la Logistique et des Travaux

RESTITUTION DES CARTES NOMINATIVES D'ACCES AU SELF

ENGAGEMENT sur l'HONNEUR

Je soussigné(e) m'engage à restituer ma carte nominative de self en fin de contrat ou de formation, au Centre Hospitalier des Pays de MORLAIX (permanence des cartes de self à la Direction des Achats, de la Logistique et des Travaux).

Aucune réclamation ne serait recevable par le Centre Hospitalier des Pays de Morlaix, tant en ce qui concerne les sommes engagées et directement prélevées sur mon compte bancaire, postal ou de caisse d'épargne, ou pouvant être réclamées ultérieurement par le Trésor Public, dans le cas où la carte serait utilisée à mon insu ou que les modalités décrites dans la note n'aient pas été respectées.

A MORLAIX, le :

Signature :

4. K-MPLIK

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le Centre Hospitalier des Pays de Morlaix par l'intermédiaire de la TRESORERIE MORLAIX MUNICIPALE comptable assignataire à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et vous autorisez votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la TRESORERIE MORLAIX MUNICIPALE. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Nom, prénom et adresse du titulaire du compte à débiter 	Désignation du créancier Centre Hospitalier Des Pays De Morlaix B.P. 97237 29672 MORLAIX CEDEX Identifiant créancier SEPA : FR52ZZZ293857
--	---

Identification Internationale (IBAN) :

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

Type de prélèvement : Récurrent

Morlaix, le
Signature

Rappel : En signant ce mandat, j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par le Centre Hospitalier des Pays de Morlaix par l'intermédiaire de la TRESORERIE MORLAIX MUNICIPALE comptable assignataire. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrais en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai alors le différend directement à la Trésorerie Morlaix Municipale comptable assignataire du Centre Hospitalier des Pays de Morlaix.

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Abstract

(exemplaire à conserver par l'agent après obtention de sa carte de self)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le Centre Hospitalier des Pays de Morlaix par l'intermédiaire de la TRESORERIE MORLAIX MUNICIPALE comptable assignataire à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et vous autorisez votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la TRESORERIE MORLAIX MUNICIPALE.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Norm, prénom et adresse du Titulaire du compte à débiter 	Désignation du créancier Centre Hospitalier Des Pays De Morlaix B.P. 97237 29672 MORLAIX CEDEX Identifiant créancier SEPA : FR52ZZZ293857
---	---

Identification Internationale (IBAN) :

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	---

Type de prélèvement : Récurrent

Morlaix, le
Signature

Rappel : En signant ce mandat, j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par le Centre Hospitalier des Pays de Morlaix par l'intermédiaire de la **TRESORERIE MORLAIX MUNICIPALE** comptable assignataire. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrais en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai alors le différend directement à la Trésorerie Morlaix Municipale assignataire du Centre Hospitalier des Pays de Morlaix.

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

FICHE DE RENSEIGNEMENTS
ÉTUDIANTS EN SOINS INFIRMIERS
DOSSIER PAIEMENT DES INDEMNITÉS DE STAGE

NOM :

NOM MARITAL :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

LIEU DE NAISSANCE :

DÉPARTEMENT :

ADRESSE FIXE (ou celle des parents) :

ADRESSE DURANT L'ANNÉE DE FORMATION (si différente) :

SITUATION DE FAMILLE :

- ☐ Célibataire
- ☐ Marié(e)
- ☐ Concubinage
- ☐ Divorcé(e)
- ☐ Veuf(ve)

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE DE L'ÉTUDIANT(E)

/ / / / / /

SEREZ-VOUS INDEMNISÉ(E) PAR LE PÔLE EMPLOI ?

☐

OUI

☐

NON

AVEZ-VOUS DÉJÀ TRAVAILLÉ AU CENTRE HOSPITALIER DES PAYS DE MORLAIX ?

☐

OUI

☐

NON

 **Joindre un RIB**

ATTENTION

En cas de changement d'adresse ou de compte bancaire en cours de formation, il est important de nous le signaler sans délai

CERTIFICAT MEDICAL

Etabli par un médecin agréé
En vue de l'admission dans un Institut de Formation en Soins Infirmiers

Je soussigné, Docteur _____

Médecin agréé par la Préfecture du département _____

Exerçant à _____

Atteste que Mme, Melle, Mr _____

Né(e) le _____ à _____

Demeurant à _____

ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession d'infirmier(ère).

Fait à _____

Le _____

Signature et cachet du médecin



PRÉFET DU FINISTÈRE

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Date de mise à jour : 23 mai 2025

LISTE DES MEDECINS GENERALISTES AGREES POUR L'EXAMEN DES AGENTS DE LA FONCTION PUBLIQUE

Arrondissement de BREST :

M. le Docteur PONDAVEN François – 5 place de la Liberté – 29200 BREST	02 98 43 18 09
M. le Docteur HENRY Pierre – 9 place Jack London – 29200 BREST	02 98 05 02 04
M. le Docteur CONAN Pierre-Yves - 1, rue Paul Pochard - 29200 BREST	02 98 05 25 41
M. le Docteur FURET Eric - 2, rue Colbert - 29200 BREST	02 98 43 03 38
M. le Docteur MAILLOUX Florent - 165, rue Jean Jaurès - 29200 BREST	02 98 44 63 25
Mme le Docteur MATHILIN Nathalie – 42 venelle du Petit Cosquer – 29480 LE RELECQ KERHUON	02 98 03 39 02
M. le Docteur GALLOT-LAVALLEE Olivier – 2, place de l'Eglise Saint-Houardon - 29800 LANDERNEAU	02 98 85 13 89
M. le Docteur ABILIOU Vincent – 2 rue Albert Louppe – 29200 BREST	02 98 02 78 12
M. le Docteur LE HIR Alain – 2 rue Anatole Le Braz – 29860 PLABENNEC	02 98 40 42 57
Mme le Docteur KAPRY Marianne – 50 rue Raymond Leaustic – 29200 BREST	02 98 02 01 00
M. le Docteur PIRIOU Gérard – Hôtel de police 15 rue Colbert – 29200 BREST	02 21 09 53 94

Arrondissement de MORLAIX :

Mme le Docteur KERDUDO Sara - 6, rue Foch - 29660 CARANTEC	02 98 67 04 36
M. le Docteur LE RESTE Jean-Yves – 06 place de l'Eglise - 29620 LANMEUR	02 98 67 51 03
M. le Docteur LE VERGE Joseph – 74 rue de Brest – 29600 MORLAIX CEDEX	06 81 22 01 28
M. le Docteur BOURHIS Antoine – 2, Route de Paris – 29600 MORLAIX	02 98 63 32 45
M. le Docteur REUNGOAT Jean-Yves – 29670 TAULE (médecin cdg29)	

Arrondissement de QUIMPER :

Mme le Docteur HERRY Chloé – 6 rue du Pr Legendre – 29900 CONCARNEAU	07 81 17 17 04
M. le Docteur LEBRUN Hervé - 7, rue de Kéranguen - 29360 CLOHARS CARNOET	02 98 71 52 90
M. le Docteur PRIMAULT Stéphane - 12, rue Per Jakes Helias - 29500 ERGUE-GABERIC	02 98 90 74 93
M. le Docteur LOUBOUTIN Jean-Paul - 27, avenue de la France Libre - 29000 QUIMPER	02 98 95 32 75
M. le Docteur GUAYS Yann – 27, Avenue de la France Libre – 29000 QUIMPER	02 98 95 32 75
Mme le Docteur VIAGGI Marie – 32 rue de Lehan – 29730 TREFFLAGAT	06 76 83 73 13
M. le Docteur OUTY Pascal – 7 boulevard du Finistère – 29000 QUIMPER (médecin cdg29)	
M. le Docteur BLONDEL Philippe – 3 rue Kerneveleck – 29170 FOUESNANT	02 98 51 69 69
M. le Docteur SQUIBAN Jacques – 29000 QUIMPER (médecin cdg29)	

**ATTESTATION MEDICALE D'IMMUNISATION ET DE
 VACCINATIONS OBLIGATOIRES**
 des personnes mentionnées à l'article L3111-4 du code de la santé publique

Je, soussigné(e) Docteur
 Certifie que : Nom de naissance Nom d'usage
 Prénom : Né(e) le/...../.....

En formation de :

Est immunisé(e) :

• Contre la DIPHTERIE, le TETANOS et la POLIOMYELITIS :

Dernier rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N° lot

• Contre l'HEPATITE B, selon les conditions définies au verso, il/elle est considéré(e) comme : (rayer les mentions inutiles)

- Immunisé(e) contre l'HEPATITE B :	oui	non
- Non répondeur (se) à la vaccination (après l'administration de 6 doses) :	oui	non
- Nécessitant un avis spécialisé	oui	non

• Par le BCG* ☐ OUI ☐ NON

Nom du vaccin intradermique ou Monovax®	Date du vaccin	N° lot

*Un arrêté du 27 février 2019 a **suspendu** l'obligation de vaccination par le BCG.

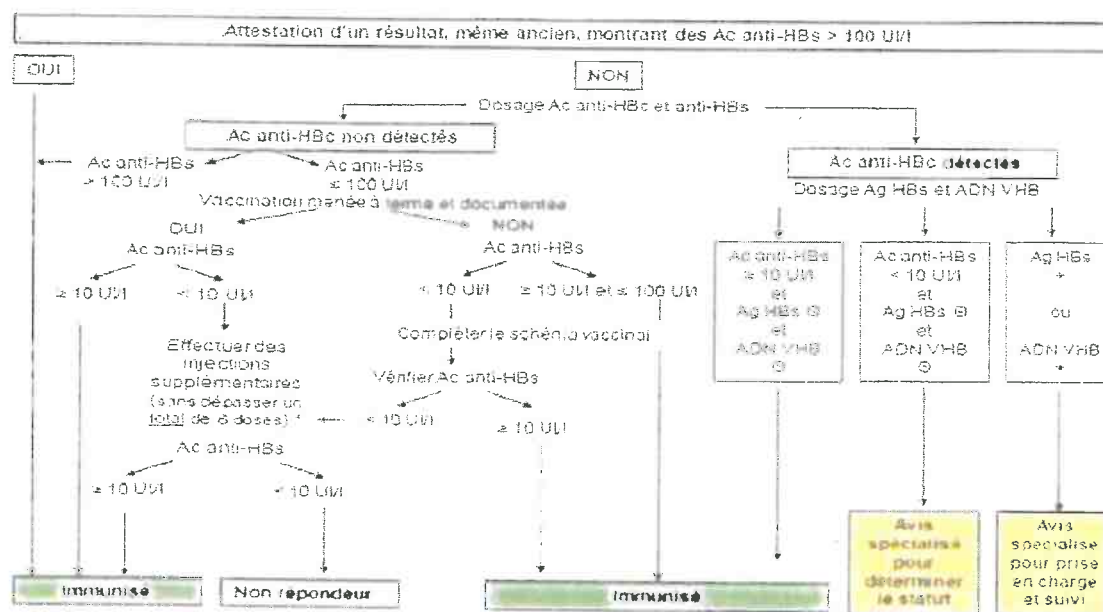
IDR à la tuberculine*	Date	Résultat (en mm)

*L'IDR de référence est **obligatoire** : Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiniques.

SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN

Nota bene : Selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour les étudiants et professionnels de santé, il est par ailleurs recommandé d'être immunisé contre **la COVID-19, la coqueluche, la rougeole, la rubéole et les oreillons (ROR), la varicelle et la grippe saisonnière**, ainsi que contre l'hépatite A pour les personnes s'occupant d'enfants n'ayant pas atteint l'âge de la propreté (par exemple personnels des crèches, assistants maternels...) et – des structures collectives d'accueil pour personnes handicapées.

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



* Sauf cas particulier voir 4^e de l'annexe 2 de l'arrêté

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

Textes de référence

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