

## CONFIRMATION D'INSCRIPTION A LA FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

Je soussigné(e) : .....

Demeurant : .....

Téléphone fixe:.....

Téléphone portable : .....

Email : .....

**IFSI**  
Institut de Formation  
en Soins Infirmiers

**IFAS**  
Institut de Formation  
d'Aides-Soignants

**CENTRE DE RESSOURCES  
ET D'ACCOMPAGNEMENT  
PÉDAGOGIQUE, D'ÉTUDES  
ET DE RECHERCHE**

- Accepte mon affectation d'inscription à la formation en soins infirmiers
- J'ai pris connaissance du montant annuel des frais de scolarité pour l'année scolaire 2025/2026 ; soit 1 800 € (*frais de surveillance médicale et vaccinale inclus*)
- 8000 € en tarif employeur ou OPCO (*joindre une attestation de prise en charge complète*)

Merci de retourner ce document complété et accompagné des pièces suivantes :

- Avant le **18 juillet 2025 à 12h00** pour les candidats ayant accepté définitivement une proposition d'admission entre le 2 juin 2025 et le 10 juillet 2025 inclus.
- Avant le **22 août 2025 à 12h00** pour les candidats ayant accepté définitivement une proposition d'admission entre le 11 juillet 2025 et le 17 août 2025 inclus.

- Chèque des droits d'inscription universitaire de 175 € à l'ordre de Santélyls
- Chèque d'acompte des frais de scolarité de 300 € à l'ordre de Santélyls qui sera débité à la rentrée effective (sauf pour les prises en charge employeur)
- Copie couleur de votre pièce d'identité recto/verso en cours de validité
- Attestation d'assurance scolaire 2025-2026 (*se référer auprès de votre assurance habitation*)
- Engagement financier, ci-joint, complété et signé

➤ **En complément pour les candidats étrangers :**

- Attestation B2 de langue française

*Le dossier administratif d'inscription vous sera envoyé dès réception de votre confirmation d'inscription par email*

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature du Candidat :

**▲ La fiche sanitaire, ci-jointe, est à faire compléter par votre médecin traitant et à conserver jusqu'à la rentrée**

Admission I.F.S.I. – 2025

**ACTE D'ENGAGEMENT FINANCIER**

**Promotion 2025 - 2028**  
**1<sup>ère</sup> année en soins infirmiers**

Je soussigné(e) :

Nom Prénoms :  
Nom Marital... :  
Prénom(s)... :  
Date de naissance... :  
Lieu de naissance... :  
Adresse... :

Téléphone... :

**Certifie avoir pris connaissance du montant des frais de scolarité de l'année universitaire 2025 – 2028 et m'engage à les régler de la façon suivante (cocher devant le mode de règlement et calendrier retenus) :**

- Par chèque bancaire ou postal (à l'ordre de Santelys)  
 Par prélèvement (autorisation de prélèvement, ci-jointe en annexe, à compléter)

- Règlements trimestriels\*  
 Règlements mensuels\*  
(\*merci de fournir l'ensemble des chèques pour l'année)

FRAIS DE SCOLARITE	Coût de la formation ... 6800€ Participation de la Région.... -5000€ Dédution de l'acompte réglé à la rentrée .... -300€ <b>Frais à votre charge... 1500€</b> (10 mois de formation)	Dates de règlements
Règlements trimestriels		
- 1 <sup>er</sup> règlement	500 €	15/10/25
- 2 <sup>e</sup> règlement	500 €	15/01/26
- 3 <sup>e</sup> règlement	500 €	15/05/26
Règlements mensuels		
- 1 <sup>er</sup> règlement	187.50 €	15/10/25
- 2 <sup>e</sup> règlement	187.50 €	15/11/25
- 3 <sup>e</sup> règlement	187.50 €	15/12/25
- 4 <sup>e</sup> règlement	187.50 €	15/01/26
- 5 <sup>e</sup> règlement	187.50 €	15/02/26
- 6 <sup>e</sup> règlement	187.50 €	15/03/26
- 7 <sup>e</sup> règlement	187.50 €	15/04/26
- 8 <sup>e</sup> règlement	187.50 €	15/05/26

**En cas de départ anticipé de ma part, je m'engage à régler, dans leur intégralité, les frais de scolarité.  
En cas d'interruption de formation de plus d'un an, le coût réel de la formation de 6800 € sera à votre charge (plus de participation de la Région)**

Fait à..... le.....

Signatures :

Etudiant(e) :

Parents :

ANNEXE

<b>Mandat de prélèvement</b> 	<small>En signant ce formulaire de mandat, vous suivez l'article 1662 (A)</small> <b>SANTELYS FORMATION</b> À envoyer : ces instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de <b>SANTELYS FORMATION</b> Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 2 mois suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.	
Référence unique du mandat : <input type="checkbox"/>	Identifiant créancier SEPA : <b>FR 30ZZZ448095</b>	
Débiteur :	Créancier :	
Votre Nom	<b>SANTELYS</b>	
Votre Adresse	<b>351, Rue Ambroise Paré</b>	
Code postal	<b>59120</b>	<b>LOOS</b>
Pays	<b>France</b>	
IBAN	<input type="checkbox"/>	
BIC	<input type="checkbox"/>	Paiement : <input checked="" type="checkbox"/> Récurrent/Répétitif <input type="checkbox"/> Ponctuel
A :	Le : <input type="checkbox"/>	
<b>Signature :</b>	<small>Notes : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Veuillez compléter tous les champs du mandat.</small>	

Merci de bien vouloir joindre un Relevé d'Identité Bancaire (R.I.B), Postal (R.I.P) ou de Caisse d'Epargne (R.I.C.E).

**NOM DE L'ETUDIANT :** \_\_\_\_\_ **PRENOM :** \_\_\_\_\_

NOM

PRENOM

Date de naissance

**A faire remplir par le médecin traitant**

### VACCINATIONS OBLIGATOIRES

(Code de la santé publique : Articles R.3112-1, R.3112-2 et L.3111-4 et Arrêté du 2 août 2013 – bulletin officiel, Décret du 1er mars 2019 (BCG ne sera plus exigé lors de la formation ou de l'embauche dès le 1er avril 2019).

TYPES DE VACCINATIONS	NOM VACCIN	DATES	CACHET SIGNATURE
<b>TUBERTEST (obligatoire)</b> (de moins de 6 mois au jour de la rentrée)	Lecture ( <b>en mm obligatoire</b> )	.....	
<b>DIPHTERIE - TETANOS - POLIO</b>	rappel à 6 ans : .....	: .....	
<b>COQUELUCHE</b>	rappel à 11-13 ans : .....	: .....	
<b>(obligatoire)</b>	rappel à 25 ans : .....	: .....	
<b>HEPATITE VIRALE B</b>	1 <sup>ère</sup> injection : .....	: .....	
<b>(3 injections obligatoires)</b>	2 <sup>ème</sup> injection : .....	: .....	
<b>M0 – M1 – M6</b>	3 <sup>ème</sup> injection : .....	: .....	
<b>PAS DE SCHEMA ACCELERE</b>			
<b>Sérologie OBLIGATOIRE : Ac anti HBs</b> Ac anti HBc et Ag HBs 2 mois après la 3 <sup>ème</sup> injection	date : .....		
	<b>Ac anti HBs</b>	<b>Ac anti HBc</b>	<b>Ag HBs</b>
<b>ROUGEOLE-OREILLONS-RUBEOLE</b> (2 doses si naissance après 1980 sinon au moins 1 injection)	1 <sup>ère</sup> injection : .....		
<b>(recommandé)</b>	2 <sup>ème</sup> injection : .....		

### CADRE RESERVE AU MEDECIN AGREE

Je, soussignée, Docteur médecin agréée,  
atteste que l'étudiant(e) susnommé(e) ne présente pas de contre-indication physique ou psychologique,  
actuellement, à l'exercice de la profession.

DATE

SIGNATURE et CACHET