|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Institut de Formation en Puériculture / Filière diplôme d’Etat de puéricultrice** | **T1N12-3-1**  **Version 1 2024**  **Validé par AD** |
| CHECK LISTE : RENTREE 2025  **RETOUR DU DOSSIER D’INSCRIPTION** |

Mis à jour le : 30/06/2025

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOM : Prénom :**  **Nom d’usage :** | | |
| **A cocher par le candidat** | **Documents à fournir avant le 15 août 2025** | Cadre réservé à l’IFP |
| **🞏** | **CHECK LISTE**  ci-présente |  |
| **🞏** | **FICHE DE RENSEIGNEMENTS** complétée et signée |  |
| **🞏** | **DOSSIER APPRENANT Région Grand Est** (Fiches 1 et 2 – Fiche 3)  Fiche de renseignements Apprenant 🞏  Attestation sur l’honneur 🞏  Attestation FRANCE EMPLOI 🞏 (si demandeur d’emploi) |  |
| **🞏** | **ATTESTATION PRISE EN CHARGE INDIVIDUELLE** (si autofinancement ou partielle) |  |
| **🞏** | **PRISE EN CHARGE PAR L’EMPLOYEUR** (justificatif) |  |
| **🞏** | **CPF** Compte Personnel de Formation : attestation de paiement si mobilisation CPF : délai de mobilisation **jusqu’au 8/08/2025** |  |
| **🞏** | **DIPLOME D’ETAT INFIRMIER** ou **ATTESTATION PROVISOIRE DE REUSSITE** |  |
| **🞏** | **CERTIFICAT DE SCOLARITE 2024/2025**  (si poursuite d’études) |  |
| **🞏** | **PIECE D’IDENTITE** **en cours de validité** -> copie lisible **Recto/Verso sur 1 page uniquement** |  |
| **🞏** | **CVEC** Contribution à la vie étudiante et du campus (attestation de paiement) |  |
| **🞏** | **CERTIFICAT MEDICAL à envoyer à l’IFP** |  |
| **🞏** | **ATTESTATION D’ASSURANCE** couvrant **responsabilité civile, mentionnant explicitement la couverture des stages et des trajets (document obligatoire)** |  |
| **🞏** | **1 PHOTO D’IDENTITE** (Nom prénom) |  |
| **🞏** | **DOSSIER MEDICAL -> à transmettre par mail à** [**SSTEcoles@chru-strasbourg.fr**](mailto:SSTEcoles@chru-strasbourg.fr) **avant le 15/08/2025** |  |
| **🞏** | **ATTESTATION DE DROITS A L’ASSURANCE MALADIE valable du 2/09 au 28/08/2026 ->** remise le jourde la rentrée |  |
| **🞏** | **ATTESTATION INSCRIPTION ORDRE NATIONAL DES INFIRMIERS (ONI)**  **->** remise avant début du 1er stage |  |
| **Signature du candidat :** | |  |
| **Cadre réservé à l’IFP** | | |
| Dossier vérifié par Nathalie Heintz | | |