

DOSSIER D'INSCRIPTION  
FORMATION EN SOINS INFIRMIERS  
RENTREE 2025

**PRE-RENTREE**

(DEMI JOURNÉE SELON CONVOCATION):

**JEUDI 28 AOUT 2025  
OU  
VENDREDI 29 AOUT 2025**

**RENTREE :**

**LUNDI 1<sup>ER</sup> SEPTEMBRE 2025 à 9H00**

HORAIRES DE PERMANENCE DU SECRETARIAT POUR LE DEPOT DU DOSSIER :

- LUNDI ET JEUDI DE 9H30 A 12H30
- MARDI ET VENDREDI DE 13H30 A 16H30

L'inscription administrative est la dernière étape à effectuer avant votre entrée dans l'enseignement supérieur. Chaque établissement a ses propres modalités d'inscription, mais les dates d'inscription dans toutes les formations respectent les principes suivants : *(article 17 de l'arrêté du 05 février 2025)*

- Si vous avez accepté définitivement une proposition d'admission **entre le 2 juin et le 10 juillet 2025**, inscrivez-vous avant le **18 juillet 2025 à douze heures (heure de Paris)** ;
- Si vous avez accepté définitivement une proposition d'admission **entre le 11 juillet et le 17 août 2025**, inscrivez-vous avant **le 22 août 2025 à douze heures (heure de Paris)** ;
- Pour toute proposition d'admission acceptée **à partir du 18 août 2025**, l'inscription administrative se fait dans les plus brefs délais après l'acceptation.

**Attention, si vous ne respectez pas le délai d'inscription fixé par la formation, vous risquez de perdre votre place qui sera proposée à un autre candidat.**

## **INFORMATIONS SUR LES DONNEES ADMINISTRATIVES VOUS CONCERNANT**

L'IFSI DU GHEF - Site de Marne la Vallée traite vos données personnelles pour l'accomplissement de ses missions : Gestion des dossiers de candidatures à la formation, gestion des dossiers administratifs et pédagogiques, suivi des cursus de stages, de la sélection jusqu'à la fin de la formation. Les bases légales de ces traitements sont l'exécution d'une mission d'intérêt public ou le respect d'obligations légales. Les données sont conservées pendant le temps de votre cursus et sont archivées conformément aux dispositions réglementaires.

Vos données sont transmises aux personnels administratifs et formateurs ainsi qu'aux organismes extérieurs participant à la prise en charge des formations et autorités de tutelle. A titre d'exemple, l'IFSI du GHEF- Site de Marne la Vallée peut partager des informations relatives à votre dossier avec la Région ILE DE France, si ces informations sont nécessaires à la coordination et au suivi de votre parcours de formation.

Certaines données personnelles doivent obligatoirement être fournies pour permettre votre inscription et la gestion de votre dossier. Le refus de fournir ces données pourrait entraîner l'impossibilité de vous inscrire ou de vous fournir certains services.

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) n° 2016/679 du 27 avril 2016, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, d'effacement de vos données et de limitation des traitements effectués. Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant au secrétariat de l'institut : [ifsighef.mlv@ghef.fr](mailto:ifsighef.mlv@ghef.fr)

Aucun transfert de vos données personnelles en dehors de l'Union Européenne n'est effectué.

Si vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à l'autorité de contrôle compétente (en France, la CNIL) : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL)

INSTITUTS DE FORMATIONS PARAMÉDICALES  
Site de Marne-la-Vallée

N°

Photo  
d'identité  
récente  
à coller

**DOSSIER D'INSCRIPTION**  
**DATE DE RENTRÉE :**  
**le 01 SEPTEMBRE 2025 A 09 H 00**

Interruption de  
formation :

Reprise possible :

Bénéfice sélection :

Cadre réservé à l'administration

- Conseil Régional IDF    Promotion Professionnelle    Transition Pro    Autofinancement  
 CPF    Autre :

Types de sélection d'entrée :  Parcoursup    FPC (Formation Professionnelle Continue)

**Merci de remplir ce document le plus lisiblement possible et en majuscules**

Mme

M.

NOM de naissance

Prénom

NOM D'USAGE (nom d'épouse, double nom...)

Autres prénoms (dans l'ordre de ceux inscrits sur la carte  
d'identité)

Date de naissance

Lieu de naissance

Département de naissance (n°)

Nationalité

Téléphone portable

Téléphone fixe

E-mail personnel

E-mail IFSI : **nom.prénomifsimlv@gmail.com**

(l'écrire en majuscule pour éviter les erreurs d'interprétation)

(Veuillez- vous créer une adresse IFSI sous la forme indiquée)

Adresse familiale

Adresse pendant les études (si non connue actuellement, merci de la donner lors de la rentrée)

**MOYEN DE TRANSPORT**

Titulaire du Permis B

OUI

NON

Moyen de transport utilisé pendant la formation :

Véhicule Personnel

Transport en commun

**INSTITUTS DE FORMATIONS PARAMEDICALES**  
**Site de Marne-la-Vallée**

**SITUATION FAMILIALE**

Célibataire     Marié(e)     Concubin(e)     Pacsé(e)     Divorcé(e)     Veuf(ve)

Nombre d'enfants : ..... Leur âge : ...../...../.....

**SITUATION SOCIALE**

Numéro de Sécurité Sociale : \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_

Activité professionnelle au moment de votre entrée en formation .....

Type Sécurité sociale :  CPAM     SNCF     CMU     Autre (préciser) \_ \_ \_ \_ \_

**SITUATION SCOLAIRE ET PROFESSIONNELLE**

Niveau d'études : (si terminale, indiquez la série) : .....

Baccalauréat Série : ..... Année d'obtention : .....

Autre Diplôme(s) obtenu(s) : ..... Année d'obtention : .....

..... Année d'obtention : .....

Avez-vous déjà suivi une formation en IFSI :     OUI     NON

Si oui, dans quel IFSI :    Promotion :

**CODE INE** (ou INA) inscrit sur votre relevé de notes du BAC

(Numéro à 10 chiffres et une lettre)...

**ACTIVITES PROFESSIONNELLES ANTERIEURES**

DATE	PROFESSION	STRUCTURE
.....	.....	.....
.....	.....	.....

Avez-vous déjà bénéficié d'un aménagement dans le cadre d'une formation  
et/ou passation des examens ou toute autre épreuve d'évaluation    oui  non

Souhaitez-vous un aménagement en lien avec un handicap?    oui  non

[/htahri@ghef.fr](mailto:htahri@ghef.fr) / [ifsighef.mlv@ghef.fr](mailto:ifsighef.mlv@ghef.fr)



**PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE**

**Personne 1 :**

NOM : ..... Prénom : .....

Lien de parenté : .....

Téléphone : .....

**Personne 2 :**

NOM : ..... Prénom : .....

Lien de parenté : .....

Téléphone : .....

<p align="center"><b>FICHE CONSTITUTION DU DOSSIER</b></p> <p align="center"><b>A JOINDRE POUR CONTROLE DES DOCUMENTS</b></p> <p align="center"><i>(L'admission définitive des candidats est subordonnée à la production obligatoire des documents suivants)</i></p>	<p align="center">Cadre réservé à l'IFSI</p>
<p>Droits universitaires pour l'année 2025-2026, fixé chaque année par arrêté du Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation dont le montant à régler est de <b>178 euros</b> (cf. page 9) .</p>	<p align="center">CHEQUE VIREMENT</p>
<p>Droits d'inscription pour les autres étudiants dits « extra-communautaires » d'un montant de <b>2895 €</b> par année (arrêté du 19 avril 2019 : <a href="https://www.campusfrance.org/fr/cout-etudes-superieures-france-frais-inscription">https://www.campusfrance.org/fr/cout-etudes-superieures-france-frais-inscription</a> )</p>	<p align="center"><input type="checkbox"/></p>
<p>Copie de votre pièce d'identité recto / verso de la carte d'identité nationale ou du passeport ou du titre de séjour pour les ressortissants hors Union Européenne <b>en cours de validité</b></p>	<p align="center"><input type="checkbox"/></p>
<p>Photocopie diplôme du Bac ou Titre admis en dispense du baccalauréat ou Titre homologué au minimum au niveau IV ou diplôme d'Accès aux Etudes Universitaires ou diplôme d'Accès aux Etudes Universitaires</p>	<p align="center"><input type="checkbox"/></p>
<p>Pour les <b>élèves de terminale uniquement</b> dans l'attente du diplôme : Relevé de notes du BAC <b>obligatoire</b></p>	<p align="center"><input type="checkbox"/></p>
<p>L'attestation « CVEC » contenant un QR code (cf. page 12)</p>	<p align="center"><input type="checkbox"/></p>
<p>L'attestation de prise en charge employeur ou de l'OPCO <b>pour les personnes financées uniquement</b> (promotion professionnelle, Transitions pro, Uniformation, ANFH...)</p>	<p align="center"><input type="checkbox"/></p>
<p>La notification France Travail avec votre n° d'identifiant, si vous êtes demandeur d'emploi inscrit à France Travail ainsi qu'une attestation sur l'honneur précisant que vous ne travaillez pas plus de 78h par mois.</p>	<p align="center"><input type="checkbox"/></p>
<p><b>Certificat médical</b> datant de moins de 3 mois établi par un <b>médecin agréé par l'ARS</b> dont vous trouverez les coordonnées sur le site <u>Agence Régionale de Santé de votre région</u> voire d'une autre région. <b>(A produire au plus tard le premier jour de la rentrée)</b></p> <p><b>Certificat médical de vaccinations</b> <b>(A produire au plus tard le jour de la première entrée en stage)</b> <i>Article 91 de l'arrêté du 21 avril 2007 modifié</i></p> <p align="center"><b><u>Voir dossier médical joint au dossier d'inscription</u></b></p>	<p align="center"><input type="checkbox"/></p> <p align="center"><input type="checkbox"/></p>

Une attestation d'assurance <b>responsabilité civile</b> (cf. page 13)	<input type="checkbox"/>
Copie du livret de famille pour les <b>femmes avec un ou plusieurs enfants à charge</b>	<input type="checkbox"/>
Attestation de droits à l'assurance maladie <u>en cours de validité au nom de l'étudiant</u> . A télécharger sur <a href="http://www.ameli.fr">www.ameli.fr</a> ( <b>pas de photocopie de la carte vitale</b> )	<input type="checkbox"/>
2 photos d'identité (format 35x45mm) <b>avec au dos votre nom et prénom (dont 1 photo à coller sur la 1re page du dossier d'inscription)</b>	<input type="checkbox"/>
Certificat de <u>participation à la Journée Défense et Citoyenneté</u> (JDC) anciennement (JAPD) pour les personnes nées après 1998.	<input type="checkbox"/>
RIB ou RIP d'un compte courant <b>au nom de l'étudiant téléchargé</b> sur le site de la banque ( <b>pas de RIB compte épargne</b> )	<input type="checkbox"/>
Fiche de renseignements financement dûment complétée (cf. pages 7/8)	<input type="checkbox"/>
Fiche « Information pour les stages » dûment complétée	<input type="checkbox"/>
1 enveloppe longue, libellée à votre NOM Prénom et adresse + 1 timbre	<input type="checkbox"/>
1 grande enveloppe KRAFT format A4 souple, libellée à votre NOM Prénom et adresse (pas d'enveloppe à bulles) + 4 timbres	<input type="checkbox"/>
<b>Inscription DRH : Procédure DIGIHOSP à effectuer dans les meilleurs délais (cf. procédure ci-jointe)</b>	
<b>PIECES COMPLEMENTAIRES</b> <b>A FOURNIR OBLIGATOIREMENT PAR LES CANDIDATS ETRANGERS</b>	<b>Cadre réservé à l'IFSI</b>
Traduction en français des diplômes obtenus	<input type="checkbox"/>
Niveau de langues française B2	<input type="checkbox"/>
Document de reconnaissance de diplômes de l'ENIC-NARIC : <a href="https://www.ciep.fr/enic-naric-page/reconnaissance-diplome-etranger-documents-delivres">https://www.ciep.fr/enic-naric-page/reconnaissance-diplome-etranger-documents-delivres</a>	<input type="checkbox"/>

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**  
**FINANCEMENT DE LA FORMATION**  
**ET AIDES FINANCIERES :**  
**(Veuillez cocher les cases appropriées)**

**Cadre réservé à l'IFSI**

- CONSEIL REGIONAL IDF
- PROMOTION PROF GHEF
- PROMOTION PROF
- CPF
- BOURSE CRIF
- FRANCE TRAVAIL
- AUTOFINANCEMENT

➤ **CONSEIL REGIONAL** (voir critères d'éligibilité page 10)

➤ **PROMOTION PROFESSIONNELLE GHEF**   
(joindre le justificatif)

➤ **VOUS BENEFICIEZ D'UNE PROMOTION PROFESSIONNELLE D'UN ETABLISSEMENT DE SANTE PUBLIC OU PRIVE**

De quel établissement  PUBLIC  PRIVE

.....

(précisez nom établissement)

➤ **VOUS BENEFICIEZ D'UN AUTRE FINANCEUR**

(TRANSITIONS PRO, UNIFORMATION, ANFH ....ect)

.....

(précisez nom de l'organisme et joindre justificatif)

➤ **VOUS AVEZ MOBILISE VOTRE CPF**

(joindre le justificatif)

➤ VOUS PENSEZ AVOIR DROIT A UNE BOURSE

(Vous relevez de la bourse de la Région Île-de-France **(et non de la bourse du GROUS)**)

DEMANDE DE BOURSE DU CONSEIL REGIONAL

oui

non

➤ VOUS ÊTES DEMANDEUR D'EMPLOI :

(joindre le justificatif)

Si oui, depuis quelle date ? ...../...../.....

N° identifiant : .....

Indemnisé

oui

non

➤ VOUS NE BENEFICIEZ D'AUCUN FINANCEMENT

AUTO-FINANCEMENT

Vous signerez à l'entrée de formation une convention :

**(Coût de la formation : 24 000 Euros pour trois ans)**

Fait à ..... le .....

**Nom, Prénom et Signature de l'étudiant**

**INSTITUTS DE FORMATIONS PARAMÉDICALES**  
**Site de Marne-la-Vallée**

**DROITS ADMINISTRATIFS D'INSCRIPTION**

- Le paiement des droits administratifs d'inscription pourra s'effectuer de plusieurs façons :

**PAIEMENT DE PREFERENCE PAR VIREMENT BANCAIRE SUR LE COMPTE SUIVANT :**

TRESOR PUBLIC							RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE	
PARTIE RÉSERVÉE AU DESTINATAIRE DU RELEVÉ								
Le relevé ci-contre est destiné à être remis à vos créanciers ou débiteurs, français ou étrangers, appelés à faire inscrire des opérations à votre compte (virements, paiement des quittances etc...)								
<b>Identifiant national de compte bancaire - RIB</b>								
Code banque	Code guichet	N° de compte	Clé RIB		Domiciliation			
10071	77000	00002002711	84		TPMELUN			
<b>Identifiant international de compte bancaire - IBAN</b>								
<b>IBAN (International Bank Account Number)</b>								
							BIC (Bank Identifier Code)	
FR76	1007	1770	0000	0020	0271	184	TRPUFRP1	
<b>TITULAIRE DU COMPTE :</b>								
<b>RM IFSI - SITE MLV</b>			<b>GHEF</b>					

**Préciser dans le libellé du virement bancaire :**

- **votre nom et votre prénom**
- **l'objet du virement** (droits administratifs d'inscription 2025-2026)
- **joindre le justificatif de virement.**

**PAIEMENT, LE CAS ÉCHEANT, PAR CHEQUE**

Le chèque doit être obligatoirement libellé à l'ordre de :

- **« RM IFSI - SITE MLV GHEF 50254 »**

Dans le cas où le titulaire du compte bancaire ne serait pas celui de l'étudiant(e), préciser le nom de l'étudiant(e), au dos du chèque.

**Rappels**

Le chèque bancaire ne pourra être encaissé « en différé ».

Il doit comporter les mentions obligatoires suivantes :

- le montant inscrit en lettres doit être identique à celui écrit en chiffres,
- le bénéficiaire : **« RM IFSI - SITE MLV GHEF 50254 ».**
- la date et le lieu où le chèque est créé,
- la signature du tireur

Si l'une des mentions ci-dessus est manquante, le chèque sera refusé.

En cas de surcharge, ratures, ou autres ..., le chèque sera refusé.

INSTITUTS DE FORMATIONS PARAMÉDICALES  
Site de Marne-la-Vallée

**PRISE EN CHARGE DE LA FORMATION :**

**La formation est directement prise en charge par le Conseil régional d'Ile-de-France sous conditions :**

Seuls les effectifs inscrits, suivant une formation à temps plein et présents au 15 octobre de l'année n-1, sont éligibles à la subvention régionale.

Le statut est considéré à l'entrée en formation et vaut pour toute la durée de la formation :

**Personnes éligibles :**

- les jeunes de moins de 26 ans **en poursuite d'études sans interruption** (y compris ceux ayant un contrat de travail étudiant),
- les jeunes de moins de 26 ans **avec interruption de scolarité de moins de 2 ans** avant le démarrage de la formation,
- les jeunes dont **le service civique s'est achevé** dans un délai d'un an avant l'entrée en formation,
- à partir du 1er janvier 2024, les demandeurs d'emploi inscrits à Pôle emploi à l'entrée en formation, dont le coût de formation n'est pas pris en charge par Pôle emploi,
- les bénéficiaires d'un **PEC** (Parcours Emploi Compétences),
- les bénéficiaires du **RSA** (Revenu de Solidarité Active),
- les passerelles post bac quand les étudiants ont moins de 26 ans sont examinées au regard des critères d'éligibilité mentionnés ci-dessus,

**Personnes non éligibles :**

- les agents publics (y compris en disponibilité),
- les salariés du secteur privé en CDD ou CDI de plus de 78 heures par mois,
- toute personne ayant bénéficié d'une prise en charge partielle par Transitions Pro,
- les abandons de formation intervenus dans le mois suivant l'entrée en formation,
- les apprentis,
- les personnes en validation des acquis de l'expérience (VAE),
- les médecins et les sages-femmes diplômés à l'étranger.

Pour toutes ces situations, l'inscription à Pôle Emploi n'ouvre pas droit à l'éligibilité. Les coûts de formation des publics non éligibles doivent être pris en charge par l'employeur ou par un autre financeur et constituer des recettes pour le centre de formation.

↳ **Si vous êtes salarié, Vous pouvez bénéficier d'un financement de votre employeur, dans le cadre de la promotion professionnelle.**

↳ **Vous pouvez déclencher votre Compte personnel de formation (CPF)**

INSTITUTS DE FORMATIONS PARAMÉDICALES  
Site de Marne-la-Vallée

## FRAIS DE FORMATION 2025-2026

- **Pour les effectifs non éligibles à la subvention du Conseil Régional, pris en charge soit par l'employeur, soit par un autre financeur, soit par autofinancement, les frais de formation s'élevont à :**
- ❖ **24 000 EUROS** (8000 / an) incluant le coût pédagogique, la fourniture des photocopiés, l'accès au centre de documentation, l'accès aux salles informatique



## TENUES PROFESSIONNELLES

Les informations complémentaires vous seront fournies à la rentrée.

## ETUDIANTS BOURSIERS

*(cf : brochure bourse rentrée septembre 2025 à télécharger sur le site du GHEF rubrique « DOCUMENTS » / « BROCHURE BOURSE 2025-2026 » )*

**(Attention : vous relevez de la bourse de la région île de France et non de celle du CROUS)**

Pour bénéficier de cette aide, vous devez déposer une demande de bourse sur la plateforme en ligne : <https://ma-bourse-sanitaire-ou-sociale.smartidf.services/>. La demande de bourse est totalement dématérialisée. Les dates d'ouverture et de clôture de l'inscription en ligne sont fixées chaque année par la Région et disponibles sur le portail régional.

Le matricule de l'école permettant d'effectuer les demandes de bourse en ligne vous sera délivré après la confirmation d'inscription c'est-à-dire après vous être acquitté(e) du montant des droits d'inscription. Le site sera ouvert aux entrants de 1<sup>ère</sup> année à **partir du 15 juillet 2025 pour les 1<sup>re</sup> année.**

**Les étudiants boursiers règlent les frais de scolarité qui leur seront remboursés après avis de la commission des bourses.**

## INFO CVEC POUR L'ANNEE UNIVERSITAIRE 2025-2026

En tant qu'étudiant de l'enseignement supérieur, vous devez vous acquitter de la CVEC, contribution de vie étudiante et de campus, auprès du Crous : <https://cvec.etudiant.gouv.fr>

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

➤ L'attestation d'acquiescement de la CVEC est à fournir à votre établissement lors de l'inscription administrative pour 2025/2026. Merci de ne pas fournir le détail du paiement.

**Par ailleurs, si vous devenez éligible à l'exonération de contribution au cours de l'année universitaire, vous pouvez obtenir le remboursement** de la contribution que vous avez précédemment payée. Pour cela, et pour l'année universitaire en cours, il suffit d'en faire la demande sur [cvec.etudiant.gouv.fr](https://cvec.etudiant.gouv.fr) à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2025 et avant le 31 mai 2026.

**Attention ! L'inscription définitive ne pourra être réalisée sans l'attestation de la CVEC ([cvec.etudiant.gouv.fr](https://cvec.etudiant.gouv.fr))**

### Etudiants non concernés

Si vous êtes inscrit·e en formation continue\*, **vous n'êtes pas concerné·e par cette contribution. Vous n'avez rien à faire.**

*\*En formation continue : c'est-à-dire que votre formation est prise en charge par un employeur ou par un organisme collecteur*

### DISPENSES D'ENSEIGNEMENTS

Les personnes admises en formation peuvent faire l'objet de dispenses d'unités d'enseignements ou de semestres par le directeur d'établissement, après décision de la section compétente pour le traitement pédagogique des situations individuelles des étudiants, au regard de leur formation antérieure validée, des certifications, titres et diplômes obtenus et de leur parcours professionnel.

*Art. 7 et 8 - Arrêté du 31 juillet 2009 modifié relatif au diplôme d'Etat d'infirmier*

INSTITUTS DE FORMATIONS PARAMEDICALES  
Site de Marne-la-Vallée



### PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

L'institut de formation de Marne-la-Vallée est accessible aux personnes à mobilité réduite.

Les étudiants en situation de handicap ou ayant des troubles de santé peuvent solliciter une demande d'aménagements pour les examens et le suivi des études.

Le référent pour les personnes en situation de handicap est :

<u>Référent handicap</u>	<u>Hafida TAHRI</u>	<u>01 64 18 49 79</u>	<a href="mailto:htahri@ghef.fr">htahri@ghef.fr</a> <a href="mailto:ifsighef.mlv@ghef.fr">ifsighef.mlv@ghef.fr</a>
--------------------------	---------------------	-----------------------	--

Quelle que soit votre situation de handicap, n'hésitez pas à contacter le secrétariat

### ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE

Vous devez souscrire une assurance personnelle : « Responsabilité Civile Individuelle » couvrant **l'année de formation**, à renouveler tous les ans auprès de votre assureur.

➤ **Ne pas transmettre une assurance scolaire (collège ou lycée).**



**Il est indispensable d'avoir un ordinateur et une bonne connexion Internet adaptés à la formation (cours en ligne, etc...)**



## DOSSIER MEDICAL 2025-2026

### CONDITIONS MEDICALES D'ADMISSION DEFINITIVE POUR L'ENTREE EN FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

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

- D'un **certificat médical** datant de moins de 3 mois établi par un **médecin agréé ARS** dont vous trouverez les coordonnées sur le site **Agence Régionale de Santé de votre région**.  
Le médecin peut également fournir son propre support, néanmoins, **la notion de « médecin agréé » et le tampon du praticien sont obligatoires**. Sans ces deux notions, le certificat sera refusé.

**(A produire au plus tard le 01/09/2025)**

Pour trouver la liste des médecins agréés, merci de vous rendre sur le site de l'ARS de votre Département ou sur le lien suivant pour l'Île de France :

<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/listes-de-medecins-agrees-en-ile-de-france>

- D'un **certificat médical de vaccinations** conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France (cf : dossier médical joint).

**(A produire au plus tard le jour de la première entrée en stage)**

*Article 91 de l'arrêté du 21 avril 2007 modifié relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux*

↪ Vous devez faire compléter le certificat médical de vaccinations par votre médecin traitant **après contrôle sérologique de l'hépatite B et après avoir reçu un schéma complet de vaccination**.

↪ Ne pas transmettre à l'IFSI le certificat de vaccination si vous êtes **en cours de vaccination**.

**VEILLEZ A METTRE A JOUR VOS VACCINATIONS  
ET RAPPELS SOUS RESERVE DE NE PAS POUVOIR REALISER VOS STAGES**

**Tout manquement à ces impératifs entrainera la suspension immédiate de la formation pour inaptitude.**

**CERTIFICAT MEDICAL – 1<sup>ère</sup> année IDE  
(datant de moins de 3 mois)**

**ETABLI PAR UN MEDECIN AGREE PAR L'AGENCE REGIONALE DE SANTE**

Je soussigné(e), .....

*Docteur en Médecine, agréé, certifie que :*

NOM DE NAISSANCE : .....

NOM D'USAGE : .....

PRENOM: .....

Né(e) le .....

**Ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession infirmière :**

Fait à..... le .....

Signature et cachet du médecin

## **CERTIFICAT MEDICAL DE VACCINATIONS**

Pour l'entrée en formation :

- D'AIDE-SOIGNANTE
- D'AUXILIAIRE DE PUERICULTURE
- INFIRMIERE

NOM DE NAISSANCE : .....

NOM D'USAGE : .....

PRENOM : .....

DATE ET LIEU DE NAISSANCE.....

ADRESSE :.....

.....

TELEPHONE : .....

# SELON LE CALENDRIER DES VACCINATIONS ET RECOMMANDATIONS VACCINALES 2024

## 4.4 Tableau 2025 des vaccinations pour les populations spécifiques

### 4.4.1 Tableau 2025 des vaccinations en milieu professionnel\*

SANTÉ	D T P	Coque- luche	Grippe	Covid-19	Hépatite A	Hépa- tite B	Leptospi- rose	Rage	ROR	Varicelle	FJ	IIM
Étudiants des professions médicales, paramédicales ou pharmaceutiques assistant dentaire	Obl	Rec	Rec	Rec		Obl						
Professionnels des établissements ou organismes de prévention et /ou de soins (liste selon arrêté du 15 mars 1991) dont les services communaux d'hygiène et de santé et les entreprises de transports sanitaires	Obl	Rec	Rec	Rec		Obl (si exposés)			Rec y compris si nés avant 1980, sans ATCD	Rec sans ATCD, séronégatif		
Professionnels libéraux n'exercant pas en établissements ou organismes de prévention et/ou de soins	Rec	Rec	Rec	Rec		Rec (si exposés)						
Personnels des laboratoires d'analyses médicales exposés aux risques de contamination : manipulant du matériel contaminé ou susceptible de l'être	Obl					Obl (si exposés)		Rec (si exposés)				
Personnel de laboratoire exposé au virus de la fièvre jaune	Obl					Obl (si exposés)					Rec*	
Personnel de laboratoire de recherche travaillant sur le méningocoque												Rec

\* Le décret suspendant l'obligation de vaccination par le BCG pour les professionnels qui y étaient antérieurement soumis a été publié le 1er mars 2019. Depuis cette date, la vaccination par le BCG n'est plus exigée lors de la formation ou de l'embauche de ces personnes. Toutefois, il appartient aux médecins du travail d'évaluer ce risque et de proposer, le cas échéant, une vaccination par le vaccin antituberculeux BCG.

\* Le décret n° 2020-28 du 14 janvier 2020 suspendant l'obligation de vaccination contre la fièvre typhoïde des personnes exerçant une activité professionnelle dans un laboratoire de biologie médicale est entré en vigueur le 1er mars 2020. La vaccination contre la fièvre typhoïde n'est dès lors plus exigée pour ces personnes.

\* Une seconde dose est recommandée 10 ans après la primovaccination en Guyane, pour les personnels de laboratoire susceptibles d'être exposés au virus de la fièvre jaune.

**Obl** = obligatoire    **Rec** = recommandé    **Exposés** = exposés à un risque professionnel évalué par médecin du travail    **ATCD** = antécédents    **FJ** = Fièvre jaune

**IIM** = Infection invasive à méningocoque    **ROR** = Rougeole, Oreillons, Rubéole    **D T P** = Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite

## 1. ATTESTATION DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES

Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnés à l'article L.3111-4 du code de la santé publique (document joint)

Je soussigné(e) Docteur : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Certifie que :

M..... Né(e) le : .....

a été vacciné(e) :

- **Contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et la coqueluche :**

Dernier rappel DTP effectué			
Nom du vaccin	Dose	Date	N° lot

Dernière injection / Rappel DTP et coqueluche			
Nom du vaccin	Dose	Date	N° lot

• **Contre l'hépatite B**, selon les conditions définies au verso, il / elle est considéré(e) comme  
(cocher les mentions utiles) :

• immunisé(e) contre l'hépatite B :                      oui     non

• non répondeur(se) à la vaccination :                      oui     non

**2. ATTESTATION DE VACCINATIONS RECOMMANDEES**

• **Par le BCG**, (cf. décret n° 2019-149 du 27 février 2019)

Le décret suspendant l'obligation de vaccination par le BCG pour les professionnels qui y étaient antérieurement soumis a été publié le 1<sup>er</sup> mars 2019. Depuis cette date, la vaccination par le BCG n'est plus exigée lors de la formation ou de l'embauche de ces personnes. Toutefois, il appartiendra aux médecins du travail d'évaluer ce risque et de proposer, le cas échéant, une vaccination par le vaccin antituberculeux BCG.

Vaccin intradermique ou Monovax®	Date (dernier vaccin)	N°lot
IDR à la tuberculine 5 U (datant de moins de 3 mois)	Date	Résultat (en mm)

ROUGEOLE OREILLON RUBEOLE		
Nom du vaccin	Date	N°lot

**A CONTRACTE LA VARICELLE**

OUI                       NON

VARICELLE		
Nom du vaccin	Date	N°lot

GRIPPE SAISONNIERE		
Nom du vaccin	Date	N°lot

Fait à.....

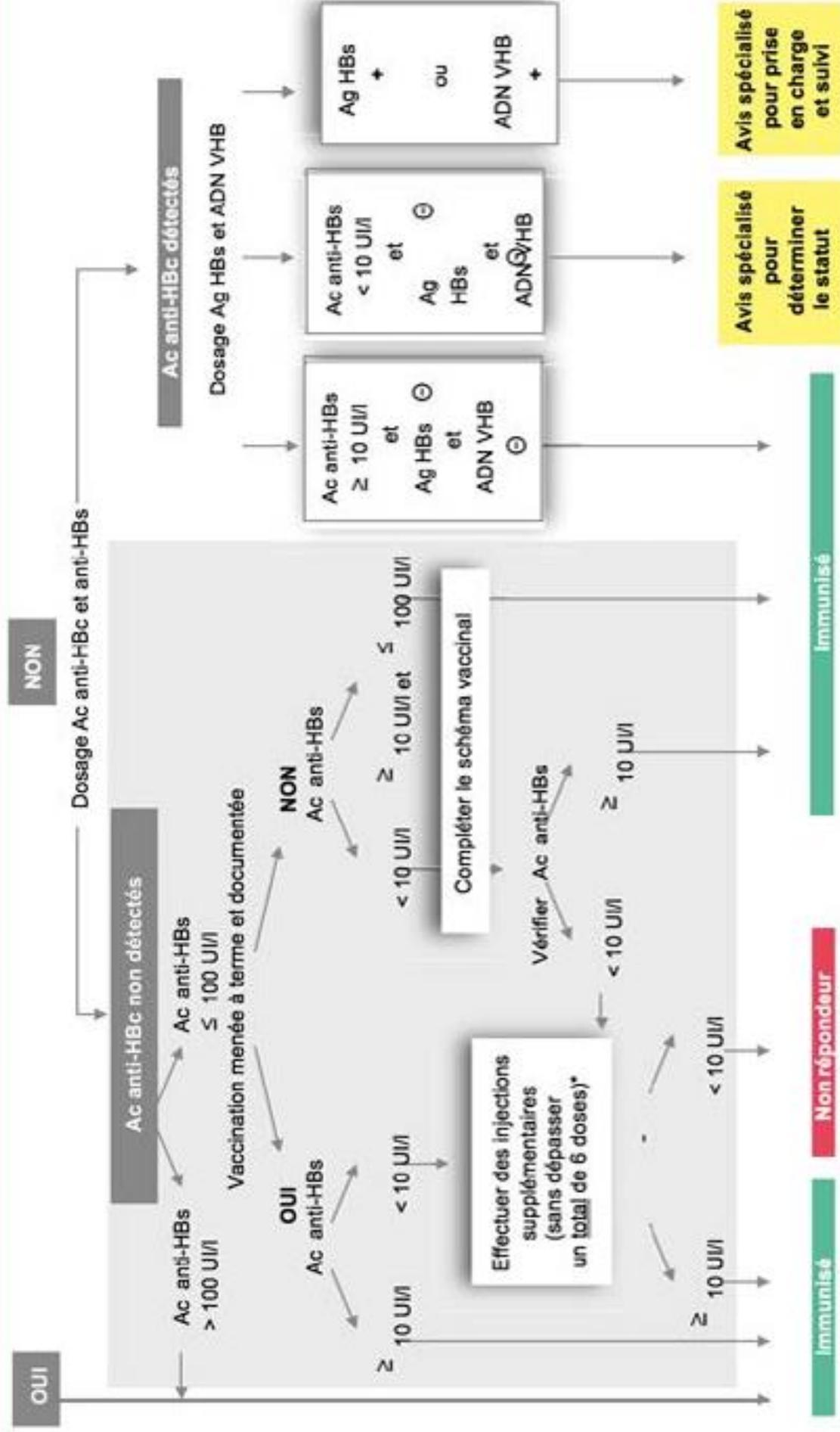
**Cachet et signature du médecin**

Le.....

#### 4.8 Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des professionnels de santé

Instruction no DGS/R11/R12/2014/21 du 21 janvier 2014 relative aux modalités d'application de l'arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L. 3111-4 du code de la santé publique <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027830751&categorieLien=id>

### Attestation d'un résultat, même ancien, montrant des Ac anti-HBs > 100 UI/l



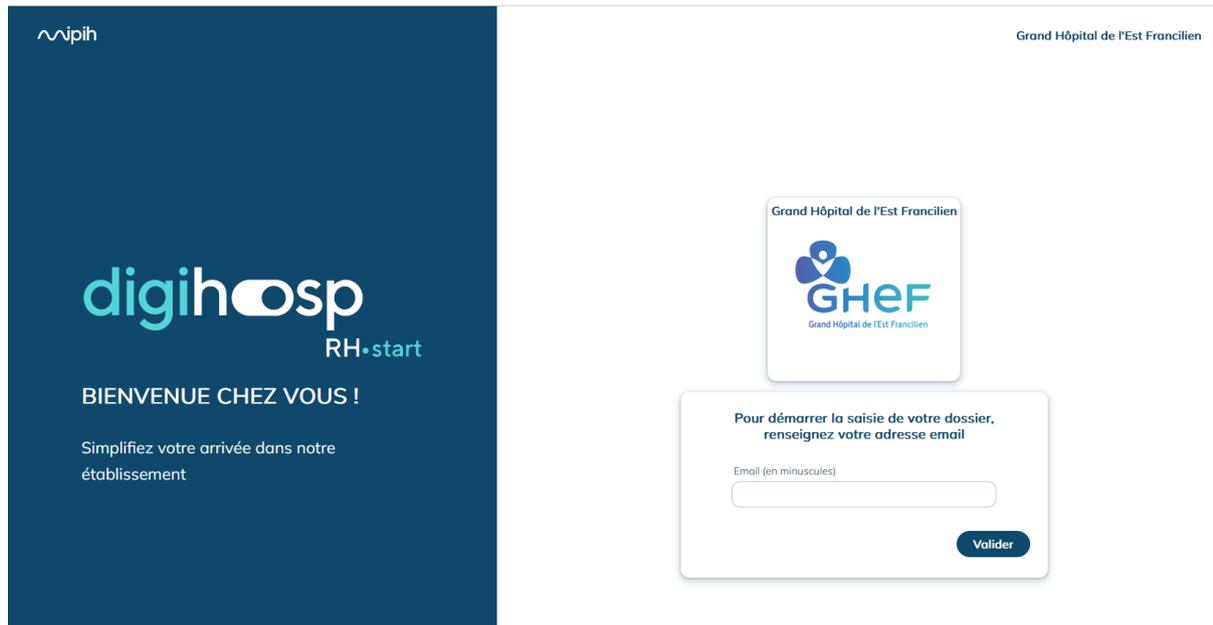
\* Sauf cas particulier voir 4° de l'annexe 2 de l'arrêté

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

1. Connecter vous sur l'adresse suivante :

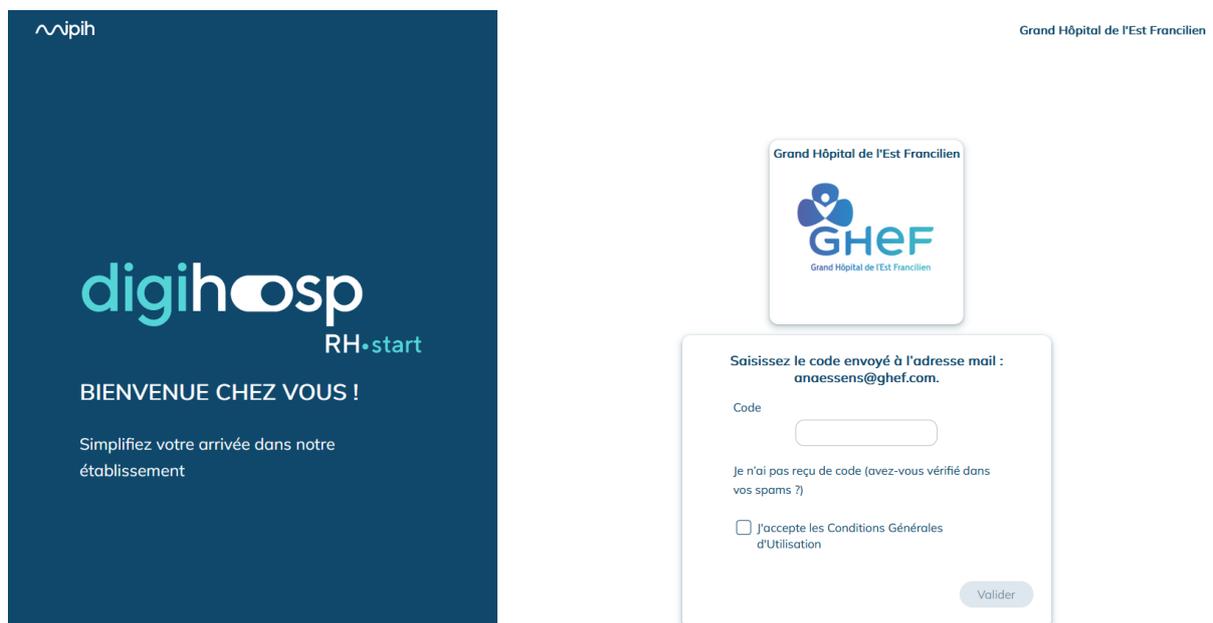
<https://ghef-rhstart.digihosp.fr/>

2. Saisir votre adresse mail sur la page



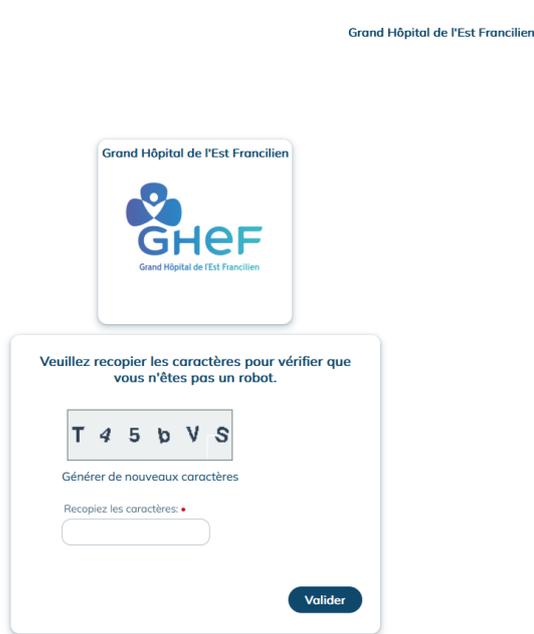
The screenshot shows the login interface for digihosp RH.start. On the left is a dark blue sidebar with the logo and the text "BIENVENUE CHEZ VOUS ! Simplifiez votre arrivée dans notre établissement". On the right, the main content area has the GHEF logo and a form titled "Pour démarrer la saisie de votre dossier, renseignez votre adresse email". The form includes a text input field labeled "Email (en minuscules)" and a "Valider" button.

3. Saisir le code reçu sur votre adresse mail (accepter les Conditions Générales d'Utilisation)

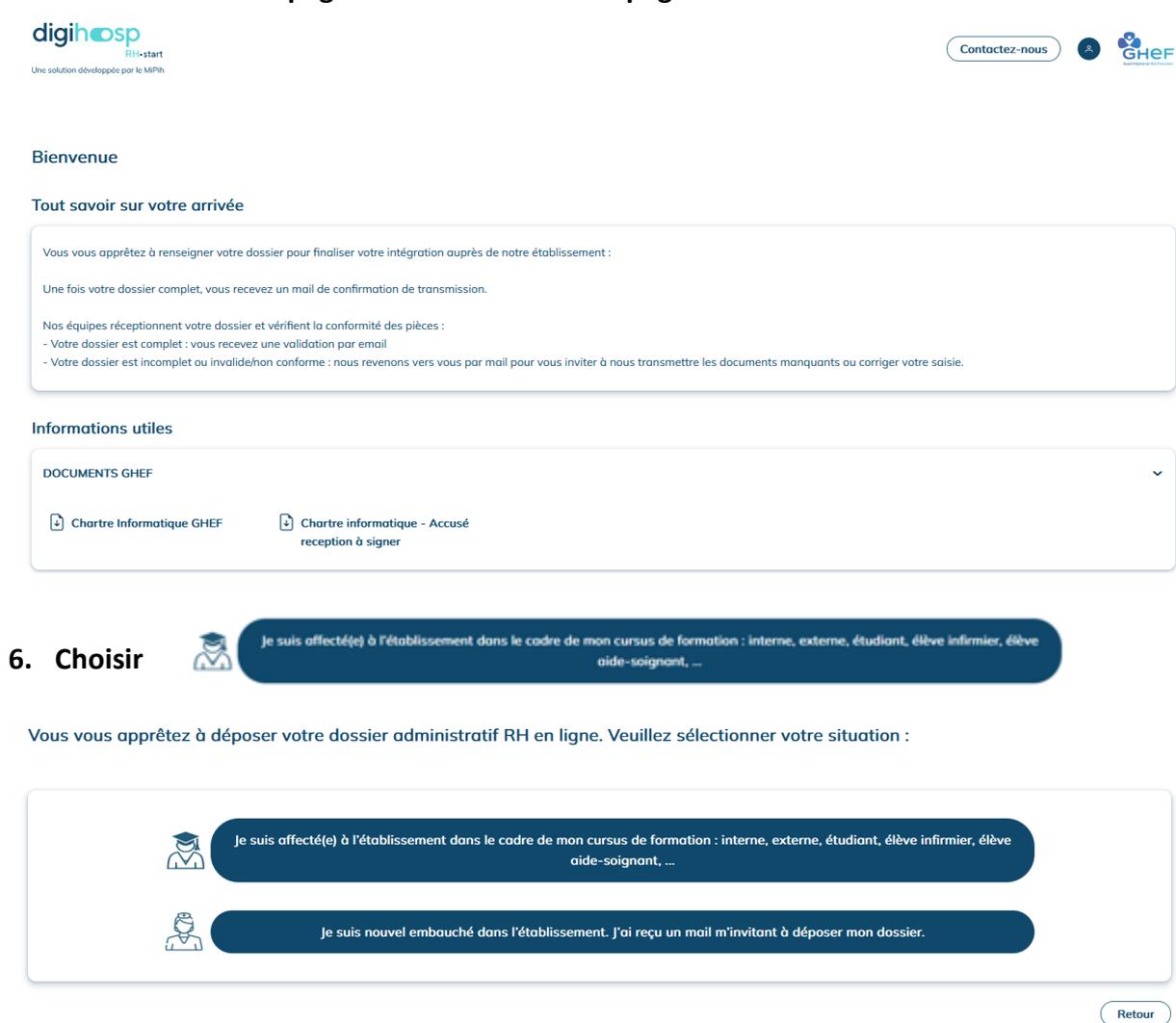


The screenshot shows the same login interface as above, but the form now asks for a code. The text reads "Saisissez le code envoyé à l'adresse mail : onaessens@ghef.com." followed by a "Code" input field. Below the field is a note: "Je n'ai pas reçu de code (avez-vous vérifié dans vos spams ?)". There is also a checkbox for "J'accepte les Conditions Générales d'Utilisation" and a "Valider" button.

### 4. Recopier les caractères afficher sur votre page



### 5. Une fois sur cette page descendre en bas de page



### 7. Cliquer sur [Faire un nouveau dossier](#)



**Vous n'avez aucun dossier en cours**

Vous venez d'être recruté par notre établissement ? Votre adresse email n'a pas été reconnue et votre dossier n'apparaît pas : assurez-vous que l'adresse email utilisée pour vous connecter à cette plateforme est identique à l'adresse de réception du lien de connexion qui vous a été transmis par notre service administratif.

Vous déposez votre dossier dans le cadre de la rentrée des internes ou externes en médecine / étudiants infirmiers / élèves aides-soignants ? Vous pouvez démarrer votre saisie en cliquant sur le bouton "Faire un nouveau dossier".

[Contactez-nous](#)[Faire un nouveau dossier](#)

### 8. Choisir dans Sélectionnez votre profil

#### Choix de la campagne

##### Informations utiles

DOCUMENTS GHEF



Pour le Personnel Médical JUNIOR



Pour le Personnel Médical SENIOR



Pour le Personnel Non Médical



##### Sélectionnez votre profil

Je suis externe :



Je suis interne :



Autre :



### 9. Sélectionner votre IFSI

Autre :

RENTREE ETUDIANTS IFSI CLM (ouverte jusqu'au 30/11/2024)  
CAMPAGNE DE RECRUTEMENT ETUDIANTS IFSI CLM

[Renseigner votre dossier](#)

RENTREE ETUDIANTS IFSI MEAUX (ouverte jusqu'au 30/11/2024)  
CAMPAGNE DE RECRUTEMENT ETUDIANTS IFSI MEAUX

[Renseigner votre dossier](#)

RENTREE ETUDIANTS IFSI MLV (ouverte jusqu'au 30/11/2024)  
CAMPAGNE DE RECRUTEMENT ETUDIANTS IFSI MLV

[Renseigner votre dossier](#)

### 10. Pour constituer votre dossier vous munir des documents suivants et cliquer sur

[J'ai ces documents, je continue](#)

ⓘ Avant de poursuivre votre saisie en ligne, nous vous invitons à prendre connaissance des informations ci-dessous.

- Veuillez-vous munir de la totalité des documents obligatoires indiqués avant de passer à l'étape suivante. Sans ces documents vous ne pourrez pas valider votre dossier.
- Nous vous conseillons de joindre les documents additionnels indiqués, cependant votre saisie ne sera pas bloquée si un ou plusieurs de ces justificatifs sont manquants.
- Les documents fournis doivent être au format jpg, png (une ou deux images) ou pdf. La taille maximale autorisée par document est de 3 Mo.

#### Documents additionnels :

-  Carte d'identité nationale ou passeport intégral Recto Verso
-  Extrait de casier judiciaire - bulletin n°3
-  Livret de famille
-  Photocopie de la carte de sécurité sociale ou Attestation CPAM
-  Relevé d'identité bancaire d'un compte courant à votre nom
-  Titre de séjour

[Retour](#)

[J'ai ces documents, je continue](#)

### 11. Compléter les pages avec vos données personnelles pour validation de la constitution de votre dossier administratif.

# Merci à vous

FICHE D'INFORMATION POUR LES STAGES IDE 2025-2028

Nom : .....

Prénom : .....

Vous avez choisi d'intégrer l'Institut de Formations Paramédicales du GHEF (IFSI de Coulommiers, IFSI de Magny-Le-Hongre ou IFSI de Meaux).

La formation, d'une durée de 3 ans, repose sur l'alternance entre la théorie et la pratique. Lors de la première année, vous aurez 3 stages d'une durée de 5 semaines :

- Stage 1 : du 10 novembre au 14 décembre 2025
- Stage S2A : du 9 février au 15 mars 2026
- Stage S2B : du 4 mai au 7 juin 2026

Les différents types de stages

Le référentiel de formation prévoit 4 types de stage représentatifs des situations rencontrées sur les différents lieux d'exercice de l'infirmière. Vous devez effectuer au moins un stage dans chaque famille de soins durant votre parcours.

- **Soins de courte durée** (médecine, chirurgie, urgences, réanimation, obstétrique...)
- **Soins en santé mentale et psychiatrie** (Unités fermées, ouvertes, Centre Médico Psychologique...)
- **Soins de longue durée et soins de suite et réadaptation** (gériatrie, Soins de Suite et de Réadaptation, Unités de Soins de Longue Durée...)
- **Soins individuels ou collectifs sur des lieux de vie** (Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes, domicile, crèches, santé au travail, collèges, lycée, libéral...)

Les stages sont organisés et planifiés par l'IFSI. Chaque étudiant a la possibilité d'effectuer des démarches individuelles pour rechercher un ou plusieurs stages qui devront être ensuite validés par le référent pédagogique et la coordinatrice des stages.

Pour vous accompagner, vous trouverez en pièces jointes :

- Une liste non exhaustive qui répertorie des structures qui accueillent des étudiants en soins infirmiers.
- Une demande d'accord de stage (la page 1 est à renseigner par vous, la page 2 par l'établissement qui a accordé le stage)

Cette demande complétée est à envoyer par mail à : [ifsighef.stage@ghef.fr](mailto:ifsighef.stage@ghef.fr)

**Attention les Hôpitaux du GHEF (Coulommiers, Jossigny, Jouarre et Meaux) nous accordent des places à l'année. Vous ne devez pas faire de demande auprès des services.**

A savoir : Les horaires durant les stages correspondent aux horaires de service (matin, soir, nuit, coupure, week-end...). Vous devez vous adapter au planning qui vous sera transmis par le cadre de service.

Les stages proposés par l'IFSI tout au long de votre parcours peuvent s'effectuer dans divers établissements sanitaires et sociaux en Seine et Marne, mais aussi dans un département limitrophe ou sur Paris.

Je soussigné(e), atteste avoir pris connaissance des informations relatives aux stages et m'engage à être autonome lors de ma formation, tant pour venir en cours que pour me rendre sur les lieux de stage attribués.

Fait à : .....

Le : .....

Signature :

## DEMANDE DE STAGE

Le dossier est déposé auprès de la coordinatrice des stages.  
Tout dossier incomplet ou hors délai selon la date fixée sera refusé.  
**Cette place est en supplément de celles déjà accordées à l'IFSI**

**Coordinatrice des  
stages :**

**STAFA Sylvie**  
sstafa@ghef.fr

**06 42 87 29 00**

**Secrétariat :**

**lfsighef.stage@ghef.fr**

Date de la demande :

NOM :

Prénom :

IFSI :

- ESI 1èreA       ESI 2èmeA       ESI 3èmeA  
 Elève AS       Elève AP

Dates du stage :

Adresse (durant le stage):

Téléphone :

Mail :

Nom du référent pédagogique :

Signature pour accord du référent pédagogique

Signature de l'étudiant ou de l'élève :

**Fiche de renseignements**

**Nom de la structure :**

**Nom du Directeur de l'établissement :**

**Adresse et coordonnées téléphoniques :**

**Adresser la convention à :**

**Nom :**

**Prénom :**

**Fonction :**

**Adresse mail :**

---

**Adresse du lieu de stage :**

**Service :**

**Nom du cadre de santé ou maître de stage :**

**Téléphone et mail du cadre de santé ou maître de stage :**

Tampon

Signature

## Terrains de stage uniquement sur demande individuelle

STRUCTURE	Disciplines de stage	LIEU	TELEPHONE POUR CONTACTER LES SERVICES	COORDO STAGES	MAIL
CLINIQUE DU PAYS DE SEINE - INICEA	SM-PSY	BOIS LE ROI	01 64 81 15 15		
CH BRIE COMTE ROBERT	SICLV / SSR	BRIE COMTE ROBERT	01 60 62 62 62	Mme Cécile DROUIN (Cadre sup)	
HOPITAL PRIVE MARNE CHANTEREINE		BROU SUR CHANTEREINE	01 64 72 74 00		
RESIDENCE LA PETITE MAISON	EHPAD	CHEVRY COSSIGNY	01 64 05 28 23		
CENTRE DE LA GABRIELLE	IME	CLAYE-SOUILLY	01 60 27 68 68	Mme FAVROT Emilie	<a href="mailto:infirmerie.lagabrielle@mfpass.fr">infirmerie.lagabrielle@mfpass.fr</a>
FOYER DE VIE LES TILLEULS	HANDICAP	CONDE SAINTE LIBIAIRE	01 64 63 55 30		
MELOD'HIER	EHPAD	COUBERT	01 64 06 71 33		<a href="mailto:direction@melodhier.com">direction@melodhier.com</a>
CENTRE DE REEDUCTION		COUBERT	01 64 42 21 09	Mr VASSAL Grégory	<a href="mailto:gregory.vassal@ugecam.assurance-maladie.fr">gregory.vassal@ugecam.assurance-maladie.fr</a>
ABBAYE NOTRE DAME	EHPAD	FAREMOUTIERS	01 64 20 05 49	Mme MAHIEU Coralie	<a href="mailto:coralie.mahieu@abbayedefaremoutiers.fr">coralie.mahieu@abbayedefaremoutiers.fr</a>
HOPITAL FORCILLES	SSR / SMR	FEROLLES ATTILLY	01 60 64 60 60		
KORIAN ST GENEVIEVE	EHPAD	HERICY	01 60 74 51 08		<a href="mailto:korian.SainteGenevieve@korian.fr">korian.SainteGenevieve@korian.fr</a>
FRELICOT NATHALY	IDEL	LIZY SUR OURCQ	06 48 69 47 73		
CLINIQUE SAINT FARON	Soins de courte durée / SCD	MAREUIL LES MEAUX	08 26 20 77 27	Mme BONNET Corinne	<a href="mailto:c.bonnet@groupesaintgatien.com">c.bonnet@groupesaintgatien.com</a>
SDIS 77	CENTRE DE SECOURS	MELUN	01 60 56 83 90		
CLINIQUE LES FONTAINES	SCD	MELUN	01 60 56 40 00	Mme GONZALEZ Estelle	<a href="mailto:e.gonzalez@groupesaintgatien.com">e.gonzalez@groupesaintgatien.com</a>
CH DE MELUN	USLD	MELUN	01 64 71 61 33		<a href="mailto:adm.clement@ch-melun.fr">adm.clement@ch-melun.fr</a>
LE PARC FLEURI	EHPAD	MORMANT	01 64 06 92 93	Mme SEQUEIRA Neuza	<a href="mailto:idec39@france-horizon.fr">idec39@france-horizon.fr</a>
SSR LNA ORGEMENT	SSR / SMR	ORGEMONT -MEAUX	01 74 81 04 00	DIRECTION DES SOINS - Mme VANDENBOSSCHE	<a href="mailto:dsi.pso@lna-sante.com">dsi.pso@lna-sante.com</a>

RESIDENCE LE PARC	SSR	PONTAULT COMBAULT	01 64 40 75 75	Mme AMAYENE Michèle	michele.amayene@probt.com
LA TABLE RONDE	EHPAD	PROVINS	01 60 67 67 64		latableronde@groupe-acppa.fr
CH LEON BINET		PROVINS	01 64 60 40 00		ifsi@ch-provins.fr
ACEP LE PATIO	EHPAD	ROISSY EN BRIE	01 60 34 88 01		
INSTITUT READAPTATION DE SERRIS	SSR / SMR	SERRIS	01 60 42 76 00	Mme FERREIRA Marine - IDEC	idec.ims@lna-sante.com
CLINIQUE DE TOURNAN	Soins de courte durée / SCD	TOURNAN EN BRIE	08 25 16 42 42	Mme BONNET Corinne	c.bonnet@groupe-saintgatiens.com
EPGT - ETABLISSEMENT PUBLIC GERONTOLOGIQUE	SSR / SMR	TOURNAN EN BRIE	01 64 42 18 01		accueil@epgtournan.fr
HLRS - HOPITAL VILLIERS SAINT DENIS	SSR / SMR	VILLIERS SAINT DENIS	03 23 70 74 66	Mme GAILLOT Renée	<a href="mailto:renee.gaillet@hlrs-villiers.net">renee.gaillet@hlrs-villiers.net</a>
RESIDENCE L'AUBETINE	EHPAD	VILLIERS ST GEORGES	01 64 60 50 64		secvilliers@asso-lesbruyeres.org
SMR Réadaptation cardiaque	SSR / SMR	VILLENEUVE SAINT DENIS	01 60 43 59 59	Mme ZAMBERA	surveillante@centrecardio-crcb.fr
CHÂTEAU DU POITOU	EHPAD	VILLEVAUDE	01 60 27 67 00		direction-chateau-du-poitou@groupe-sos.org
HÔPITAL privé de l'EST Parisien	Soins de courte durée / SCD	AULANY SOUS BOIS	01 48 19 33 33		
CHI ROBERT BALLANGER	Soins de courte durée / SM-PSY	AULANY SOUS BOIS	01 49 36 71 23	Mme ALTUNAY Sibel	rb.coordinatrice.stages@ght-gpne.fr
USLD LES FORALIES	USLD	BAGNOLET	01 49 20 50 50		<a href="mailto:accueil.lesfloralies@probt.com">accueil.lesfloralies@probt.com</a>
RESIDENCE ACCUEIL AU RIVES DE L'OURCQ	SM-PSY	BOBIGNY	09 63 67 96 30		
CLINIQUE AMBROISE PARE	SSR / SMR	BONDY	01 41 55 52 52		medical.ambroisepare@groupecolisee.com
CLINIQUE DES PLATANES	SSR / ADDICTO	EPINAY SUR SEINE	01 49 21 89 00		
HÔPITAL PRIVE DE LA SEINE SAINT DENIS	Soins de courte durée / SCD	LE BLANC MESNIL	01 86 86 34 44	LAMBOULE Mathieu	
CLINIQUE DU BOURGET	SSR / SMR	LE BOURGET	01 86 86 97 00		
CLINIQUE DU PRE ST GERVAIS - CLINEA	SCD / SSR	LE PRE ST GERVAIS	01 57 42 10 05	Mme LOMGA	surgen.presaintgervais@orpea.net
CLINIQUE DE GARGAN - INICEA	SSR / SMR	LIVRY-GARGAN	01 82 37 17 17		
USLD LES ORMES	USLD	MONTFERMEIL	01 45 09 70 00		<a href="mailto:ilfeutrie@ch-montfermeil.fr">ilfeutrie@ch-montfermeil.fr</a>
GHI LE RAINCY	Soins de courte durée / SCD	MONTFERMEIL	01 41 70 80 00		rm.secretariat.stage@ght-gpne.fr

CHI ANDRE GREGOIRE	Soins de courte durée / SCD	MONTREUIL	01 49 20 30 40	Mme BARTH Nadine	ag.coordinatrice.stages@ght-gpne.fr
USLD LA ROSERAIE MAISON BLANCHE	USLD	NEUILLY SUR SEINE	01 49 44 33 25		<a href="mailto:laroseraie@ch-maison-blanche.fr">laroseraie@ch-maison-blanche.fr</a>
GROUPE HOSPITALIER PRIVE AMBROISE PARE - HARTMANN	SCD - 48 ter Bd Victor Hugo	NEUILLY SUR SEINE	01 46 39 89 89		
	SCD - 25-27 Bd Victor Hugo	NEUILLY SUR SEINE	01 46 41 88 88		
	SCD - 5 rue Pierre Cherest	NEUILLY SUR SEINE	01 46 41 86 86		
EPS DE VILLE-EVRARD	SM-PSY	NEUILLY SUR SEINE	01 43 09 30 30	SOUFFRON Damien	<a href="mailto:d.souffron@epsve.fr">d.souffron@epsve.fr</a>
AMERICAN HOSPITAL OF PARIS	SCD	NEUILLY SUR SEINE	01 46 41 25 25		
INSTITUT DE READAPTATION DE ROMAINVILLE - LNA SANTE	SSR / SMR	ROMAINVILLE	01 41 83 58 20		
MAS PRESSENSE	SM-PSY	SAINT DENIS	01 41 57 33 50 ou se déplacer		
USLD CASANOVA DU CH DE ST DENIS	USLD	SAINT DENIS	01 42 35 60 76		<a href="mailto:elisabeth.frey@ch-stdenis.fr">elisabeth.frey@ch-stdenis.fr</a>
HOPITAL RENE-MURET	SM-PSY / SSR	SEVRAN	01 41 52 59 99		
HÔPITAL PRIVE DU VERT GALANT	Soins de courte durée / SCD	TREMBLAY EN FRANCE	01 86 86 93 00		
EHSMR VIVRE ET DEVENIR SAINTE MARIE	SSR / SMR	VILLEPINTE	01 49 36 68 00	Mme CHAMBORD	d.chambord@vivre-devenir.fr
RESIDENCE ACCUEIL LUPPE	SM-PSY	VILLEPINTE	01 43 83 46 50		
RESIDENCE BONHEUR	EHPAD	ALFORTVILLE	01 45 18 88 48		<a href="mailto:mboukharsa@le-grand-age.fr">mboukharsa@le-grand-age.fr</a>
MAPA JOSEPH FRANCESCHI	EHPAD	ALFORTVILLE	01 45 18 87 00		<a href="mailto:secretariat-direction@le-grand-age.fr">secretariat-direction@le-grand-age.fr</a>
ERIK SATIE	EHPAD	BONNEUIL SUR MARNE	01 57 44 33 00		<a href="mailto:secretariat-erik-satie@groupe-sos.org">secretariat-erik-satie@groupe-sos.org</a>
RESIDENCE DES BORDS DE MARNE	EHPAD	BONNEUIL SUR MARNE	01 45 13 91 20		<a href="mailto:abcd94@orange.fr">abcd94@orange.fr</a>
HÔPITAL SAINT CAMILLE	Soins de courte durée / SCD	BRY SUR MARNE	01 49 83 10 10	Mme KLAMBER	s.klamber@ch-bry.org
HÔPITAL PRIVE MARNE LA VALLEE	Soins de courte durée / SCD	BRY SUR MARNE	01 43 14 80 00	Mme BLOQUET	<a href="mailto:j.bloquet@ramsaygds.fr">j.bloquet@ramsaygds.fr</a>
FONDATION FAVIER - VAL DE MARNE	SICLV	BRY SUR MARNE	01 49 83 47 00		
CLINIQUE CHAMPIGNY	Soins de courte durée / SCD	CHAMPIGNY SUR MARNE	01 86 86 10 01	Mme MARIE Christèle	<a href="mailto:christele.marie@ramsaysante.fr">christele.marie@ramsaysante.fr</a>

RESIDENCE ARC BOISE	EHPAD	CHAMPIGNY SUR MARNE	01 41 77 69 00		res-arcboise@colisee.fr
HOPITAL PRIVE PAUL D'EGINE	Soins de courte durée / SCD	CHAMPIGNY SUR MARNE	01 86 86 66 00	Mme LEPAN Emilie	emilie.lepan@ramsaysante.fr
CHU MONDOR	Soins de courte durée / SCD	CRETEIL	01 49 81 29 96	Mr MAZOYER HASSAN Claude	claudemazoyer@aphp.fr
USLD DE M'HOPITAL ALBERT CHENEVIER	USLD	CRETEIL	01 49 81 31 31		direction.mondor@hmn.aphp.fr
CH-MANHES	SM-PSY / SSR	FLEURY MEROGIS	01 69 25 64 00		
HECTOR MALOT	EHPAD	FONTENAY SOUS BOIS	01 41 95 41 00		
FONDATION VALLEE	PEDO PSY	GENTILLY	01 41 24 81 00	Mme KHENISSI Mouna	mouna.khenissi@ch-fondationvallee.fr
LE SACRE CŒUR	EHPAD	GENTILLY	01 49 08 38 38		contact.sacrecoeur@monsieurvincent.org
HOPITAL CHARLES FOIX	SSR / SMR / PSY	IVRY SUR SEINE	01 49 59 40 00		secretariat.cfxifi@dfc.aphp.fr
L'ORANGERIE	EHPAD	IVRY SUR SEINE	01 32 09 95 63		accueil-orangerie@refugecheminots.asso.fr
CLINIQUE LES TOURNELLES - CLINEA	SCD / SSR	L'HAY LES ROSES	01 41 24 32 74		
USLD GERONTOPSYCHIATRIQUE MARIE CAZIN	USLD/PSY	LA QUEUE EN BRIE	01 45 93 75 64		patricia.courtet@ch-les-murets.fr
VILLA CAUCACIENNE	EHPAD	LA QUEUE EN BRIE	01 71 34 13 00		contact.caudacienne@lna-sante.com
CH LES MURETS	SM-PSY	LA QUEUE EN BRIE	01 45 93 71 71		gestion.stages@ch-les-murets.fr
CLINIQUE DE VILLENEUVE SAINT GEORGES	Soins de courte durée / SCD	VILLENEUVE SAINT GEORGES	01 45 10 82 00	Mme VAUCONSANT Catherine	secretariat.dssi@chiv.fr
CLINIQUE DU PERREUX - INICEA	SMR	LE PERREUX	01 48 71 61 40		
LA CASCADE	EHPAD	LE PERREUX	01 43 24 25 52		cascade@aoapar.fr
KORIAN LES LIERRES	EHPAD	LE PERREUX	01 48 71 95 00		korian.leslierres@groupe-korian.com
FONDATION GOURLET BONTEMPS	EHPAD	LE PERREUX	01 43 24 25 02		accueil@gourlet-bontemps.fr
USLD HENRI MONDOR - SITE EMILE ROUX	USLD	LIMEIL BREVANNES	01 45 95 80 80		direction.emileroux@erx.aphp.fr
CLINIQUE DE GARGAN - INICEA	SSR / SMR	LIVRY-GARGAN	01 82 37 17 17		
MAISON DE SANTE	SM-PSY	NOGENT SUR MARNE	01 45 14 70 00		
FONDATION FAVIER LEPOUTRE	EHPAD	NOGENT SUR MARNE	01 45 14 31 00		ccherubin@fondation-favier.fr
MAISON NATIONALE DES ARTISTES	EHPAD	NOGENT SUR MARNE	01 48 71 28 08		ehpad@fondationdesartistes.fr
HÔPITAL PRIVE ARMAND BRIARD	Soins de courte durée / SCD	NOGENT SUR MARNE	01 86 86 12 12	Mme HEBERT Brigitte	b.hebert@ramsaysgds.fr
FONDATION FAVIER AMBOILE	EHPAD	ORMESSON SUR MARNE	01 58 08 94 00		admissions@fondation-favier.fr

JEANNE D'ARC - HOPITAL PRIVE - INICEA	SM-PSY	SAINT MANDE	01 49 57 26 00		
LA SEIGNEURIE	EHPAD	SAINT MANDE	01 49 74 83 00		
HOPITAUX DE SAINT MAURICE	SCD	SAINT MAURICE	01 43 96 61 61		
KORIAN LE JARDIN DE NEPTUNE	EHPAD	SAINT MAUR DES FOSSES	01 55 12 21 60		administration.jardindeneptune@korian.fr
RESIDENCE SEVIGNE	EHPAD	SAINT MAUR DES FOSSES	01 41 81 46 46		direction.sevigne@lna-sante.com
RESIDENCE DE L'ORME	EHPAD	SAINT MAUR DES FOSSES	01 45 11 01 60		saint-maur@orpea.net
LES FLEURS BLEUES	EHPAD	SAINT MAUR DES FOSSES	01 48 83 35 23		ehpadfb@gmail.com
RESIDENCE DE L'ABBAYE	EHPAD	SAINT MAUR DES FOSSES	01 55 12 17 20		abcd94@orange.fr
RESIDENCE LES TILLEULS	EHPAD	SUCY EN BRIE	01 49 82 93 50		accueil.lestilleuls@lvt.fr
RESIDENCE DE LA CITE VERTE	EHPAD	SUCY EN BRIE	01 56 73 20 40		abcd94@orange.fr
HOPITAL PAUL BROUSSE	SCD - SSR / PSY	VILLEJUIF	01 45 59 30 00		pbr-recrutement.dsap@aphp.fr
USLD LES VIGNES	USLD	VILLENEUVE SAINT GEORGES	01 45 10 19 00		secretariat.vignes@chiv.fr
CLINIQUE BOYER	SSR / SMR	VILLENEUVE SAINT GEORGES	01 45 10 97 97		
USLD DI CH VICTOR DUPOUY	USLD	ARGENTEUIL	01 34 23 27 07		sylvain.groseil@ch-argenteuil.fr
HOPITAL SIMONE VEIL	SCD - PSY et PEDOPSY	EAUBONNE et MONTMORENCY	01 34 06 60 00	Cellule stage 01 34 06 60 27	demande.stage@ch-simoneveil.fr
USLD DU CH DE GONESSE	USLD	GONESSE	01 34 53 20 94		
CLINIQUE D'OSNY - INICEA	PSY	OSNY	01 34 24 75 75		
HOPITAL DE PONTOISE	SCD	PONTOISE	01 30 75 40 40	Mme BONNAL Estelle	<a href="mailto:estelle.bonnal@ght-novo.fr">estelle.bonnal@ght-novo.fr</a>
AEROPORT DE PARIS - CDG	URGENCES MEDICALES ET SOINS	ROISSY CHARLES DE GAULLE	01 48 62 28 01	Dr THOMAS Patrick	<a href="mailto:patrick.thomas@adp.fr">patrick.thomas@adp.fr</a>
CLINIQUE DU PARC	SCD - PSY - SOINS DE SUITE	SAINT OUEN L'AUMÔNE	01 34 40 41 42		
HOPITAL PRIVE CLAUDE GALIEN	SCD	QUINCY SOUS SENART	01 69 39 90 00		
MAS LE MASCARET	MAS	TIGERY	01 60 91 82 02	Mme NERIN Ophélie	<a href="mailto:o.nerin@alterite.eu">o.nerin@alterite.eu</a>
CLINIQUE DU LOUVRE	SCD	PARIS 1er	01 53 40 60 60		
CHEMINS D'ESPERANCE	EHPAD	PARIS 6ème	01 53 63 63 00		
HOPITAL LARIBOISIERE - FERNAND WIDAL	Soins de courte durée / SCD - PSY	PARIS 10ème	01 49 95 65 65	MAURY Françoise	francoise.maury@aphp.fr

HOPITAL SAINT LOUIS	Soins de courte durée / SCD	PARIS 10ème	01 42 49 95 14		
HOPITAL ARMAND TROUSSEAU	SCD (spécialités Pédiatrie et polyhandicap)	PARIS 12 ème	01 44 73 74 75		
HOPITAL SAINT ANTOINE	SCD	PARIS 12ème	01 49 28 20 00		
ADM 13	HDJ POUR ADULTES	PARIS 13ème	01 53 80 88 82		
GHU PITIE SALPETRIERE	Soins de courte durée / SCD	PARIS 13ème	01 42 16 00 00		stages.aphpsu@aphp.fr
RESEAU IDF D'HEMATOLOGIE INCOLOGIE PEDIATRIQUE (RIFHOP)		PARIS 13ème	01 48 01 90 21	GILET Céline	<a href="mailto:celine.gilet@rifhop.net">celine.gilet@rifhop.net</a>
HOPITAL LEOPOLD BELLAN	SSR / SMR	PARIS 14ème	01 40 48 68 68		
HOPITAL COCHIN - PORT ROYAL	Soins de courte durée / SCD	PARIS 14ème	01 58 41 41 41		
HOPITAL NECKER - ENFANTS MALADES	Soins de courte durée / SCD	PARIS 15ème	01 44 49 40 00	GUTH Maud (CDS réa)	<a href="mailto:maud.guth@aphp.fr">maud.guth@aphp.fr</a>
HOPITAL GEORGES POMPIDOU	SCD	PARIS 15ème	01 56 09 20 00		
CLINIQUE BIZET	SCD - SSR	PARIS 16 ème	01 40 69 35 02	CROPAGE Sophie (Directice des soins)	<a href="mailto:sophie.cropage@clinique-bizet.com">sophie.cropage@clinique-bizet.com</a>
CLINIQUE DU TROCADERO	SCD	PARIS 16 ème	01 40 72 41 10		
HOPITAL BICHAT CLAUDE BERNARD	Soins de courte durée / SCD	PARIS 18ème	01 40 25 80 80	CRUAU Jocelyn et BARRE Corine	stagesparamedicaux.bch@aphp.fr
CLINIQUE MAUSSINS NOLLET	SCD (spécialités Chir Ortho)	PARIS 19ème	01 40 03 12 12		
CLINIQUE CANAL DE L'OURCQ - INICEA	SMR	PARIS 19ème	01 55 56 53 00		

La liste n'est pas exhaustive. Il vous faut préparer un CV et une lettre de motivation. Vous pouvez chercher pour toutes vos périodes de stage à venir.