

**Institut de Formation des Métiers de la Rééducation (IFMR)
Formation en Ergothérapie**



Mulhouse, le 16 juin 2022

Madame, Monsieur,

Nous vous adressons toutes nos félicitations pour votre réussite pour l'accès à la formation en ergothérapie et nous aurons le plaisir de vous accueillir à l'institut le **jeudi 01 septembre 2022 à 09h00**. Veuillez noter que votre présence est obligatoire.

Vous trouverez ci-joint le dossier administratif à renseigner, des informations pour les étudiants boursiers, le dossier médical à constituer, ainsi que des informations pratiques

Au préalable, vous devez impérativement régler la contribution à la vie étudiante (CROUS) en vous connectant et en créant un compte sur le site <https://www.messervices.etudiant.gouv.fr>. Vous pouvez vous référer à la notice d'information ci jointe.

Vous devez aussi vous acquitter des droits de scolarité par chèque établi à l'ordre de la Trésorerie du GHR Mulhouse Sud-Alsace pour l'année scolaire 2022/2023 d'un montant de 220 euros.

Par ailleurs, il vous est demandé de créer une adresse gmail pour vos échanges avec l'institut : nom.prénom@gmail.com ou nom.prénom.annéenaissance@gmail.com

L'ensemble des documents seront à renvoyer à l'adresse suivante :

**IFMR – Formation en Ergothérapie
2 rue du Dr Léon Mangeney
68070 MULHOUSE Cedex**

N'hésitez pas à nous contacter si vous avez besoin d'informations complémentaires au 03.89.64.82.42

En attendant de faire votre connaissance, nous vous adressons nos meilleures salutations.

Mme MONNET

Directrice des soins





Institut de Formation des Métiers de la Rééducation (IFMR)
Formation en Ergothérapie



NOTICE D'INFORMATION SUR LA CONTRIBUTION A LA VIE ETUDIANTE (CROUS)

Projet de Loi « Orientation et réussite des Etudiants »

Vous devez vous acquitter de la contribution à la vie étudiante (CROUS) qui s'élève à **95€ (montant 2022-2023)**. Tout étudiant est concerné, peu importe son âge ou son niveau d'études.

Cette contribution doit être réglée avant votre inscription administrative en vous connectant et en créant un compte sur le site <https://www.messervices.etudiant.gouv.fr>

Pour vous acquitter de la CVEC et obtenir votre attestation, rendez-vous sur <https://cvec.etudiant.gouv.fr/>, et cliquez sur « Obtenir mon attestation ». Vous trouverez les modalités de paiement.

Un mail vous sera ensuite adressé vous invitant à télécharger votre attestation d'acquittement **à joindre obligatoirement à l'inscription administrative.**

Pour les étudiants concernés, la demande de remboursement pour l'année 2022/23 sera possible à partir du 15 septembre 2022, dans le bloc « Demander un remboursement » sur le site de la CVEC. Il faudra fournir les pièces justificatives demandées. Le Crous instruira votre demande dans les meilleurs délais.



Institut de Formation des Métiers de la Rééducation (IFMR)
Formation en Ergothérapie



DOSSIER ADMINISTRATIF

L'ensemble des pièces sont à fournir à échéance le 16 août 2022

Vous trouverez dans le dossier administratif différents documents à compléter et pièces à nous transmettre :

- Une fiche d'inscription à compléter
- Deux photographies d'identité qui devront être découpées et où vous inscrirez au verso vos nom et prénom.
- Un dossier de candidature + **un RIB :** cette pièce est indispensable pour le règlement des indemnités de stage et remboursement de certains frais de déplacement (arrêté du 21/09/01).
- Un dossier apprenant secteur sanitaire : les informations figurant dans le dossier sont destinées à la Région Grand Est et sont à renseigner obligatoirement. Les dossiers doivent nous parvenir dument complétés et accompagnés de l'ensemble des justificatifs.
- Une photocopie de l'attestation d'assurance en responsabilité civile et risques professionnels.
- L'acquittement des droits de scolarité par chèque d'un montant de 220€ établi à l'ordre de la Trésorerie du GHR Mulhouse Sud-Alsace pour l'année scolaire 2022/2023.

Information sur les bourses

L'inscription sur le site <http://boursesanitaireetsociale.grandest.fr/> est possible dès le 1 juillet 2022 Soyez vigilant sur les délais car le site sera clôturé 30 jours après la date de la rentrée scolaire et le RIB transmis doit daté de moins de deux mois. L'avis d'imposition à produire est celui de l'année 2021 sur les revenus 2020 et le code établissement est **IIFE1871**

Pour les candidats inscrits au Pôle Emploi : se renseigner auprès de votre conseiller

DOSSIER ADMINISTRATIF : FICHE D'INSCRIPTION

<p>Mme - Mr <i>(rayer les mentions inutiles)</i></p> <p><u>NOM PATRONYMIQUE</u> :</p> <p>PRENOMS :</p> <p>NOM D'EPOUSE :</p> <p>SITUATION DE FAMILLE : Célibataire Marié(e) Pacsé(e)</p> <p>NATIONALITE : Française</p> <p>DATE DE NAISSANCE :</p> <p>LIEU DE NAISSANCE :</p> <p>DEPARTEMENT : N° :</p> <p>PAYS :</p> <hr/> <p><u>ADRESSE DE L'ETUDIANT</u> :</p> <p><i>(durant sa scolarité)</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>TELEPHONE FIXE ET MOBILE :</p> <p>COURRIEL :</p> <hr/> <p><u>SECURITE SOCIALE</u> N° :</p> <p><i>(rayer les mentions inutiles)</i></p> <p>Etes-vous personnellement inscrit à la S.S. ? OUI NON</p> <p>Etes-vous assuré à titre d'ayant droit ? OUI NON</p> <p>si oui par qui ? Parent Conjoint Autre</p> <p>Contribution à la vie étudiante faite le.....</p> <hr/> <p><u>BOURSE D'ETUDES</u> :</p> <p>Demande de bourse régionale : OUI NON</p>	<p><u>ETUDES ANTERIEURES</u>: BAC Série : Obtenu en :</p> <p>Etudes et diplômes après l'obtention du bac :</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:10%;"></th> <th style="width:40%; text-align: center;">ANNEE</th> <th style="width:50%; text-align: center;">LYCEE / UNIVERSITE :</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>2.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table> <p>Pour les étudiants ayant exercé une activité professionnelle, veuillez préciser l'année et la nature de l'emploi et le statut (CDI – CDD – ...)</p> <hr/> <p><u>RENSEIGNEMENTS DIVERS</u> : (à compléter lisiblement)</p> <p>Nom, prénom du <u>père</u> :</p> <p>Profession du père :</p> <p>N° téléphone professionnel :</p> <p>Nom, prénom de la <u>mère</u> :</p> <p>Profession de la mère :</p> <p>N° téléphone professionnel :</p> <p>.....</p> <p>Adresse parentale :</p> <p>.....</p> <p>Téléphone :</p> <hr/> <p><u>OBSERVATIONS</u> : <i>(cadre réservé à l'administration)</i></p> <p><u>ADMIS EN</u> : E1 à MULHOUSE</p> <p align="center">1ère ANNEE : 01 septembre 2022</p>		ANNEE	LYCEE / UNIVERSITE :	1.....	2.....
	ANNEE	LYCEE / UNIVERSITE :								
1.....								
2.....								



GHR

Généraliste Hospitalier de Rouen

DOSSIER DE CANDIDATURE



ETAT CIVIL

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille : Nationalité :

Né(e) le : à (commune) : Département ou Pays :

- Carte d'identité Passeport
 Titre de séjour (pour les étrangers)

N° :

Date :

Délivré par :

Célibataire		Divorcé(e)	*
Marié(e)	*	Remarié(e)	*
Veuf(veuve)	*	Vie maritale	*

* date à préciser

ADRESSE

N° : Rue :

Code Postal : Commune :

Téléphone :

NUMERO D’AFFILIATION CPAM

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ENFANTS

NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	SEXE	OBSERVATIONS

ETUDES ET DIPLOMES

DIPLOME OBTENU	SPECIALITE	DATE	ECOLE OU INSTITUT DE FORMATION

LANGUES ETRANGERES				CONNAISSANCES PARTICULIERES								
	DEGRE DE CONNAISSANCE			Permis de conduire	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Catégories	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> CCA
	LU	PARLE	ECRIT									
1.				Permis cariste <input type="checkbox"/>								
2.												
3.												
4.												

Souhaitez-vous faire partie du fichier des interprètes ? :
 oui non

SERVICE NATIONAL

Effectué : oui non

Période : du au

EMPLOIS PRÉCÉDENTS

EMPLOYEUR	EMPLOI OCCUPE	PERIODE (du ...au ...)

CONJOINT OU CONCUBIN

Nom : Prénom :

Né(e) le : à :

Profession :

Employeur :

Je soussigné(e) certifie que tous les renseignements ci-dessus sont exacts.

Fait à Mulhouse, le Signature :

*Certaines des informations recueillies feront l'objet d'un traitement statistique anonyme comme à l'occasion de l'élaboration du Bilan Social.
 La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous garantit un droit d'accès et de rectification sur
 l'ensemble des données enregistrées vous concernant.*

**DOSSIER APPRENANT
SECTEUR SANITAIRE**

Les informations figurant dans le présent dossier sont destinées à la Région Grand Est et sont à renseigner par l'ensemble des apprenants admis en formation à la rentrée 2022/2023.

La Région participe au financement du fonctionnement des instituts de formations sanitaires en fonction des places agréées.

Ne bénéficient de la gratuité de leurs frais de formation que les apprenants qui remplissent les conditions d'éligibilité fixées par la Région.

Ces conditions sont rappelées dans les fiches récapitulatives "Conditions générales de prise en charge des formations sanitaires et sociales" qui sont téléchargeables sur le site institutionnel de la Région Grand Est via le lien suivant :

<http://www.grandest.fr/actions/formations-sanitaires-sociales/>

Le dossier APPRENANT comporte 3 fiches à renseigner selon le code couleur suivant :

Renseignements à remplir par l'apprenant



Renseignements à remplir par l'institut



Renseignements à remplir par Pôle Emploi



Fiche 1 Fiche de renseignements - Situation de l'apprenant : à remplir par tout apprenant

Fiche 2 Attestation sur l'honneur : à remplir par tout apprenant

Fiche 3 Attestation de Pôle Emploi : à remplir par tout apprenant ayant le profil de demandeur d'emploi

Ces documents sont à remettre à l'institut de formation, dûment complétés et accompagnés de l'ensemble des justificatifs demandés, impérativement avant le démarrage de la formation.

Tout dossier mal renseigné ou incomplet sera rejeté par l'Institut ; et de ce fait, les frais de formation resteront à la charge de l'apprenant.

Toute fausse déclaration est passible de peines et d'amendes prévues par les articles 441-1, 441-6 et 441-7 du code

Les données personnelles recueillies sont exclusivement collectées pour un usage interne à la Région et sont destinées à la vérification du respect des critères d'éligibilité de la prise en charge du coût des formations.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les apprenants disposent d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données les concernant.

Pour l'exercer, ils s'adressent à : REGION GRAND EST - 1 place Adrien Zeller - BP 91006 - 67070 STRASBOURG Cedex -
Tél : 03 88 15 68 67 – infolib@grandest.fr



Maison de La Région • 1 place Adrien Zeller
BP 91006 • 67070 Strasbourg Cedex
Tél. 03 88 15 68 67

Maison de la Région • 5 rue de Jéricho
CS70441 • 51037 Châlons-en-Champagne Cedex
Tél. 03 26 70 31 31

Maison de La Région • place Gabriel Hacquard
CS 81004 • 57036 Metz Cedex 01
Tél. 03 87 33 60 00

www.grandest.fr

Retrouvez-nous sur



**FICHE DE RENSEIGNEMENTS - SITUATION DE
L'APPRENANT**

IDENTITE DE L'APPRENANT

Civilité :

Nom patronymique : Nom d'usage (marital) :

Prénoms :

Adresse postale :

CP : Ville :

Etat civil : (cochez la case correspondant à votre situation)

<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Veuf(ve)
<input type="checkbox"/> Marié(e)/Pacsé(e)	<input type="checkbox"/> Divorcé(e)
<input type="checkbox"/> Vie maritale	

Date de naissance :

Téléphone :

Personne reconnue travailleur handicapé (O/N) ?

Adresse électronique :

Statut avant l'entrée en formation : (cochez la case correspondant à votre situation)

<input type="checkbox"/> Etudiant(e) en poursuite d'études	<input type="checkbox"/> Salarié(e)
<input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi	<input type="checkbox"/> Autres

Frais de formation pris en charge par : (cochez la case correspondant à votre situation)

<input type="checkbox"/> Région Grand Est	<input type="checkbox"/> OPCO ...
<input type="checkbox"/> Région Grand Est (dérogatoire)	<input type="checkbox"/> Employeur
<input type="checkbox"/> A titre personnel	<input type="checkbox"/> Autres (par exemple CPF/DIF) :

Coordonnées de l'organisme finançant les frais de formation :
(sauf si REGION GRAND EST)

Rémunération et autres aides dont je bénéficie ou suis susceptible de bénéficier durant la formation : (cochez la case correspondant à votre situation)

<input type="checkbox"/> Bourse de la Région	<input type="checkbox"/> Contrat en alternance (apprentissage, contrat professionnalisation)
<input type="checkbox"/> Indemnités de chômage (ARE, ASS, RFF, ASR,...)	<input type="checkbox"/> Allocations d'études
<input type="checkbox"/> Minima sociaux et autres allocations (RSA,...)	<input type="checkbox"/> Autres types d'aides publiques (LADOM...)
<input type="checkbox"/> Promotion professionnelle hospitalière	<input type="checkbox"/> Aucune aide financière
<input type="checkbox"/> Plan de formation de l'employeur	<input type="checkbox"/> Autre(s) prise(s) en charge
<input type="checkbox"/> Transition Pro (ex CIF)	

Coordonnées de l'organisme finançant ou sollicité pour financer
la rémunération et/ou d'autres aides (sauf si REGION GRAND EST)

SITUATION DE L'APPRENANT AVANT L'ENTREE EN FORMATION

Pièces à produire à l'institut quel que soit le profil de l'apprenant :

- curriculum vitae actualisé récapitulant les antécédents professionnels depuis la sortie du système scolaire
- copie du dernier diplôme

PARCOURS SCOLAIRES

Dernier diplôme obtenu (niveau le plus élevé) :

Année d'obtention	Intitulé du diplôme	Spécialité/discipline/série

Dernières études suivies :

Année scolaire	Intitulé de la formation	Etablissement

ANTECEDENTS PROFESSIONNELS

Dernier emploi exercé avant l'entrée en formation (employeur principal en cas de cumul d'activités) :

Date d'embauche	Employeur et lieu de travail	Emploi occupé	Type de contrat	Temps de travail	Motif de fin ou de rupture de contrat	Date de fin ou de rupture de contrat

Situation au regard des derniers emplois occupés durant la période de référence :

- pour AS-AP : 6 mois avant l'entrée en formation de l'année de réussite aux épreuves de sélection et le démarrage effectif de la formation
- pour AMBULANCIER : entre la date de clôture des inscriptions aux concours ou épreuves de sélection et le démarrage de la formation
- pour les niveaux post-bac quelles que soient les modalités de sélection : entre le **7 avril 2022** et le démarrage effectif de la formation

soit :

du :

au :

Date d'embauche	Employeur et lieu de travail	Emploi occupé	Type de contrat	Temps de travail	Motif de fin ou de rupture de contrat	Date de fin ou de rupture de contrat

Toute fausse déclaration est passible de peines et d'amendes prévues par les articles 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal.

Je certifie exact les renseignements fournis.

Fait à :

Le :

Signature de l'apprenant ou du responsable légal

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) :

déclare avoir pris connaissance :

- du coût de la formation :

Tarif applicable par année ou par session de formation :

Autres frais à charge de l'apprenant :

- des conditions de prise en charge fixées par la Région Grand Est (voir fiches synthétiques relatives aux conditions générales et aux conditions spécifiques de prise en charge des formations sanitaires)

- et j'atteste :

remplir les conditions pour bénéficier d'une prise en charge régionale en tant que :

Jeune de -26 ans en poursuite d'études

Demandeur d'emploi non démissionnaire durant la période de référence :

- pour AS-AP : 6 mois avant l'entrée en formation de l'année de réussite aux épreuves de sélection et le démarrage effectif de la formation

- pour AMBULANCIER : entre la date de clôture des inscriptions aux concours ou épreuves de sélection et le démarrage de la formation

- pour les niveaux post-bac quelles que soient les modalités de sélection : entre le **7 avril 2022** et le démarrage effectif de la formation

Salarié(e) bénéficiant d'un financement à titre dérogatoire

Salarié(e) en situation précaire dont le contrat de travail est inférieur à 18 heures par semaine ou 78 heures par mois dans les 9 mois avant l'entrée en formation

Salarié(e) en tant que Vendeur à Domicile Indépendant (VDI) ou auto-entrepreneur dont le salaire moyen dans les 6 mois avant l'entrée en formation n'excède pas 610 € par mois

financer la formation à titre personnel selon les modalités de règlement définies par l'institut de formation, étant donné que je ne remplis pas les conditions d'éligibilité fixées par la Région

bénéficier d'une prise en charge par le biais d'un dispositif de formation professionnelle continue (Transition Pro, CFP, plan de formation employeur...)

intégrale

partielle et m'engage à financer le reste à charge à titre personnel

Coordonnées du financeur :

Je m'engage à :

- signaler au plus tôt tout changement de situation qui serait susceptible de remettre en cause ou d'impacter le financement de la Région Grand Est ;
- m'acquitter des frais à titre personnel en cas d'omission ou d'erreur dans la présente déclaration, de non production des pièces demandées par l'institut de formation ou par la Région dans un délai de 15 jours ;
- remettre toute pièce demandée par la Région en cas de contrôle ;
- être assidu durant toute la formation et respecter le règlement intérieur de l'institut de formation.

Toute fausse déclaration est passible de peines et d'amendes prévues par les articles 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal.

Je certifie exact les renseignements fournis.

Fait à :

Le :

Signature de l'apprenant ou du responsable légal

FORMATIONS SANITAIRES

Document à renseigner pour toutes personnes inscrites comme demandeur d'emploi

IDENTITE DE L'APPRENANT

Nom patronymique et/ou nom d'usage :

Prénoms :

Date de naissance :

PROJET DE FORMATION

Etablissement de formation :

Formation suivie :

Lieu de formation :

Année scolaire ou universitaire :

Année de réussite aux sélections :

Date de la rentrée :

Période de référence :

du :

au :

ANTECEDENTS PROFESSIONNELS

Situation au regard des derniers emplois occupés durant la période de référence :

- pour AS-AP : 6 mois avant l'entrée en formation de l'année de réussite aux épreuves de sélection et le démarrage effectif de la formation
- pour AMBULANCIER : entre la date de clôture des inscriptions aux concours ou épreuves de sélection et le démarrage de la formation
- pour les niveaux post-bac quelles que soient les modalités de sélection : entre le 7 avril 2022 et le démarrage effectif de la formation

soit :

du :

au :

Date d'embauche	Employeur	Lieu de travail	Emploi occupé	Type de contrat	Temps de travail	Motif de fin ou de rupture de contrat	Date de fin ou de rupture de contrat

INSCRIPTION A POLE EMPLOI

N° d'identifiant Pôle Emploi :

Agence d'inscription Pôle Emploi référente :

Suivi assuré par une Mission Locale ou un PAIO (O/N) ?

Dans l'affirmative, quelle structure ?

Date de dernière inscription ou réactualisation en tant que demandeur d'emploi :

Si vous percevez une allocation de Pôle Emploi, depuis quand ?

Le changement de situation lié à l'entrée en formation doit être signalé à Pôle Emploi dans le mois qui précède la rentrée.

Je soussigné(e) :

- atteste remplir les critères d'éligibilité fixés par la Région Grand Est - tels que rappelés dans les fiches récapitulatives "Conditions générales et conditions spécifiques de prise en charge des formations sanitaires",
- déclare avoir cessé toute activité professionnelle salariée ou non salariée et ne plus être lié contractuellement à un employeur (sauf en cas d'activité réduite si la quotité de travail n'excède pas 18h/semaine ou 78h/mois dans les 9 mois avant l'entrée en formation ,
- et ne pas être placé(e) soit en disponibilité de la fonction publique, soit en congé (congé de formation, congé sabbatique, congé parental...).

J'autorise Pôle Emploi à transmettre les informations ci-après à la Région.

Toute fausse déclaration est passible de peines et d'amendes prévues par les articles 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal.

Fait à :

Le :

Signature de l'apprenant ou du responsable légal

PARTIE A RENSEIGNER PAR POLE EMPLOI

Attestation à remplir dans le mois précédent l'entrée en formation

Pôle Emploi atteste que :

- l'apprenant est inscrit en tant que demandeur d'emploi :

depuis le :

est inscrit en catégorie :

depuis le :

dernier jour d'actualisation :

justifie d'une activité déclarée à cette date (O/N) :

- l'apprenant justifie du statut suivant, au cours de la période de référence (voir dates précises au verso) :

non démissionnaire

démissionnaire pour motifs légitimes reconnus **exclusivement** par la Région Grand Est soit : rupture d'un contrat aidé, emploi avenir ou service civique... - pour cause de non paiement des salaires - pour suivre le conjoint suite à mutation ou mariage - pour suivre son enfant handicapé admis dans une structure d'accueil - pour cause de violences conjugales - pour cause d'actes délictueux dans le cadre du contrat de travail

autre motif de rupture *

*Motif de fin ou de rupture de contrat - choisir parmi les options suivantes : Convention de Reclassement Personnalisé (CRP), démission, démission contrat 18 h/semaine au maximum, licenciement, rupture conventionnelle/amiable, fin de contrat, non renouvellement de CDD, dispositif démission-reconversion

Date de la rupture :

non défini, Pôle Emploi n'étant pas en mesure de vérifier la situation de l'apprenant et d'attester de son statut au regard des critères fixés par la Région Grand Est

- son projet de formation professionnelle a fait l'objet d'une validation auprès d'un conseiller de Pôle Emploi.

L'apprenant justifie-t-il de droits ouverts au titre de l'ARE (O/N) ?

Nom du signataire :
Prénom :
Qualité :
Agence :
Lieu :
Date :

Signature et cachet de Pôle Emploi



Institut de Formation des Métiers de la Rééducation (IFMR)
Formation en Ergothérapie



DOCUMENT A REMETTRE A LA TRESORERIE

COTISATIONS A PAYER
ANNEE SCOLAIRE 2022/2023
1^{ère} ANNEE

Nom et Prénom :

COTISATIONS OBLIGATOIRES

- Droit annuel d'inscription	170,00 € <input type="checkbox"/>
- Carte badge	50,00 € <input type="checkbox"/>

	220,00 € <input type="checkbox"/>

TOTAL :.....€

Le versement de votre paiement sera à remettre en 1 chèque établi à l'ordre de la
Trésorerie du Groupe Hospitalier de la Région de Mulhouse et Sud Alsace.

Déposé le

Payé par chèque de ----- € (sous réserve d'encaissement)

Cachet de la Trésorerie :

DOSSIER MEDICAL

En référence à l'Arrêté du 17 janvier 2020 relatif à l'admission dans les instituts préparant aux diplômes d'Etat de pédicure podologue, d'ergothérapeute, de psychomotricien, de manipulateur d'électroradiologie médicale et de technicien de laboratoire médical et portant dispositions diverses, article 11 : « L'admission définitive est subordonnée :

1° A la production, au plus tard le jour de la rentrée, d'un certificat médical émanant d'un médecin agréé attestant que le candidat n'est atteint d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession à laquelle il se destine. [...];

2° A la production, au plus tard le jour de la première entrée en stage, d'un certificat médical attestant que le candidat remplit les obligations d'immunisation et de vaccination prévues, le cas échéant, par les dispositions du titre Ier du livre 1er de la troisième partie législative du code de la santé publique. »

En référence à 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

Vous trouverez ci-dessous différents documents à compléter et pièces à nous transmettre.

Nous attirons votre attention sur le fait que votre admission définitive est soumise à la production de ces certificats.

1. Un certificat médical émanant d'un médecin agréé par les Agences Régionales de Santé (voir liste ci-jointe) attestant que le candidat présente les aptitudes physiques et psychologiques nécessaires à l'exercice de la profession. Vous devez utiliser le formulaire.

La consultation (à votre charge) chez le médecin agréé n'ouvre pas droit à un remboursement Sécurité Sociale.

2. Attestation médicale : document médecin référent GHRMSA

3. Attestation médicale : document ARS

4. Copie du carnet de vaccinations : **les copies doivent être nominatives**

Le carnet de vaccination est à vous doter pour la rentrée scolaire.

En cas de contre-indication temporaire ou définitive à l'une des vaccinations indiquées ci-dessus, il appartient au Médecin Inspecteur Régional de la Santé ou son représentant Médecin Inspecteur de la Santé d'apprécier la suite à donner à l'admission des candidats.

En cas d'impossibilité de passer ces examens au dispensaire de Mulhouse, vous pouvez prendre contact avec d'autres dispensaires proches de votre domicile pour convenir d'un rendez-vous.

Les étudiants âgés de plus de 25 ans doivent fournir, pour la vaccination contre l'hépatite B, une attestation médicale indiquant la date et le résultat du contrôle du taux des anticorps Hbs. Ce certificat doit également préciser que le candidat a subi un test tuberculinique. Ce certificat indique le résultat de l'intradermo-réaction à 5 UI datant de moins d'un an, que celle-ci soit positive ou que 2 tentatives infructueuses de vaccination par le B.C.G aient été effectuées.

Le cas échéant, vous pouvez bénéficier d'une intra-dermo réaction au :

CENTRE MEDICO-SOCIAL (dispensaire ouvert tous les après-midi)

67 rue du manège

68100 MULHOUSE

☎ : 03.89.36.64.11 ou 03.89.36.64.13

Consultation sur RDV :

le mardi de 8h30 à 12h00 et de 13h30 à 17h00

et les mercredi - jeudi et vendredi de 13h30 à 17h00

DOSSIER MEDICAL

Etudiant(e) en 1^{ère} année d'ergothérapie

L'ensemble des pièces seront à fournir directement au médecin référent de scolarité lors de votre consultation médicale de rentrée

NOM : Prénom :
(En Majuscule)

Née le/...../.....

Domiciliée à

LISTE DES MEDECINS GÉNÉRALISTES AGREES PAR TERRITOIRE

Région Grand Est

<https://www.grand-est.ars.sante.fr/annuaires-des-professionnels-et-etablissements>

Région Bourgogne- Franche Comté

<https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/medecins-agrees-12>



**Institut de Formation des Métiers de la Rééducation (IFMR)
Formation en Ergothérapie**



DOSSIER MEDICAL : CERTIFICAT MEDICAL

Délivré par un médecin agréé par une Agence Régionale de Santé

Je soussigné, Docteur Médecin agréé
(NOM - Prénom en majuscules)

atteste que **Madame - Monsieur**

NOM : Prénom :
(En Majuscule)

Née le/...../.....

Domiciliée à

**Ne présente aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec
l'exercice de la profession d'ergothérapeute.**

A Le.....

Cachet et signature du Médecin :

ATTESTATION MEDICALE : Document médecin référent GHRMSA

CETTE ATTESTATION EST A REMPLIR PAR VOTRE MEDECIN TRAITANT ET A REMETTRE A L'INSTITUT DE FORMATION

Je soussigné(e),Médecin traitant, atteste que :

Madame, Monsieur

Né(e) le / / Domicilié(e) à

Présente les résultats du test IGRA (Interféron-Gama-Release-Assays) Quantiféron-TB

Du fait du non remboursement par la sécurité sociale du **test IGRA (Interféron-Gamma-Release-Assays) Quantiféron TB**, celui-ci peut être **remplacé par l'IDR (IntraDermo Réaction à la tuberculine)**.

Est vacciné contre le Covid-19

À compter du 30 janvier 2022, la dose de rappel devient obligatoire pour tous les professionnels travaillant dans les secteurs sanitaire et médico-social soumis à l'obligation vaccinale depuis le 15 septembre 2021. Pour continuer à exercer leur activité professionnelle, les personnels concernés par l'obligation vaccinale doivent, soit :

- bénéficier d'un schéma vaccinal complet intégrant la dose de rappel qui doit être effectuée 4 mois maximum après le schéma de vaccination initial ;
- présenter un certificat de rétablissement valide (de plus de 11 jours et de moins de 4 mois après l'infection au Covid) ;
- présenter un certificat médical de contre-indication à la vaccination établi par un médecin.

Si vous avez contracté le Covid-19 plus de 3 mois après votre schéma vaccinal initial, vous n'avez pas besoin de faire de dose de rappel. Vous bénéficiez d'un certificat de rétablissement à durée illimitée

Date	Nom du vaccin	N° de lot	Certificat de rétablissement	Certificat de contre-indication

RECOMMANDATION

A effectué une radio pulmonaire

	ATTESTATION MEDICALE DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES POUR L'ENTREE EN FORMATION D'ERGOTHERAPIE	DRHS/PNM P-002 V7-03/2021
Département des Ressources Humaines en Santé		

CETTE ATTESTATION EST A REMPLIR PAR VOTRE MEDECIN TRAITANT ET A REMETTRE AU CENTRE DE FORMATION au plus tard le **01 septembre 2022**

Compléter impérativement les dates en précisant JJ/MM/AA

DIPHTERIE-TETANOS-POLIO-COQUELUCHE

1ère injection le : ... /... /.....	1 ^{er} Rappel : ... /... /.....	Age:
2ème injection le : ... /... /.....	2 ^{ème} Rappel : ... /... /.....	Age:
3ème injection le : ... /... /.....	3 ^{ème} Rappel : ... /... /.....	Age:
	4 ^{ème} Rappel : ... /... /.....	Age:
	5 ^{ème} Rappel : ... /... /.....	Age:

HEPATITE B

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

Taux d'anticorps :

Taux d'anticorps anti Hbs	>100 UI/L	immunisé
	10 -100 UI/L	réaliser Ag HBs (si Ag HBs négatif : immunisé)
	<10	non protégé : Reprendre le schéma vaccinal

En cas de doute : **CONSULTER LE MEDECIN AGREE REFERENT ARS**

Immunisation : Oui Non

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

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

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

VACCINS RECOMMANDES*

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

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

BCG - pour information

Le [décret n°2019-149 du 27 février 2019](#) suspend l'obligation de vaccination contre la tuberculose des professionnels visés aux articles [R.3112-1 C](#) et [R.3112.2](#) du code de la santé publique.

Ainsi, la vaccination par le BCG ne sera plus exigée lors de la formation ou de l'embauche de ces professionnels dès le 1^{er} avril 2019. Toutefois, il appartiendra aux médecins du travail d'évaluer ce risque et de proposer, le cas échéant, une vaccination par le vaccin antituberculeux BCG au cas par cas aux professionnels du secteur sanitaire et social non antérieurement vaccinés, ayant un test immunologique de référence négatif et susceptibles d'être très exposés

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

Je soussigné(e), Docteur

Certifie que Mme – Mr

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

SIGNATURE DU MEDECIN :

CACHET :

Pour toute information, vous pouvez vous rendre sur le site Vaccination InfoService.fr
<https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Recommandations-vaccinales-specifiques/Professionnels-exposes-a-des-risques-specifiques/Professionnels-de-sante>



QUELQUES INFORMATIONS PRATIQUES

Visite médicale

Vous passerez une visite médicale obligatoire à la rentrée scolaire. Dans cette perspective, vous devez vous munir de votre dossier médical complété (obligatoire), votre carnet de vaccinations (obligatoire) ainsi que le compte-rendu et le cliché de la radiographie pulmonaire (recommandé). Vous remettrez la photocopie des pages attestant des vaccinations avec vos nom et prénom.

Stages

Les stages ont lieu obligatoirement dans le territoire du Grand Est sans dérogation possible (sauf stage optionnel).

Vous pouvez être amenés à utiliser votre véhicule personnel pour les déplacements sur le lieu de stage, sous couvert de produire une attestation d'assurance couvrant les trajets professionnels.

Les textes règlementaires prévoient indemnisation et remboursement de trajet. Vous aurez l'ensemble des informations utiles à la rentrée.

Certificat de scolarité

Un certificat de scolarité vous sera remis à la rentrée.

Carte d'étudiant(e)

Une carte d'étudiant(e) délivrée par l'Université de Strasbourg vous sera remise par le service de scolarité universitaire. Il sera à restituer à la fin de votre formation.

Restauration

La carte badge délivrée le jour de la rentrée, vous permet l'accès aux restaurants du personnel et à la distribution automatique du GHRMSA, avec des tarifs avantageux. Il sera à restituer à la fin de votre formation.

Tenues

Nous pourrions vous recommander l'achat de trois tenues professionnelles (coût à confirmer de 45€ pour l'ensemble). Vous en serez informés à la rentrée.

L'essayage des tenues hospitalières est programmé à la rentrée par nos soins.

Amicale des étudiants

Les membres de association Mulhousienne FREEDOM (Fédération Rêvée des Etudiants Ergothérapeutes Dynamiques et Originaux de Mulhouse) vous présenteront l'association. Les modalités d'adhésion vous seront communiquées courant septembre.

Logement

Vous trouverez l'ensemble des information sur les pages suivantes.

Allocation logement

L'allocation logement est gérée par la Caisse d'Allocation Familiale et accordée sous certaines conditions de revenus, aux étudiants de moins de 26 ans.

La CAF propose un nouveau service sur internet à tous les étudiants : sur le site <http://www3.caf.fr/>
Les étudiants peuvent saisir directement leur demande d'aide au logement

Livres conseillés pendant l'été avant d'intégrer la formation

<p><u>Anatomie et neurophysiologie appliquée pour l'ergothérapie</u> Ian R. McMillan (Auteur) Gail Carin-Levy (Auteur) Manuel (broché) Edition Deboeck 2020</p>		<p><u>Engagement, occupation et santé</u> Coordonné par Caire. JM, Schabaille. A Actualités en ergothérapie 2018</p>	
<p><u>Guide du diagnostic en ergothérapie</u> Dubois. B, Thiébaud Samson. S, et al (auteurs) Edition Deboeck supérieur 2017</p>		<p><u>L'activité humaine : un potentiel pour la santé ? 3e assises d'ergothérapie</u> Rédacteur scientifique : Hélène Hernandez, Marie-Chantal Morel-Bracq, Karine Riguet, Eric Trouvé - 2015</p>	

TROUVER VOTRE LOGEMENT

Homes du GHRMSA :

Le GHRMSA propose des logements étudiants (Homes du GHRMSA). Le loyer pour une chambre meublée pour l'année 2022 de 233.61€ par mois, une caution du même montant sera également demandée. Si vous êtes intéressés appeler le secrétariat au 03.89.64.82.83 qui vous inscrira sur une liste.

LOGEMENT JEUNE 68

28A rue des Franciscains

68100 Mulhouse

Tél. : 03.89.66.00.88

Site Internet : <http://www.lj68.fr>

Passer à l'Association pour établir un dossier, remise d'une liste des logements après acceptation du dossier. Ces logements (meublés ou non) proviennent directement de particuliers pour étudiants de 18 à 29 ans ainsi que des logements d'étudiants en résidence étudiante.

CLOUS

1 rue Alfred Werner

68093 Mulhouse

Tél. : 03.89.33.64.64

Site Internet : <http://clous-mulhouse.cnous.fr>

E-mail : hebergement.mulhouse@crous.u-strasbg.fr

Il s'agit de logements en cité Universitaire : chambres et studios d'étudiants. Il y a un Point logement du CLOUS pour la location de chambres et studios chez des particuliers.

MGEL LOGEMENT

14 rue Jacques Preiss

68100 Mulhouse

Tél. : 03.89.56.64.09

Site Internet <http://www.mgel-logement.fr>

E-mail : contact.mulhouse@mgellogement.fr

Il s'agit de logements meublés ou non.

PRESSE LOCALE

- Le Journal d'annonces gratuit
- Le Journal "L'Alsace"
- Le Journal "Les Dernières Nouvelles d'Alsace"

AGENCE DE LOCATION

105 avenue de Colmar

68200 Mulhouse

Tél. : 03.89.33.10.33

Site Internet : <http://www.nexity-immobilier.com>

Il s'agit d'une agence de location de logements

RESIDENCE GAMBETTA

8 Boulevard Gambetta

68100 MULHOUSE

Tél. : 03.89.36.12.26

Site Internet : <http://www.residencesparme.fr>

Il s'agit de logements meublés.