



**CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE  
INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS**

27 rue Lionnois – CS 60034 – 54 035 NANCY CEDEX

Téléphones : 03 83 85 98 33 - 03 83 85 15 61

E-mail : [ifsilionnois.admission@chru-nancy.fr](mailto:ifsilionnois.admission@chru-nancy.fr)



Dossier suivi par :

**MARTINS Laurane** : Secrétariat d'admission

**MARIE Amandine** : Gestionnaire d'année L1- promotion 2026-2029

**PETITJEAN Gaëlle** : Secrétariat de direction

**DOSSIER D'INSCRIPTION POUR  
L'ENTRÉE EN FORMATION 2026 / 2027 À  
L'IFSI DU CHRU DE NANCY**

**La PRÉ-RENTRÉE ADMINISTRATIVE à l'IFSI du CHRU de NANCY est fixée le :**

**Lundi 31 août 2026 à 13h30**

**Votre présence est demandée**

Madame, Monsieur,

Suite à votre demande d'intégrer l'INSTITUT DE FORMATION du CHRU de NANCY pour la rentrée de septembre 2026, nous vous prions de trouver en pièces jointes, les éléments constitutifs de votre dossier d'inscription.

**Ce dernier doit nous être retourné, COMPLET, dès votre inscription à l'Université de Lorraine effectuée.**

Les documents à nous transmettre sont listés page 3 de ce dossier d'inscription et devront nous être **transmis par Lettre Recommandée avec Accusé de Réception ou déposé en main propre à l'adresse suivante** : IFSI du CHRU de Nancy – 27 rue Lionnois – CS60034 – 54 035 NANCY CEDEX

Conformément à l'article 6 de l'arrêté du 20 février 2026 relatif au Diplôme d'Etat Infirmier, la décision d'admission dans la formation conduisant au Diplôme d'État d'Infirmier est prise par le directeur de l'institut de formation sur proposition de la commission d'admission.

L'admission **définitive** à l'Institut de Formation en Soins Infirmier (IFSI) est actée qu'après avoir :

- Procédé à votre inscription à l'Université de Lorraine (attestation d'inscription à transmettre) ;
- Transmis les pièces administratives demandées avec votre dossier d'inscription.

**Tout dossier INCOMPLET ne sera PAS TRAITÉ et votre INSCRIPTION ne sera donc PAS VALIDÉE.**

**La rentrée scolaire elle, aura lieu le :**

**Mardi 1<sup>er</sup> septembre 2026 à 08h15**

à l'IFSI du CHRU de Nancy,  
25 rue Lionnois, 54 000 NANCY

Pour toute question, le secrétariat d'admission est joignable du **Lundi au Vendredi de 08h30 à 11h30 et 14h00 à 16h00** par :

- Téléphone : 03 83 85 98 33
- E-mail : [ifsilionnois.admission@chru-nancy.fr](mailto:ifsilionnois.admission@chru-nancy.fr)



# CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

27 rue Lionnois – CS 60034 – 54 035 NANCY CEDEX

Téléphones : 03 83 85 98 33 - 03 83 85 15 61

E-mail : [ifsi.lionnois.admission@chru-nancy.fr](mailto:ifsi.lionnois.admission@chru-nancy.fr)



## BOURSE RÉGIONALE D'ÉTUDES

Vous trouverez en annexe, une notice afin de vous guider lors de votre demande de Bourse Région Grand Est. Il vous appartient d'effectuer votre demande **au plus tôt**, sur le site de la Région Grand Est : <https://boursesanitaireetsociale.grandest.fr/>

Pour toute information sur les aides financières, veuillez consulter : <https://www.grandest.fr/aides/>

## BADGE du CHRU de Nancy

**Un badge vous sera remis à la rentrée**, vous permettant l'accès à l'IFSI, au self, ainsi qu'aux vestiaires et services du CHRU où vous effectuerez vos stages.

Si vous souhaitez déjeuner au self, prévoyez une carte bancaire afin d'alimenter votre carte.

Vous devrez également vous munir de votre mail d'admission à l'IFSI.

## AMÉNAGEMENT DE FORMATION

Si vous souhaitez faire une demande **d'aménagement d'études** (Article 37 de l'arrêté du 20 février 2026) OU de **dispense d'enseignement** (Titre 3 de l'arrêté du 20 février 2026), des documents spécifiques seront à votre disposition le jour de la rentrée, ainsi que le site CAMPUS du CHRU, rubrique Formation Infirmière.

Toute personne porteuse d'un handicap peut contacter le secrétariat d'admission de l'IFSI qui vous orientera vers les référents handicap. L'accessibilité aux personnes à mobilité réduite est actuellement limitée.

## RECOMMANDATIONS – INFORMATIONS PRATIQUES

### **MOOC : Massive Open Online Courses :**

Afin de faciliter vos apprentissages et d'assimiler le vocabulaire médical, il vous est fortement conseillé de vous inscrire au **MOOC « De l'atome à l'humain : à la racine des mots scientifiques »** de l'Université de Lorraine dès votre inscription confirmée via le lien suivant :

<https://www.fun-mooc.fr/fr/cours/de-latome-a-lhumain-a-la-racine-des-mots-scientifiques/>

### **Livres :**

Une liste recommandée d'ouvrages utiles à vos études vous sera présentée à la rentrée.

### **Tenues Professionnelles :**

Suivant les recommandations de l'ARS du 05 septembre 2020, l'ensemble des **établissements d'accueil en stage** doivent assurer le prêt, à titre gratuit, et l'entretien des tenues de chaque étudiant en soins infirmiers en stage, hors chaussures. Toutefois, **à l'institut**, pour tous les travaux pratiques et de simulation, il est exigé une tenue adaptée : pantalon et tee-shirt blanc.

## FRAIS D'INSCRIPTION ANNUELS

Les **frais d'inscription universitaires annuels** s'élèvent à **178 €** (base 2026 - sous réserve de réactualisation). Le paiement de **ce montant sera à verser avant votre inscription à l'IFSI à l'Université de Lorraine**, via leur plateforme, selon les modalités qu'ils vous transmettront.

**NB :** Pour les **candidats en mobilité internationale (Article 8)**, les frais d'inscriptions s'élèvent à 2 902 € (réforme du Décret 2026-385 du 19 avril 2026, modifiant le Décret 2019-344 du 19 avril 2019). Une politique d'exonération universitaire existe. Veuillez contacter l'Université de Lorraine pour toutes informations complémentaires.



# CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

27 rue Lionnois – CS 60034 – 54 035 NANCY CEDEX

Téléphones : 03 83 85 98 33 - 03 83 85 15 61

E-mail : [ifsi.lionnois.admission@chru-nancy.fr](mailto:ifsi.lionnois.admission@chru-nancy.fr)



UNIVERSITÉ  
DE LORRAINE



FACULTÉ DE  
MÉDECINE / MAÏEUTIQUE /  
MÉTIER DE LA SANTÉ À NANCY

## PIÈCES JUSTIFICATIVES A TRANSMETTRE POUR VOTRE INSCRIPTION

Comme indiqué précédemment, les pièces listées ci-après sont **à transmettre dès votre inscription à l'Université de Lorraine.**

Vous trouverez la notice d'inscription sur notre site web.

### CHECK LIST DES DOCUMENTS À TRANSMETTRE

Annexe 1	<b>Fiche de renseignements étudiant IFSI du CHRU de Nancy.</b>
Annexe 2	<b>Fiche de renseignements étudiant Direction des écoles et instituts – CHRU de Nancy.</b>
Annexe 3	<b>Attestation médicale de vaccination obligatoire, complété par le médecin traitant.</b> <i>Si votre parcours de vaccination Hépatite B est en cours, veuillez le faire préciser sur l'attestation par votre médecin. Il est toutefois impératif que vos vaccinations soient à jour avant votre départ en stage.</i> <b>NB :</b> L'admission définitive dans un IFSI est subordonnée à la production au plus tard le 1 <sup>er</sup> jour de la rentrée du certificat médical de vaccination conforme à la réglementation en vigueur.
Annexe 4	<b>Engagement paiement des frais de formation.</b>
Annexe 5	<b>Dossier Apprenant secteur SANITAIRE et SOCIAL</b> complété et <u>signé</u> . <i>Si vous n'êtes pas inscrit à France Travail, vous n'avez pas à compléter la Fiche 3.</i>
	<b>Attestation d'admission en 1<sup>ère</sup> année en IFSI</b> de PARCOURSUP. <i>Pour les candidats admis via Parcoursup. Document téléchargeable sur la plateforme Parcoursup.</i>
	<b>Attestation d'inscription à l'Université de Lorraine 2026 / 2027</b> avec votre N° d'inscription.
	<b>Attestation de paiement de la Contribution à la Vie Etudiante et de Campus (CVEC).</b> <i>Montant de 105€, obligatoire à toute inscription en études supérieures.</i> <i>A régler sur : <a href="https://cvec.etudiant.gouv.fr">https://cvec.etudiant.gouv.fr</a></i> <b>ATTENTION :</b> Il vous est demandé l'attestation de paiement et non la facture.  <i>NB : 1) Si vos frais de formation sont pris en charge par un organisme (Pôle Emploi, employeur...), la demande sur le site doit être faite sans paiement (justificatif d'exonération à télécharger et transmettre l'attestation d'exonération).</i> <i>2) Si vous êtes boursier, vous aurez la possibilité de faire une demande de remboursement auprès du CROUS via l'application CVEC entre le 01<sup>er</sup> septembre 2026 et le 31 mai 2027.</i>
	<b>Pièce d'identité en cours de validité recto-verso.</b> <i>Carte Nationale d'Identité / Passeport Français ou Titre de Séjour. Aucun autre document ne sera accepté.</i>
	<b>Photo d'identité récente.</b> Au format officiel des photos d'identité française : 4,5 cm x 3,5 cm.
	<b>Carte vitale.</b>
	<b>Relevé d'Identité Bancaire (RIB) au nom de l'étudiant.</b>
	<b>Baccalauréat (bacheliers avant 2026), Relevé de notes (bachelier 2026) ou ENIC NARIC (Bac hors UE).</b> <b>ATTENTION :</b> Ecrire sur le diplôme la mention « Je certifie sur l'honneur que la photocopie est conforme à l'original », suivie de la signature de l'étudiant.
	<b>Attestation Responsabilité Civile Vie Privée 2026 / 2027.</b> <i>En application de l'instruction n° DGOS/RH1/2010/243 du 5 juillet 2010. S'il s'agit de celle des parents ou du/de la conjoint(e), le nom de l'étudiant doit figurer sur l'attestation.</i>
	<b>Justificatif de votre mode de prise en charge financière.</b> <i>Se rapporter à la page 3 de la fiche de renseignement IFSI (certificat scolarité, justificatif France Travail...).</i>





# CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

27 rue Lionnois – CS 60034 – 54 035 NANCY CEDEX  
Téléphones : 03 83 85 98 33 - 03 83 85 15 61  
E-mail : [fsi.lionnois.admission@chru-nancy.fr](mailto:fsi.lionnois.admission@chru-nancy.fr)

**Annexe 1**



Dossier suivi par :

**MARTINS Laurane** : Secrétariat d'admission

**MARIE Amandine** : Gestionnaire L1 – Secrétaire référente de la promotion 2026-2029

**PETITJEAN Gaëlle** : Secrétariat de direction

## FICHE DE RENSEIGNEMENT ÉTUDIANTE ANNÉE UNIVERSITAIRE 2026-2027

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion de la formation conformément à la loi du 06/01/1978, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée en 2024.

**TOUT CHANGEMENT DE SITUATION DEVRA ÊTRE SIGNALÉ A VOTRE SECRETAIRE DE PROMOTION**

### IDENTITÉ DE L'ÉTUDIANT

Nom de famille (nom de jeune fille) : .....

Nom d'usage (nom d'épouse) : .....

Prénom : .....

Autre(s) prénom(s) : .....

Sexe :  Femme  Homme

Date de Naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Pays de Naissance : .....

Ville de Naissance : ..... Département de Naissance : \_\_\_

Nationalité : .....

N° de sécurité sociale : \_ \_ \_ \_ \_



### INFORMATIONS GÉNÉRALES

Adresse pendant les études (si elle vient à changer, veuillez-vous en informer de votre secrétaire de promotion) :

.....

Code Postal : \_ \_ \_ \_ \_ Ville : .....

Numéro de téléphone : \_ \_ \_ \_ \_

Adresse e-mail identifiable (avec votre nom et prénom, préciser si le firt et celui du 6 ou du 8) :

.....

Situation familiale :

- Célibataire
- Marié(e)\*
- Pacsé(e)\*
- En concubinage\*
- Divorcé(e)
- Séparé(e)
- Veuf / Veuve
- Autre : .....

\* Nom et profession : .....



**CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE  
INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS**

27 rue Lionnois – CS 60034 – 54 035 NANCY CEDEX

Téléphones : 03 83 85 98 33 - 03 83 85 15 61

E-mail : [ifsi.lionnois.admission@chru-nancy.fr](mailto:ifsi.lionnois.admission@chru-nancy.fr)



**PARCOURS ÉTUDIANT ET PROFESSIONNEL**

N° INE / BEA (11 caractères, trouvable en haut à gauche des bulletins de notes) : \_\_\_\_\_

Possédez-vous l'AFGSU 2 ?       Non       Oui      Date : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Études supérieures** (à partir du baccalauréat)

Etablissement (Nom, ville et département)	Nom de la formation (série et options / spécialités)	Diplôme obtenu ?	Années d'études suivies
..... .....	Série : ..... Option : .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____ - _____
..... .....	Série : ..... Option : .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____ - _____
..... .....	Série : ..... Option : .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____ - _____

**Activités antérieures** (professionnelles)

Employeur	Poste occupé	Dates de l'emploi
..... .....	..... .....	Du ___ / ___ / ___ Au ___ / ___ / ___
..... .....	..... .....	Du ___ / ___ / ___ Au ___ / ___ / ___
..... .....	..... .....	Du ___ / ___ / ___ Au ___ / ___ / ___
..... .....	..... .....	Du ___ / ___ / ___ Au ___ / ___ / ___

**INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES**

**Personne à prévenir en cas d'accident / d'urgence** (indiquer au moins une personne) :

NOM Prénom	Lien de parenté / relation (ami, conjoint, mère...)	N° de téléphone
..... .....	..... .....	_____ - _____
..... .....	..... .....	_____ - _____

Autorisez-vous l'institut de formation à utiliser votre droit à l'image ?       Oui       Non

Possédez-vous le permis de conduire ?       Non       Oui       En cours

Moyen de transport utilisé :       Voiture       Bus, Tram       Train       Autre : .....

Êtes-vous en situation de handicap ?       Non       Oui

Avez-vous besoin d'un aménagement d'étude ?       Non       Oui : .....



**CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE  
INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS**

27 rue Lionnois – CS 60034 – 54 035 NANCY CEDEX

Téléphones : 03 83 85 98 33 - 03 83 85 15 61

E-mail : [fsi.lionnois.admission@chru-nancy.fr](mailto:fsi.lionnois.admission@chru-nancy.fr)



**SITUATION À L'ENTRÉE EN FORMATION ET MODE DE PRISE EN CHARGE**

Nous vous remercions de bien vouloir cocher votre situation prévisionnelle **à la rentrée de septembre 2026**, compléter les informations demandées et fournir les pièces justificatives associées.

Si votre situation change en cours d'année, veuillez en avvertir votre secrétaire de promotion, Madame Amandine MARIE, par mail : [a.marie@chru-nancy.fr](mailto:a.marie@chru-nancy.fr)

Cocher votre situation	Situation prévisionnelle – Septembre 2026	Pièce(s) à fournir
	<b>Poursuite d'études</b> (baccalauréat, réorientation...)	<input type="checkbox"/> <b>Certificat scolarité Année N-1</b> (2025-2026) <b>ou Année N-2</b> (2024-2025)
	<b>Demandeur d'emploi :</b> <input type="checkbox"/> Indemnisé <input type="checkbox"/> Non Indemnisé <b>N° France Travail</b> (7 chiffres et 1 lettre) : _____ <b>Date d'inscription</b> : ____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> <b>Justificatif d'inscription à France Travail</b> avec votre n° d'identifiant. <input type="checkbox"/> <b>Dernier contrat de travail</b> (démissionnaire avant la période de référence du 01/03/26 au 29/08/26) <input type="checkbox"/> <b>Attestation de votre CPF</b> (à télécharger sur le site officiel : <a href="http://moncompteformation.gouv.fr">moncompteformation.gouv.fr</a> )
	<b>En activité :</b> <input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Fonctionnaire Employeur : ..... N° SIRET (obligatoire) : ..... Organisme payeur : ..... Adresse : ..... Études financées par votre employeur ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> <b>Attestation de prise en charge.</b>
	<b>Compte Personnel de Formation</b> (CPF)	<input type="checkbox"/> <b>Attestation de mobilisation de votre CPF.</b>
	<b>Transition Pro</b>	<input type="checkbox"/> <b>Notification de Prise en Charge Transition Pro.</b>
	<b>Apprenti(e) :</b> Employeur : ..... Organisme / CFA : ..... Adresse : .....	<input type="checkbox"/> <b>Notification de Prise en Charge par le CFA.</b>
	<b>Boursier(ère) ou demande en cours :</b> <input type="checkbox"/> <b>Du CHRU</b> <input type="checkbox"/> <b>CAE</b> (Contrat d'Allocation d'Étude)	<input type="checkbox"/> <b>Contrat signé avec les dates.</b>
	<b>Autres situations :</b> <input type="checkbox"/> En disponibilité <input type="checkbox"/> Profession libérale <input type="checkbox"/> En congé parental <input type="checkbox"/> Titulaire du DFASM <input type="checkbox"/> Diplôme étranger dans le domaine sanitaire	<b>Je prends en charge ma formation à hauteur de :</b> ..... €

**Avez-vous demandé une bourse à la Région Grand Est :**     Oui       Non

Lorsque vous aurez reçu votre notification de bourse, veuillez la transmettre par mail à votre secrétaire d'année, au secrétariat d'admission et la garder pour justifier de votre Bourse auprès de l'Université de Lorraine concernant vos frais d'inscription.

**Date et Signature obligatoire de l'étudiant et du représentant légal (préciser le statut) si mineur :**

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_      Signature :



## FICHE DE RENSEIGNEMENT ETUDIANT 2026 / 2027

Merci de compléter ce document en lettres majuscules

IFSI :

IFMEM :

CFARM :

PROMOTION : 1<sup>ère</sup> année :

2<sup>ème</sup> année :

3<sup>ème</sup> année :

REDOUBLANT :  OUI  NON

NOM PATRONYMIQUE :

NOM MARITAL :

Prénom :

N° de Sécurité Sociale (rattaché à votre nom) :

Date de Naissance :

Lieu de Naissance :

Département de Naissance :

Nationalité :

Adresse (pendant la formation) :

Code Postal :

Ville :

N° de Téléphone :

MAIL (en majuscule et obligatoire) :

@

**Le statut est une donnée obligatoire qui définit votre éligibilité aux indemnités de stage et aux frais de déplacements.**

CONTRAT BOURSE D'ETUDES CHRU de Nancy	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
CONTRAT BOURSE D'ETUDES établissement extérieur	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
ETUDE PROMOTIONNELLE CHRU	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
ETUDE PROMOTIONNELLE établissement extérieur	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
APPRENTIS	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
	Depuis le :	

Nancy, le :

Signature :

**Merci de signaler tout changement intervenant dans votre situation au cours de l'année au Secrétariat.**



<b>Département des Politiques de Ressources Humaines en Santé</b>	<b>ATTESTATION MÉDICALE DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES POUR L'ENTRÉE EN FORMATION DE L'INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS DU CHRU DE NANCY</b>	V8-05/2025
<b>Direction de l'Offre Sanitaire</b>		

CETTE ATTESTATION EST À REMPLIR PAR VOTRE **MEDECIN TRAITANT** ET À REMETTRE A L'INSTITUT DE FORMATION AU PLUS TARD LE **01<sup>ER</sup> SEPTEMBRE 2026**

Nom de l'étudiant / élève : .....

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Âge : .....

**Compléter impérativement les dates en précisant JJ/MM/AA**

**DIPHTÉRIE-TÉTANOS-POLIO-COQUELUCHE (DTPC)**

1 <sup>ère</sup> injection le : ..... / ..... / .....	1 <sup>er</sup> rappel : ..... / ..... / .....	Âge : .....
2 <sup>ème</sup> injection le : ..... / ..... / .....	2 <sup>ème</sup> rappel : ..... / ..... / .....	Âge : .....
3 <sup>ème</sup> injection le : ..... / ..... / .....	3 <sup>ème</sup> rappel : ..... / ..... / .....	Âge : .....
	4 <sup>ème</sup> rappel : ..... / ..... / .....	Âge : .....
	5 <sup>ème</sup> rappel : ..... / ..... / .....	Âge : .....

**HÉPATITE 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 : .....

**Joindre les résultats sérologiques quelle que soit la date**

<b>Taux d'anticorps anti Hbs</b>	<b>&gt;100 UI/L</b>	<b>Immunisé</b>
	<b>10 -100 UI/L</b>	<b>Réaliser Ag HBs</b> (si Ag HBs négatif : immunisé)
	<b>&lt;10</b>	<b>Non protégé :</b> Reprendre le schéma vaccinal

**En cas de doute : CONSULTER LE MÉDECIN AGRÉE RÉFÉRENT ARS**

**Immunisation :**     Oui                     Non

**VACCINS RECOMMANDÉS\***

Vaccins	Oui / Date	Non
ROR		
Rougeole		
Rubéole		
Varicelle		
Coqueluche		
Hépatite A		
Grippe (annuellement)		
Infections à méningocoques (rattrapage ACWY de 15 à 24 ans)**		

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

\*\* [Méningites et septicémies à méningocoques | Vaccination Info Service](#)

**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.

La vaccination par le BCG n'est plus exigée lors de la formation ou de l'embauche de ces professionnels depuis le 1<sup>er</sup> 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.

**FIÈVRE TYPHOÏDE - 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.

**ATTENTION** : le certificat d'aptitude de l'étudiant / 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.

Fait à ....., le .....

**SIGNATURE DU MÉDECIN :**

**CACHET :**

Pour toute information, vous pouvez vous rendre sur le site [Vaccination InfoService.fr](https://professionnels.vaccination-info-service.fr)

<https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Recommandations-vaccinales-specifiques/Professionnels-exposes-a-des-risques-specifiques/Professionnels-de-sante>



**CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE  
INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS**

27 rue Lionnois – CS 60034 – 54 035 NANCY CEDEX  
Téléphones : 03 83 85 98 33 - 03 83 85 15 61  
E-mail : [ifsi.lionnois.admission@chru-nancy.fr](mailto:ifsi.lionnois.admission@chru-nancy.fr)

**Annexe 4**



UNIVERSITÉ  
DE LORRAINE



FACULTÉ DE  
MÉDECINE / MAÏEUTIQUE /  
MÉTIER DE LA SANTÉ À NANCY

## ENGAGEMENT PAIEMENT DES FRAIS DE FORMATION

Je soussigné(e),

**Nom** : ..... **Prénom** : .....

**Date de naissance** : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_ . **Lieu de naissance** : .....

**Adresse** : .....

Déclare solliciter mon inscription au sein de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers du CHRU de Nancy pour l'année scolaire 2026 / 2027.

Je reconnais être informé(e) du montant des frais de formation pour l'année scolaire à savoir 8 200,00 € \* (huit mille deux cent euros). Ce coût est fixé par l'arrêté du Directeur Général en date du 20 février 2026.

En conséquence, à défaut d'une prise en charge par la Région ou d'un autre financement externe couvrant tout ou partie des frais, je m'engage à régler personnellement le solde restant dû à réception de la facture.

Le présent engagement vaut engagement contractuel au sens des articles 1101 et suivants du Code Civil.

**Fait à** .....

**Le** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

**Signature**

(Précédée de la mention manuscrite « **Bon pour engagement conditionnel de paiement** » )

\* Le montant indiqué correspond aux frais de formation applicables pour l'année en cours. Il est susceptible de modification annuelle conformément à la réglementation en vigueur.

En cas d'interruption de scolarité **pour cas de force majeure**, les frais de scolarité seront exigibles proportionnellement au temps de présence de l'élève durant sa formation. Pour tout autre motif d'interruption, hors cas de force majeure, les frais de scolarité dus en totalité.



**DOSSIER APPRENANT SECTEUR SANITAIRE  
et SOCIAL**

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 2025/2026.

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

Ne bénéficient de la gratuité du coût pédagogique de leur formation que les apprenants qui remplissent les conditions d'éligibilité fixées par la Région.

Ces conditions sont rappelées dans les fiches récapitulatives "Conditions générales et conditions spécifiques de prise en charge des formations" 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 France Travail



**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 France Travail : à remplir par tout apprenant ayant le profil de demandeur d'emploi

**Onglet 4** Documents demandés en cas de contrôle

\*\*\*\*\*

**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 pénal.**

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 Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, tout utilisateur du présent document dispose d'un droit d'accès, de rectification et de radiation portant sur ses données personnelles sur simple demande à l'adresse suivante :

Conseil Régional Grand Est - Direction de l'Orientation, de la Formation pour l'Emploi  
Service des Formations Sanitaires et Sociales  
1 place Adrien Zeller - BP 91006 - 67070 STRASBOURG Cedex  
Tél. 03 87 33 64 19 - mail : fss@grandest.fr

FICHE DE RENSEIGNEMENTS - SITUATION DE L'APPRENANT

**IDENTITE DE L'APPRENANT**

Civilité :

Nom de naissance :  Nom d'usage (marital) :

Prénoms :

Adresse postale :

CP :  Ville :

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

Célibataire  Veuf(ve)

Marié(e)/Pacsé(e)  Divorcé(e)

Vie maritale

Date de naissance :

Téléphone :

Personne reconnue travailleur handicapé (O/N) ?

Adresse électronique :

**PARCOURS SCOLAIRES**

Dernier diplôme obtenu (niveau le plus élevé) :

Année d'obtention	Intitulé du diplôme	Spécialité/discipline/série
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Date de sortie de formation initiale (études) :

Année scolaire	Cursus de formation	Etablissement
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**ANTECEDENTS PROFESSIONNELS DE L'APPRENANT AVANT L'ENTREE EN FORMATION (si concerné)**

**ANTECEDENTS PROFESSIONNELS A COMPLETER OBLIGATOIREMENT SUR LES DEUX DERNIERES ANNEES AVANT L'ENTREE EN FORMATION  
POUR TOUTES LES FORMATIONS**

Date d'embauche (jj/mm/aaaa)	Employeur et lieu de travail	Emploi occupé	Type de contrat (CDD-CDI-Fonctionnaire-Intérimaire-Contrat en alternance-Contrat aidé-Contrat civique-Contrat volontariat...)	Temps de travail	Nature de la fin du contrat (fin de contrat-fin d'intérim-licenciement-rupture conventionnelle-démission-rupture d'un commun accord,...)	Date de fin ou de rupture de contrat (jj/mm/aaaa)

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 pédagogique 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)

- 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 (certificat de scolarité 2023/2024 ou 2024/2025) à transmettre à l'institut à l'entrée en formation
- Demandeur d'emploi non démissionnaire durant la période de référence qui démarre 6 mois avant la date de rentrée de l'année de sélection et jusqu'à la date de rentrée effective (y compris en cas de report) - (hors formation AS et AP)
- Salarié(e) bénéficiant d'un financement à titre dérogatoire pour les formations d'AS, AP et d'AMBU
- 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 720 € par mois

financer la formation à titre personnel étant donné que je ne remplis pas les conditions d'éligibilité fixées par la Région

bénéficier de la prise en charge du coût pédagogique par le biais d'un dispositif de formation professionnelle continue (Transition Pro, CFP, OPCO, ANFH, France Travail, plan de formation employeur...)

mobilisation de mon CPF + 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 ;
- 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 et SOCIALES

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

IDENTITE DE L'APPRENANT

Nom de naissance et/ou nom d'usage :

Prénoms :

Date de naissance :

PROJET DE FORMATION

Etablissement de formation :

IFSI du CHRU de Nancy

Formation suivie :

Formation en Soins Infirmiers

Lieu de formation :

27 rue Lionnois, 54 000 Nancy

Année scolaire ou universitaire :

2026/2027

Année de réussite aux sélections :

2026

Date de la rentrée :

31/08/2026

Période de référence :

du :

1 mars 2026

au :

31 août 2026

ANTECEDENTS PROFESSIONNELS (à compléter pour toutes les formations)

Situation au regard des derniers emplois occupés durant la période de référence qui **démarre 6 mois avant la date de rentrée de l'année de sélection et jusqu'à la date de rentrée effective (y compris en cas de report) - (cette période ne concerne pas les formations AS et AP) :**

soit :

du : 1 mars 2026

au :

31 août 2026

Date d'embauche (jj/mm/aaaa)	Employeur	Lieu de travail	Emploi occupé	Type de contrat (CDD-CDI-Fonctionnaire-Intérimaire-Contrat en alternance-Contrat aidé-Contrat civique-Contrat volontariat...)	Temps de travail	Nature de la fin du contrat (fin de contrat-fin d'intérim-licenciement-rupture conventionnelle-démission-rupture d'un commun accord,...)	Date de fin ou de rupture de contrat (jj/mm/aaaa)

Le changement de situation lié à l'entrée en formation doit être signalé à France Travail 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",
- 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 France Travail 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 FRANCE TRAVAIL

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

Nom de naissance et/ou nom d'usage :

Prénoms :

Période de référence : du :

1 mars 2026

au : 31 août 2026

(cette période ne concerne pas les formations AS et AP)

### - l'apprenant est inscrit en tant que demandeur d'emploi (à compléter obligatoirement pour toutes les formations):

N° d'identifiant France Travail :

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 (hors formations AS et AP) :

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

non renouvellement de CDD

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, dispositif démission-reconversion

Date de la rupture :

non défini, France Travail 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 : (France Travail, Mission locale, Cap Emploi ou Conseil Départemental).

Nom du signataire :

Prénom :

Qualité :

Agence :

Lieu :

Date :

Signature et cachet de France Travail

Nom du signataire :

Prénom :

Qualité :

Lieu :

Date :

Signature et cachet  
Mission Locale, CAP EMPLOI ou Conseil Départemental

**DOCUMENTS QUI VOUS SERONT DEMANDES  
EN CAS DE CONTROLE**

**POUR LES JEUNES EN POURSUITE D'ETUDES**

- Certificat de scolarité 2024-2025 ou 2025-2026

**POUR LES DEMANDEURS D'EMPLOI**

- Dossier apprenant + attestation UNEDIC ou à défaut les contrats de travail pendant la période de référence
- Micro-entrepreneur : dossier apprenant + revenus déclarés à l'URSSAF des 6 derniers mois avant l'entrée en formation

**POUR LES NON-FINANCES**

- Attestation sur l'honneur du dossier apprenant pour le financement à titre personnel
- Attestation de mobilisation du Compte CPF (avec le montant)

**POUR LES APPRENANTS HORS UNION EUROPEENNE**

- Titre de séjour en vigueur à la date de la rentrée en formation



# Secteur Sanitaire et Social

## DES MÉTIERS D'AVENIR !

Conditions générales de prise en charge des **formations sanitaires et sociales** :

- Ambulancier, auxiliaire de puériculture, aide-soignant, ergothérapeute (Mulhouse), infirmier, manipulateur en électroradiologie médicale, psychomotricien (Mulhouse).
- Moniteur éducateur, technicien de l'intervention sociale et familiale, assistant de service social, éducateur de jeunes enfants, éducateur spécialisé, éducateur technique spécialisé, 3<sup>e</sup> année en conseiller économie sociale et familiale.

RENTRÉE DE **SEPTEMBRE 2026**  
ET **PREMIER TRIMESTRE 2027**



**Vous êtes éligible à la prise en charge régionale !**



**Vous n'êtes pas éligible à la prise en charge régionale !**

### 1 VOUS AVEZ MOINS DE 26 ANS ET ÊTES EN POURSUITE D'ÉTUDES

1

Vous devez fournir un **certificat de scolarité** (année 2024-2025 ou 2025-2026) pour une formation reconnue RNCP ou assimilé

Toute formation non reconnue RNCP ou assimilé



Le statut de jeune moins de 26 ans en poursuite d'études est prioritaire



### 2 VOUS ÊTES DEMANDEUR D'EMPLOI

2

**Vous êtes non démissionnaire** au cours de la période de référence\* qui démarre 6 mois avant la date de rentrée de la sélection et jusqu'à la date de rentrée effective (y compris en cas de report)



Possibilité de mobiliser votre **Compte Personnel de Formation (CPF)** et de compléter sur fonds propres si vous souhaitez bénéficier de la mesure dérogatoire.

**\*PÉRIODE DE RÉFÉRENCE** : période durant laquelle votre statut est examiné pour déterminer si vous êtes éligible à la prise en charge régionale du coût de votre formation.

Cette période de référence ne s'applique pas aux formations **D'AIDE-SOIGNANT ET D'AUXILIAIRE DE PUÉRICULTURE**.

Vous avez démissionné pour **l'un des motifs suivants** :

- **Rupture à l'initiative du salarié** d'un contrat aidé, d'un emploi d'avenir, d'un service civique, d'un contrat volontariat gendarmerie ;
- Pour cause de **non-paiement des salaires** ;
- Pour **suivre le conjoint** suite à une 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**.

**Vous êtes démissionnaire** au cours de la période de référence\* qui démarre 6 mois avant la date de rentrée de la sélection et jusqu'à la date de rentrée effective (y compris en cas de report)

**Le dispositif « DÉMISSION RECONVERSION » n'est pas reconnu, pendant la période de référence, comme démission permettant la prise en charge du coût de la formation par la Région.**

Vous avez démissionné **avant la période de référence**.  
Vous n'avez **pas renouvelé votre CDD**.





**Vous êtes éligible à la prise en charge régionale !**



**Vous n'êtes pas éligible à la prise en charge régionale !**

### VOUS ÊTES SALARIÉ

3

- Vous avez un **contrat de travail dont la durée est inférieure ou égale à 18 heures par semaine ou 78 heures par mois** en moyenne durant les neuf mois précédant l'entrée en formation ;
- Vous avez un **contrat de travail à durée déterminée qui expire au plus tard dans les 7 jours** qui suivent le début de la formation ;
- Votre **congé parental a pris fin** avant le démarrage de la formation ;
- Votre **contrat travail est rompu** : licenciement, rupture conventionnelle de CDI... **la procédure doit impérativement avoir abouti avant la rentrée** ou au **plus tard dans les 7 jours** qui suivent le début de la formation ;
- Vous êtes **VDI ou micro-entrepreneur** et vos revenus déclarés en moyenne sur les 6 derniers mois avant l'entrée en formation s'élèvent mensuellement au maximum à 720 euros.



Obligation de mobiliser votre **Compte Personnel de Formation (CPF)** et de compléter sur fonds propres si vous souhaitez bénéficier de la mesure dérogatoire

- Vous avez gardé **un lien juridique avec un employeur**
- Vous êtes en **congé parental** ;
- Vous êtes en **congé sabbatique, en disponibilité, en congé de formation professionnelle, commerçant, profession libérale, ...**
- Vous êtes **VDI ou micro-entrepreneur** et vos revenus déclarés en moyenne sur les 6 derniers mois avant l'entrée en formation sont supérieurs mensuellement à 720 euros.



L'inscription à France Travail est obligatoire



### PIÈCES À FOURNIR À L'INSTITUT DE FORMATION

- **Attestation dûment complétée par France Travail** datant au maximum du mois précédent la rentrée ;
- **Attestation Unedic ou à défaut les contrats de travail** pour l'ensemble des emplois pendant la période de référence ;
- S'il y a lieu, **toutes pièces justifiant d'un changement de profil** ou d'une situation particulière.



[www.grandest.fr](http://www.grandest.fr)

La Région  
**Grand Est**

ALSACE  
CHAMPAGNE-ARDENNE  
LORRAINE

**Campagne des bourses 2026/2027**  
**Fiche numérique d'informations en vue de compléter votre dossier**  
**de demande de bourse**

**Téléservice - Portail des bourses**

<https://messervices.grandest.fr/>

Afin de bénéficier de l'ensemble des fonctionnalités de la plateforme, il convient d'utiliser un ordinateur (pas de tablette ni de téléphone portable).

**Ouverture du téléservice**

- ✓ Pour les apprenants boursiers déjà en formation en 2025/2026 : 4 mai 2026.
    - ✓ Pour les primo-entrants (1<sup>ère</sup> année) : 1<sup>er</sup> juillet 2026.
- (NB : les dossiers doivent être déposés avant le 30 septembre 2026 inclus)

**Page web Région Grand Est / Bourses des formations sanitaires et sociales**

<https://www.grandest.fr/vos-aides-regionales/bourse-secteur-sanitaire-social/>

**Code établissement à renseigner**

Préconisation : copier puis coller le code suivant dans le dossier de bourse en vue d'éviter toute erreur de retranscription :

**4yIC\_9a**

**Dates de référence - entrée et sortie de formation - à compléter**

(dates de référence définies sur la durée totale annuelle 2026/2027 de la formation au regard du référentiel du diplôme d'Etat – les formations respectivement **théorique et pratique** sont incluses dans la durée de la formation )

- ✓ Date d'entrée en formation pour l'année scolaire à venir 2026/2027 : 01/09/2026
- ✓ Date de fin de formation pour l'année scolaire à venir 2026/2027 : 02/07/2027

**Volume horaire de la formation**

Le volume horaire de la 1<sup>ère</sup> année de formation à l'IFSI du CHRU de Nancy est de **1 540 heures** :

- ✓ Enseignement théorique, pratique et encadrement pédagogique : 875 heures ;
  - ✓ Enseignement clinique (stage) : 525 heures ;
- ✓ Travail d'appropriation des connaissances en autonomie : 140 heures

**Rappels règlementaires**

- ✓ Seules les formations prises en charge par la Région Grand Est sont éligibles au dispositif des bourses - ce point est donc à vérifier auprès de votre école avant tout dépôt d'un dossier de bourse sur le téléservice précité ;
- ✓ La bourse n'est pas cumulable avec les allocations France Travail (ARE, AREF, RFF etc.) ;
  - ✓ La bourse n'est pas cumulable avec un contrat d'apprentissage, un contrat de professionnalisation, un Congé Individuel de Formation (CIF) ou une rémunération liée au statut de stagiaire de la formation professionnelle ;
  - ✓ La bourse n'est pas cumulable avec un **contrat d'allocation d'études**.



# CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

27 rue Lionnois – CS 60034 – 54 035 NANCY CEDEX

Téléphones : 03 83 85 98 33 - 03 83 85 15 61

E-mail : [ifsi.lionnois.admission@chru-nancy.fr](mailto:ifsi.lionnois.admission@chru-nancy.fr)



UNIVERSITÉ  
DE LORRAINE



FACULTÉ DE  
MÉDECINE / MAÏEUTIQUE /  
MÉTIER DE LA SANTÉ À NANCY

## NOTICE – COMMENT NUMÉRISER VOS DOCUMENTS

Nous encourageons vivement l'utilisation d'un scanner ou d'une imprimante avec fonction de scanner afin de numériser vos documents. Si vous n'en possédez pas, vous pouvez vous adresser à votre institut de formation, France Travail, une médiathèque ou une imprimerie afin qu'il vous aide.

### A. UTILISATION D'UN SCANNER

Afin de mener à bien la transmission des documents, veuillez suivre les consignes suivantes :

- **Privilégiez le format « .pdf »** : Il vous permet de mettre plusieurs pages à votre document.

**IMPORTANT** : Ne pas prendre une résolution trop grande :

Vous trouverez le réglage de la résolution dans les options ou les paramètres du scanner, celle-ci doit être réglée autour de 100dpi (cette option est souvent réglée à 300). Vous obtiendrez ainsi un document plus léger et tout aussi lisible.

**Ne pas utiliser de photos des documents** ; le format est trop lourd et de mauvaise qualité.

- **Si votre document comprend plusieurs pages, scanner les pages à la suite afin qu'elles soient dans un seul et même document.**

Reportez-vous à la notice d'utilisation du scanner pour plus d'information.

### B. UTILISATION DU TÉLÉPHONE OU APPAREIL PHOTO

*(Elle n'est pas recommandée donc à utiliser seulement en dernier recours)*

**Pensez à vous mettre dans un endroit bien éclairé.**

Vous pouvez prendre une photo de vos documents, avec votre téléphone portable ou un appareil photo, à condition que l'on puisse bien lire les détails de ceux-ci.

Les photos prises d'un portable sont généralement légères et pourront être téléchargées sans problème. Cependant, pour les photos prises avec un appareil compact, leur poids risque d'être trop grand. N'hésitez pas à descendre la qualité des photos dans les paramètres de votre appareil photo afin d'obtenir des clichés plus légers.

### C. LES OUTILS EN LIGNE

**Attention** : Nous attirons votre attention sur le fait que l'utilisation d'outils sur internet pour manipuler / modifier vos fichiers, implique que ceux-ci soient téléchargés sur leurs serveurs. Même si les sites donnés en exemple s'engagent à ne pas conserver ces fichiers plus d'une heure, cela n'engage qu'eux. Vous pouvez également faire ces opérations en utilisant et paramétrant votre scanner correctement comme expliqué ci-dessus ou bien encore en téléchargeant des logiciels sur votre propre ordinateur.

- **Transformer une photo en PDF** : <http://jpg.smallpdf.com/>
- **Réduire la taille d'un fichier PDF** : <http://compress.smallpdf.com/fr>
- **Fusionner plusieurs fichiers PDF en un seul** : <http://merge.smallpdf.com/fr>