

Inscription à l'entrée en Formation Promotion 2026-2029

(via L'UM de Montpellier et le dossier ci-joint pour l'IFMS)

Après validation définitive de votre inscription à l'Université de Montpellier :

[Inscriptions 2026 - Faculté de Médecine Montpellier - Nîmes \(umontpellier.fr\)](https://www.umontpellier.fr/inscriptions-2026-faculte-de-medecine-montpellier-nimes)

il conviendra de compléter et de transmettre impérativement à l'IFMS le dossier administratif joint, accompagné des pièces justificatives demandées, le jour de la rentrée (1^{er}/09/2026)



Nous contacter :

IFMS du CHB
21 boulevard Kennedy
34 500 BEZIERS

Tél : 04 67 09 21 60

Mail : ifms@ch-beziers.fr
Site : www.ifsibeziers.fr



Informations UM

- Dossier de l'UM validé : ☐oui ☐non
- Certificat de scolarité de l'UM récupéré : ☐oui ☐non
- Carte étudiante récupérée : ☐oui ☐non

Informations IFMS

- Une photo sera réalisée le jour de votre inscription administrative, merci d'adapter votre tenue.
- L'Institut de Formation aux Métiers de la Santé sera fermé :
Du 04/08/2025 au 17/08/2025 inclus
- La rentrée scolaire aura lieu le 1er septembre 2026 à 10h00 pour la formation Infirmière.
- Le règlement intérieur, le projet pédagogique et le déroulé calendaire de l'IFMS pour 2026-2027 seront mis en ligne sur notre site internet au plus tard le vendredi 21 août 2026, vous devrez en prendre connaissances pour la rentrée.

N.B : En cas de désistement, de demande d'informations, de report d'entrée en formation, d'envoi de documents ou toute autre question, merci de nous adresser un mail à l'adresse suivante :

ifms@ch-beziers.fr

Aucun stationnement n'est autorisé dans l'enceinte de l'établissement

ainsi que sur les parkings privés ou commerçants alentours, sous peine de mise en fourrière.

DOSSIER IFMS



**A DEPOSER IMPERATIVEMENT LE JOUR DE LA RENTREE
LE 1^{ER} SEPTEMBRE 2026**

A COMPLETER ET A SIGNER

- ☐ Fiche d'inscription (page 5)
- ☐ Fiche de renseignement sur la prise en charge financière de formation (page 7)
- ☐ Fiche de renseignement pour les stages (page 9)
- ☐ Attestation vaccinale à télécharger sur le site de l'université de Montpellier
<https://facmedecine.umontpellier.fr/inscriptions>

DOCUMENTS A FOURNIR, OBLIGATOIRE TOUTES SITUATIONS

- ☐ 1 copie de la carte grise du véhicule que vous utiliserez pour vous rendre en stage.
Merci d'y inscrire vos nom et prénom si différents de ceux indiqués sur la carte grise
- ☐ Copie de votre attestation de sécurité sociale ou copie de la carte vitale au nom de l'étudiant.e

SELON VOTRE SITUATION, MERCI DE FOURNIR OBLIGATOIREMENT L'UN DES JUSTIFICATIFS SUIVANTS :

- ☐ Un certificat de scolarité (année 2025-2026)
- ☐ Ou une « Notification d'inscription à France Travail » ET un « Avis de situation » disponible sur votre espace personnel France Travail
- ☐ Ou une attestation d'accord de financement pour une autre prise en charge (employeur / OPCO / financement personnel / autre)

LE CAS ECHEANT

- ☐ La demande de dispense totale ou partielle d'unité d'enseignement (page 11/12)
- ☐ 1 copie de l'AFGSU Niveau 2 ou attestation de recyclage (Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgences) datant de moins de 4 ans
- ☐ La copie de votre permis de conduire valide pour les titulaires
- ☐ Le relevé d'information restreint du permis de conduire (RIR) à télécharger sur le site suivant : <https://mespoints.permisdeconduire.gouv.fr>
- ☐ Attestation des parents pour les mineurs (page 13)

NE RIEN INSCRIRE SUR
CETTE PAGE

FICHE D'INSCRIPTION ADMINISTRATIVE

Types de sélections d'entrée : ☐ **Parcoursup** ☐ **FPC** (Formation Professionnelle Continue)

Etat civil

Civilité : ☐ Madame ☐ Monsieur

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom : Autres prénoms :

Né.e le :/...../..... à (ville et département) :

Pays de naissance : Nationalité :

Numéro de sécurité sociale :

Coordonnées

Adresse :

.....

Code Postal : Ville :

Téléphone :/...../...../...../..... Portable :/...../...../...../.....

Votre adresse mail de l'université :

.....@etu.umontpellier.fr

Niveau d'études

Titulaire du Baccalauréat : ☐ Oui Série : ☐ Non

Année d'obtention : Numéro INE ou BEA (bacheliers après 1995)

Autre diplôme (préciser lequel) :

Autre niveau d'études (préciser lequel) :

Titulaire de l'AFGSU de niveau II : ☐ non ☐ oui, date :

Véhicule

Permis : ☐ Oui ☐ Non ☐ En cours

Véhicule : ☐ Oui ☐ Non

Personnes à contacter en cas d'urgence

Nom et Prénom personne 1 :

Lien : (père/mère/conjoint/autre à préciser) :

Téléphone :

Nom et Prénom personne 2 :

Lien : (père/mère/conjoint/autre à préciser) :

Téléphone :

Demande d'aménagement de formation

☐ oui (fournir notification CDAPH ou médecin scolaire) ☐ non

Le signataire atteste la sincérité de tous les renseignements portés sur le présent document et s'engage à informer l'IFMS de tout changement.

Fait à :

Le :

Signature :

**NE RIEN INSCRIRE SUR
CETTE PAGE**

FICHE DE RENSEIGNEMENT PRISE EN CHARGE FINANCIERE DE LA FORMATION : PROMOTION 2026-2029

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénom :

☐ Parcoursup ☐ FPC ☐ Report

TITRE D'INSCRIPTION

- ☐ Candidat.e inscrit en terminale, série : Année : 2026
- ☐ Baccalauréat, série : Année :
- ☐ Autre diplôme de niveau IV : Année :
- ☐ DE d'Aide-Soignant.e Année :
- ☐ DE d'Auxiliaire de Puériculture : Année :
- ☐ Autres : Année :

STATUT AU 1^{ER} SEPTEMBRE 2026

- ☐ Poursuite de Scolarité
- ☐ Demandeur d'emploi
- ☐ Date d'inscription :/...../.....
- ☐ N° identifiant France Travail:
- ☐ **Indemnisation : oui ☐ non ☐**
- ☐ Salarié.e en CDI ou Fonctionnaire en activité
- ☐ Salarié.e en CDI ou Congé sans solde ou fonctionnaire en disponibilité
- ☐ Contractuel, CDD en activité
- ☐ Contractuel, CDD en congé sans solde
- ☐ CDI, CDD en congé parental
- ☐ Autres :

COUT PEDAGOGIQUE DE LA FORMATION PRISE EN CHARGE PAR

- ☐ La Région
- ☐ Employeur / OPCO
- ☐ Nom :
- ☐ Adresse :
- ☐ Téléphone :
- ☐ Personne de contact au RH :
- ☐ Adresse mail RH, service formation (OBLIGATOIRE)
.....@.....
- ☐ Financement personnel (virement bancaire/CB)
- ☐ Montant :

Le signataire atteste la sincérité de tous les renseignements portés sur le présent document et s'engage à informer l'IFMS de tout changement.

Fait à :

Le :

Signature :

CADRE RÉSERVÉ à L'IFMS

- ☐ KAIROS
- ☐ Demande de BOURSE
- ☐ PPH
- CHB / CH.....
- ☐ TRANSITION-PRO
- ☐ OPCO
-
- ☐ AUTRES :
- ☐ FINANCEMENT
PERSONNEL

NE RIEN INSCRIRE SUR CETTE PAGE

FICHE DE RENSEIGNEMENT POUR LES STAGES IDE 2026-2029

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

Adresse initiale :

Adresse durant la formation :

Afin de construire un parcours de stage favorisant au mieux votre formation, merci de compléter le tableau ci-dessous avec vos expériences professionnelle/stage dans le domaine sanitaire et/ou social et/ou médico-social :

Profession	Etablissement	Service	Temps d'exercice (mois et année)
Exemple : AS	Centre Hospitalier de Béziers	Urgences	3 ans et 4 mois

Les stages sont :

- Organisés et planifiés par l'IFMS,
- S'effectuent sur l'Hérault et les départements limitrophes, **Vous devez donc être autonome dans vos déplacements.**
- Les horaires de stage sont susceptibles de s'étendre de 6h00 à 21h30 du lundi au vendredi en 1^{ère} année. Les étudiants doivent se conformer aux horaires établis par le service et assurer leur disponibilité en conséquence.

Je soussigné, 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 mes lieux de stage. J'atteste de la véracité de la complétude de ce document.

Fait à :

Le :

Signature :

**NE RIEN INSCRIRE SUR
CETTE PAGE**

DEMANDE DE DISPENSE TOTALE OU PARTIELLE D'UNITE D'ENSEIGNEMENT EN FORMATION EN SOINS INFIRMIERS PROMOTION 2026-2029

En Référence à l'article de l' Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier modifié le 16 décembre 2022, les personnes admises en formation peuvent faire l'objet de dispense d'enseignements.

Je soussigné (nom et prénom de l'étudiant.e)

Inscrit.e à l'Institut de Formation des Métiers de la Santé du Centre Hospitalier de Béziers en 1ère année de formation en soins infirmiers,

Sollicite, conformément à la notice d'information, la possibilité de valider les unités d'enseignement (UE) en lien avec mon/mes diplôme.s :

.....
.....

Pour permettre l'examen de ma demande, je transmets les documents suivants :

- Le présent formulaire de demande,
- La photocopie du ou des diplômes originaux détenus donnant droit à dispense (à présenter avec l'original)
- Le cas échéant, une attestation de validation d'ECTS de moins de 3 ans
- Le cas échéant, le.s certificat.s du ou des employeurs attestant de l'exercice professionnel de l'intéressé
- Un curriculum vitae
- Une lettre de motivation
- Une attestation de niveau de langue B2 Française pour les candidats étrangers.

Fait à :

Le :

Signature :

INFORMATION CONCERNANT LES DEMANDES DE DISPENSE TOTALE OU PARTIELLE D'UNITE D'ENSEIGNEMENT EN FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

Référence réglementaire : Arrêté du 31 juillet 2009 modifié notamment par les arrêtés des 29 décembre 2022 et 3 juillet 2023 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier : « *Article 7 - 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.* »

Les nouveaux entrants doivent déposer leur demande de dispense d'UE avec les documents justificatifs lors de leur inscription administrative de rentrée et au plus tard à la clôture de Parcours Sup (10 septembre 2026), le cachet de la poste faisant foi. Tout dossier incomplet ou parvenu hors délai ne sera pas étudié et aucune dispense ne pourra être accordée.

Les demandes sont :

- Étudiées par la Direction de l'IFMS avec la vérification des documents originaux,
- Présentées pour décision à la Section Compétente pour le Traitement Pédagogique des Situations Individuelles des Etudiants.
- La décision d'accord de dispense sera signifiée aux intéressés par courrier.

MODALITES DE DISPENSES

La demande de dispense peut concerner des enseignements dans l'ensemble du cursus de 3 ans. Elle est examinée en fonction du cursus précédemment suivi et validé.

Des règles de dispenses ont déjà été validées par la Section Compétente pour le Traitement Pédagogique des Situations Individuelles des Etudiants. Les dispenses concernent des cours magistraux et la participation aux travaux dirigés restent obligatoires.

Pour les diplômés de l'université dans les domaines autres que la santé (biologie, sciences humaines, anglais...), seules les UE contributives sont concernées par la possibilité de dispense (cf. annexe V de l'arrêté du 31 juillet 2009 modifié par l'arrêté du 16 décembre relatif au diplôme d'Etat d'infirmier : UE 1, UE 2, UE 6). Il est précisé que ces enseignements dits « contributifs » coordonnés par l'université, sont dispensés au regard des besoins de l'apprentissage de la profession infirmière. La compatibilité des acquis sera examinée avec soin avant de délivrer la dispense correspondante.

ATTESTATION DES PARENTS / TUTEUR LEGAL POUR UN ETUDIANT MINEUR LE JOUR DE LA RENTREE

Nom et Prénom de l'étudiant :

Nous soussignés :

Le père : Nom Prénom
Adresse postale :
Numéro de téléphone :

La mère : Nom Prénom
Adresse postale :
Numéro de téléphone :

Le tuteur/tutrice légal (le cas échéant) :
Nom Prénom
Adresse postale :
Numéro de téléphone :

- ☐ Acceptons que notre enfant, mineur le jour de la rentrée, effectue les vaccinations obligatoires (cf. se rapporter au passeport médical p.19-21) ;
- ☐ Autorisons la Direction de l'IFMS à déclencher la prise en charge médicale immédiate de notre enfant, mineur le jour de la rentrée, en cas d'accident du travail et/ou en cas d'urgence ;
- ☐ Attestons que notre enfant, mineur le jour de la rentrée, sera autonome pour effectuer ses stages qui se situent sur l'ensemble de la Région (ex. Languedoc Roussillon) dont les horaires de début et fin de journée de stage peuvent être variables et peuvent se dérouler sur les 7 jours de la semaine.

Fait à :	Fait à :	Fait à :
Le :	Le :	Le :
Le père	La mère	Le tuteur/tutrice légal (le cas échéant)
Signature	Signature	Signatur

