



Hôpitaux Civils de Colmar

Pasteur – Pasteur 2 – Le Parc –
Le Centre pour Personnes Âgées
39, avenue de la Liberté – 68024 COLMAR CEDEX

Direction des Ressources Humaines

Centre de Formation des Professions Paramédicales Institut de Formation en Soins Infirmiers

39 avenue de la Liberté
68024 COLMAR CEDEX

Etablissement certifié par la Haute Autorité de Santé

Affaire suivie par
Mme KEMPF Dominique ☎ 03.89.12.44.81
Courriel : inscriptions2026.ifs@ch-colmar.fr

ANNEE SCOLAIRE 2026 / 2027

Nous avons le plaisir de vous compter parmi les étudiant(e)s infirmier(e)s de 1^{ère} année
pour la scolarité 2026 / 2027.

L'article 17 de l'arrêté du 22 décembre 2025 fixe les dates limites d'inscription administrative :
👉 3 dates limites sont fixées qui correspondent à trois situations distinctes de candidats

Inscription définitive	Dossier complet à déposer :
Avant le 10/07/2026 Sur parcoursup et FPC	au plus tard le vendredi 17/07/2026 à 12h00
Entre le 11/07 et le 23/08/2026 – 23h59 Sur parcoursup	au plus tard le 24/08/2026 à 12h00
Après le 24/08/2026 sur parcoursup	48 heures après votre accord

Au CENTRE DE FORMATION – entrée rue du Dr BETZ

Bureau de Mme KEMPF
de 9h à 12h - de 13h30 à 16h
du lundi au jeudi
et vendredi de 9h à 11h30

ou

Par voie postale en A/R :
Hôpitaux Civils de Colmar
I.F.S.I.
39 avenue de la Liberté

Votre dossier transmis hors délais et/ou incomplet invalidera le bénéfice de votre admission.

La rentrée est fixée le :

Lundi 31 août 2026 à 9 heures

Centre de Formation des Professions Paramédicales des Hôpitaux Civils de Colmar.

Le jour de la rentrée prendre vos dispositions pour la pause déjeuner

Cordialement

Myriam PLAISANCE
Directrice de Soins de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers
Des Hôpitaux Civils de Colmar

1. DOCUMENTS A FOURNIR POUR LE DOSSIER ADMINISTRATIF
page 3

2. FICHE D'INSCRIPTION – FORMATION IFSI 2026/2029
page 4

3. ATTESTATION VACCINALE
page 5 et 6

4. TENUES DE STAGE / OUVRAGES / MATERIELS
page 7

5. DEMANDE DE BOURSE
page 8

6. DOSSIER PRISE EN CHARGE REGION ET ATTESTATION EMPLOYEUR
pages 9 et 10
- Fiche de renseignements – situation de l'apprenant – Fiche 1 et 1bis
- Attestation sur l'honneur – Fiche 2
- Attestation FRANCE TRAVAIL – Fiche 3 et 3bis

7. ATTESTATION EMPLOYEUR
page 11

8. FICHE DE RENSEIGNEMENTS POUR LE PAIEMENT DES STAGES
page 12

9. QUESTIONNAIRE STAGE S1 ET S2
page 13

10. AUTORISATION DU DROIT A L'IMAGE
page 14

11. REGLEMENT GENERAL SUR LA PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES (RGPD)
page 15

12. DEMANDE DE DISPENSE D'ENSEIGNEMENTS
pages 16 et 17

13. DOSSIER DEMANDE D'AMENAGEMENT DES ETUDES
pages 18

14. DEMANDE DE LOGEMENT
pages 19 et 20

 Hôpitaux Civils de Colmar Centre de Formation des Professions Paramédicales IFSI	DOCUMENTS A FOURNIR POUR LE DOSSIER ADMINISTRATIF	Réf SEO : T3N3-5 Version : V1 Date:30/05/2025
---	--	--

- ☐ Certificat de scolarité **UNISTRA** – **OBLIGATOIRE** (en l'absence du document, non validation de l'inscription)
<https://www.unistra.fr/formation/admission-inscription-et-scolarite>
- ☐ Attestation de la CVEC 2026/2027 - **sauf les étudiants qui ont une prise en charge des frais de formation par leur employeur.**
<https://cvec.etudiant.gouv.fr/>
- ☐ La **fiche d'inscription** dûment remplie datée et signée
- ☐ **1 photo d'identité** (attention : notez votre nom et prénom au dos)
- ☐ Faire parvenir par courriel une photo de face sur fond uni, de la tête à la taille, en **JPG entre 500 ko et 1 Mo** à votre nom et prénom (pour la carte HCC) à :
inscriptions2026.ifsi@ch-colmar.fr
- ☐ 2 copies de la **carte d'identité ou passeport valide** ou 2 copies de la carte de séjour en cours de validité,
- ☐ **L'attestation d'affiliation à la Sécurité Sociale**
- ☐ Le « dossier apprenant » de la Région Grand Est complété accompagné des pièces justificatives.
- ☐ 1 curriculum vitae actualisé
- ☐ la copie du baccalauréat ou du relevé de notes
- ☐ Autorisation du droit à l'image complétée
- ☐ Feuille de renseignements pour le paiement des stages **avec votre RIB**
- ☐ Demande de renseignements affectations de stage S1 et S2 – 2026/2027
- ☐ Attestation de formation PIX. (étudiants Parcoursup)
- ☐ 1 chèque de 8 € pour la carte d'accès aux Hôpitaux Civils et au self de l'hôpital à l'ordre du trésor public. (ne concerne pas les agents des HCC en promotion professionnelle)

Médical :

- ☐ Attestation médicale et vaccinale + copie des vaccins dans le carnet de santé + sérologie laboratoire de l'hépatite B à envoyer **uniquement** par courriel à :
santecfpp@ch-colmar.fr

Si besoin :

- ☐ Demande de dispense d'enseignements
- ☐ Demande d'aménagement des études – cf page 16 et 17
- ☐ Demande d'aménagement des études pour situation handicap – cf page 17 et lien :
<https://www.unistra.fr/fr/campus/handicap/faire-ou-renouveler-une-demande-damenagements>

FICHE D'INSCRIPTION FORMATION IFSI 2026/2029

NOM de naissance : _____

NOM Marital (nom d'usage) : _____

Prénom : _____ Nationalité : _____

Date et lieu de naissance : _____

Adresse postale complète de l'étudiant(e) pour transmission des documents administratifs :

Courriel de l'étudiant: _____

Courriel du représentant légal pour les étudiants mineurs à la date de la rentrée: _____

Tél° : _____ Portable: _____

Numéro de sécurité Sociale ou I.N.S.E.E. : _____

Si suivi d'une formation en IFSI avant la rentrée 2026, déclare sur l'honneur :

- ☐ Ne pas avoir fait l'objet d'une décision d'exclusion (quel que soit le motif) d'un IFSI,
- ☐ Avoir fait l'objet d'une décision d'exclusion (quel que soit le motif) d'un IFSI,
(Joindre une copie de la décision pour définir l'inscription définitive ou non.)
- ☐ Ne pas revendiquer la reprise de crédits ou d'ancienneté issue de la précédente formation dans un IFSI.

Personne à prévenir

Nom et Prénom : _____ N° de Tel : _____

Lien de parenté : _____

Situation familiale	NOM & Prénom	Date de naissance	Profession et employeur (pour les personnes retraitées indiquer la profession exercée)
Parents			
Conjoint			
Enfants			

Je certifie l'exactitude des renseignements donnés.

Date et signature :

 Hôpitaux Civils de Colmar Centre de Formation des Professions Paramédicales IFSI – IFAS – IFMEM	ATTESTATION MÉDICALE ET VACCINALE Compléter impérativement les dates en précisant JJ/MM/AA	Réf SEO : T1N16-1 Version : V6 Date : 04/06/2026
---	--	---

CETTE ATTESTATION EST À REMPLIR PAR VOTRE MÉDECIN TRAITANT ET À REMETTRE AU CENTRE DE FORMATION PAR COURRIEL santecfpp@ch-colmar.fr
AU PLUS TARD LE 31 août 2026

Nom de l'étudiant / élève :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :/...../..... Âge :

VACCINATIONS OBLIGATOIRES

DIPHTÉRIE-TÉTANOS-POLIO-COQUELUCHE (DTPC)

☐ Est immunisé(e) contre la diphtérie, le tétanos, poliomyélite (coqueluche recommandé)

1 ^{ère} injection le :/...../..... 2 ^{ème} injection le :/...../..... 3 ^{ème} injection le :/...../.....	1 ^{er} rappel à 1 an :/...../..... 2 ^{ème} rappel à 6 ans :/...../..... 3 ^{ème} rappel à 11 ans :/...../..... 4 ^{ème} rappel à 25 ans :/...../..... 5 ^{ème} rappel à 45 ans :/...../.....
---	--

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.

☐ Est vacciné(e) contre l'Hépatite B (compléter le tableau ci-dessous) :

Date		Schémas valides : - Soit : M0-M1 puis Rappel à M6 (réalisé avant l'entrée en stage) - Soit : M0-M1-M2 puis rappel à M12 - Soit schéma rapide : J0-J7-J21 puis rappel à M12 <u>L'entrée en stage, prévue début novembre, n'est possible qu'avec 3 injections au minimum, réalisées sur l'un des schémas valides.</u>
3 injections	Rappels	

☐ **Contrôle sérologique obligatoire** après le schéma de primovaccination
 Présente un taux AC anti HBs > 10 et AC anti HBc négatif sur un contrôle sérologique post vaccinal, ou un taux anti AC HBs >100 quel que soit le moment.
 Date de la sérologie Hépatite B : ____/____/____ (fournir la copie du laboratoire)
 Résultats : _____ UI/L _____

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 : <u>CONSULTER LE MÉDECIN AGRÉE RÉFÉRENT ARS</u>		

VACCINS RECOMMANDÉS

- ☐ Date du **BCG** : ____/____/____
- ☐ **Tubertest** récent (<12 mois) Date : ____/____/____ (fournir le résultat)
 Pour tout Tubertest $\geq$ à 15 mm faire un dosage de quantiféron® et demander un avis pneumologique spécialisé si nécessaire (Centre de Lutte Anti-Tuberculeuse - CLAT - 5 rue Messimy à Colmar - 03.89.30.67.64).
- ☐ A contracté la **varicelle** (Entourer la mention utile) : OUI NON INCONNU
- ☐ Autre vaccinations (compléter le tableau ci-dessous) :

Vaccins	Oui / Date	Non
Rougeole - Oreillons – Rubéole (2 injections)		
Rougeole		
Rubéole		
Varicelle		
Coqueluche		
Hépatite A		
Grippe (annuellement)		
Infections à méningocoques (rattrapage ACWY de 15 à 24 ans)**		

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/Recommandations-vaccinales-specifiques/Professionnels-exposes-a-des-risques-specifiques/Professionnels-de-sante>

Tenues de stage



Essayage le Jeudi 3 septembre 2026 matin. (Kit 5 tenues complètes)
Si non restitution des tenues en fin de cursus, il vous sera facturé 70 €.

Ouvrages recommandés – Rentrée 2026

Auteur(s)	Titre de l'ouvrage	Mention d'édition	Editeur - année d'édition - pagination - ISBN	Prix en € (neuf)
/	<i>Diagnostics infirmiers</i>	/	Editions au choix (Elsevier, Maloine, De Boeck...) en occasion ou neuf	/
BRETHENOUX Francy	<i>UE 6.2 Communiquer en anglais en IFSI / santé et soins</i>	6 ^e éd	Vuibert , 2021, 264 p. ISBN: 978-2-311-66204-7	21 €
CESU 54	<i>AFGSU 2 – en fiches mémo</i>	4 ^e éd	Foucher , 2023, 132 p. ISBN : 978-2-216-16977-1	11,90 €
/	<i>Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession : infirmier</i>	Nouveau référentiel 2026	Berger-Levrault , édition 2026 (disponible courant septembre 2026)	- € (disponible courant septembre 2026)
MONASSIER Laurent (Coord.)	<i>Pharmacologie & thérapeutique</i>	/	Ellipses , 2023, 367 p. ISBN : 978-2-340-07584-9	26,50 €
BONVALOT M.	<i>Le vocabulaire médical de base en 2 volumes</i>	/	Editions O.I.P. , 2003 ISBN : 978-2853100021	30 € (les 2 vols)

Possibilité d'acheter les ouvrages auprès de la librairie Gutenberg. (Paiement par CB / chèque / espèce)
qui sera présente au Centre de Formation, une demi-journée au mois de septembre 2026

Matériels informatique recommandés

L'organisation pédagogique prévoit la mise en œuvre de cours en présentiel et à distance selon les besoins de la formation.

Pour ce faire, il est nécessaire de vous équiper :

- D'un ordinateur.
- D'une webcam
- D'un logiciel de traitement de texte avec PDF pour envoyer vos documents.
- Accès internet
- D'une capacité de mémoire d'ordinateur suffisante pour effectuer les enregistrements de vidéo (disque dur externe par exemple)
- Téléphone portable ou tablette numérique

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^{ère} année) : 1^{er} juillet 2026.
- (NB : les dossiers doivent être déposés avant le 30 septembre 2026 inclus)

Page web Région Grand Est /bourses des formations sanitaire et sociale :

<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 :

eY_1zfm

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 : **31/08/2026**
- ✓ Date de fin de formation pour l'année scolaire à venir 2026/2027 : **02/07/2027**
 - ✓ Volume horaire 1^{ère} année de formation : **1400 heures**

Cursus partiels :

Merci de solliciter l'institut pour disposer du volume horaire de votre formation

Rappels réglementaires :

- ✓ 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**

DOSSIER POUR LA PRISE EN CHARGE PAR LA REGION GRAND EST

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

A LIRE ATTENTIVEMENT

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 2026/2027.

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.

Ne pas confondre la prise en charge des frais de formation et la rémunération

Les frais de formation (8200€ par année de formation) pouvant être pris en charge par :	Rémunération mensuelle de l'apprenant (salaire) dépend de :
• La région Grand Est • L'employeur • L'apprenant • Un organisme (France travail, transition pro,...) Selon critères d'éligibilités	• l'employeur • l'allocation chômage, ARE... • l'absence de ressources

Ces conditions sont rappelées dans la fiche récapitulative " CONDITIONS GENERALES ET CONDITIONS SPECIFIQUES DE PRISE EN CHARGE PAR LA REGION GRAND EST DES FORMATIONS SANITAIRES"

FICHE DE RENSEIGNEMENTS - SITUATION DE L'APPRENANT (Fiche 1 et 1bis)

ATTESTATION SUR L'HONNEUR (Fiche 2)

- Renseignements à remplir par l'apprenant 

OBLIGATOIRE POUR TOUT PROFIL

(Parcoursup, promo professionnelle, France travail, ...)

ATTESTATION FRANCE TRAVAIL (Fiche 3 et 3bis)

Uniquement pour l'apprenant qui bénéficie du statut « demandeur d'emploi non démissionnaire »

- Renseignements à remplir par l'apprenant 
- Renseignements à remplir par France Travail 

Ce dossier est à remettre à l'institut de formation, dûment complété et accompagné de l'ensemble des justificatifs demandés, **impérativement avant le démarrage de la formation.**

TOUT DOSSIER MAL RENSEIGNÉ OU INCOMPLET SERA REJETÉ ET DE CE FAIT LES FRAIS DE FORMATION RESTERONT A 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 :

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

Documents à fournir et qui pourront être demandés en cas de contrôle par la région.

1. Pour la Prise en charge du financement par la région

Les jeunes en poursuite d'études de moins de 26 ans (c'est-à-dire ayant achevé leur scolarité moins de 2 ans avant le démarrage de la formation) devront justifier leur situation en fournissant un certificat de scolarité (2024-2025 ou 2025-2026) établi par l'établissement de formation initiale **hors Prépa**.
(Lycée, Université, tout autre centre de formation)

Les demandeurs d'emploi non démissionnaires devront justifier de leur situation en fournissant l'**attestation UNEDIC** ou à défaut les contrats de travail pendant la période référence. (Vous ne devez pas être démissionnaire durant la période de référence du 1^{er} mars au 1^{er} septembre)

Les personnes occupant un emploi, dont la durée hebdomadaire est inférieure 18 heures par semaine ou 78 heures par mois durant les 9 derniers mois précédant l'entrée en formation, devront présenter une copie de leur contrat de travail prouvant leur quotité de travail, ou la copie des fiches de paie couvrant la période entre la date de clôture des inscriptions et le début de la formation.

Les personnes VDI ou micro-entrepreneur devront joindre au dossier apprenant, leurs revenus déclarés à l'URSSAF (maximum 720 euros) les 6 derniers mois avant l'entrée en formation.

Les salariés en CDD devront présenter une copie du contrat de travail indiquant une date de fin de contrat antérieur à la date de la rentrée ou au plus tard 7 jours qui suivent le début de la formation.

2. Pour la prise en charge par Transition Pro

Les personnes devront transmettre la copie du courrier notifiant l'accord de prise en charge de leur formation.

3. Pour la prise en charge par l'employeur

Les personnes en CDI devront remettre avec le dossier - la prise en charge par l'employeur

Si votre employeur vous prend en charge que la 1^{ère} année, vous pouvez demander la prise en charge financière compensatoire des frais de formation par la Région Grand Est, pour la 2^{ème} et 3^{ème} année.

Demande à faire directement à la Région Grand Est (fss@grandest.fr)

4. Sans prise en charge du financement

Les personnes devront remettre l'attestation sur l'honneur du dossier apprenant pour le financement à titre personnel ou l'attestation de mobilisation de compte CPF (avec le montant).

5. France Travail

Les personnes inscrites à France Travail devront fournir la Fiche 3bis du dossier apprenant « Région » complétée, datée et signée par France Travail dans le mois précédent l'entrée en formation.

6. Apprenants hors Union Européenne

Les personnes dans cette situation devront fournir un titre de séjours en vigueur à la date de la rentrée en formation.

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 :

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

Formation suivie :

INFIRMIER

Lieu de formation :

HCC COLMAR

Année scolaire ou universitaire :

2026-2027

Année de réussite aux sélections :

2026

Date de la rentrée :

lundi 31 août 2026

Période de référence :

du :

28 février 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 :

28 février 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 est inférieure ou égale à 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 :

28 février 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 (à compléter obligatoirement pour toutes les formations) :

☐ 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 si suivi par
Mission Locale, CAP EMPLOI ou Conseil Départemental

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

Date de sortie de formation initiale (études) :

Année scolaire	Cursus de formation	Etablissement

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 :

8 200 €

Autres frais à charge de l'apprenant :

Droits d'inscription + CVEC

- 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 2024/2025 ou 2025/2026) 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 ou égal 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
- 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

 Hôpitaux Civils de Colmar Centre de Formation des Professions Paramédicales IFSI	ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE PAR L'EMPLOYEUR	Réf SEO : T3N3-5 Version : V1 Date : 19/05/2025
---	---	--

Diplôme d'État Infirmier Promotion 2026/2029

Je soussigné(e) Mme – M. :

Employeur

Adresse

Courriel

atteste de l'inscription du salarié Madame, Monsieur.....

à la formation préparant au Diplôme d'Etat d'Infirmier à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Colmar.

La formation se déroule à temps complet du **31 août 2026 à mi-juillet 2029.**

Je m'engage à verser les frais pédagogiques s'élevant à **8 200,00 € par année de formation.**

Une convention pour les 3 années de formation sera établie lors de la rentrée en 1^{ère} année.

Un titre de recette sera établi par les Hôpitaux Civils de Colmar en décembre 2026, en juin 2027, en décembre 2027, en juin 2028, en décembre 2028 et juin 2029.

Prise en charge des frais de déplacement lors des stages ☐ OUI ☐ NON

(Veuillez cocher la case concernée)

Fait à, le2026

Signature et cachet de l'employeur

Document à transmettre à :

Mme KEMPF Dominique - 03 89 12 44 81

Courriel : secifsi.ecoles@ch-colmar.fr



Centre de Formation des
Professions Paramédicales
IFSI

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Pour l'indemnisation des stages et le remboursement des frais kilométrique

Institut de Formation en Soins Infirmiers

Réf SEO : T3N3-5

Version : V1

Date : 19/05/2025

NOM :

NOM DE JEUNE FILLE :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

LIEU DE NAISSANCE :

VOTRE ADRESSE :
.....
.....

VOTRE NUMERO DE SECURITE SOCIALE (comporte 15 chiffres):
.....



JOINDRE IMPERATIVEMENT UN RIB à votre NOM

**Veillez apporter le plus grand soin à la rédaction de ce formulaire.
Des informations manquantes ou erronées pouvant entraîner le retard ou le non-paiement
de vos indemnisations de stages ou kilométriques.**

**Promotion Professionnelle :
à compléter uniquement si l'employeur ne prend pas en charge les frais kilométrique**

 Hôpitaux Civils de Colmar Centre de Formation des Professions Paramédicales IFSI	DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS AFFECTATIONS DE STAGE DE SEMESTRE 1 et 2 ANNEE SCOLAIRE 2026 / 2027	Réf SEO : T8N5-1-5-1 Version : V1 Date : 27/05/2026
---	--	---

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

1 - Adresse personnelle :

2 - Adresse durant les stages **(si différente de l'adresse personnelle)** :

3 – Mobilité :

- Détenteur du permis de conduire ☐ OUI ☐ NON ☐ EN COURS
- Voiture disponible lors des stages ☐ OUI ☐ NON
- Autres possibilités de transport :

4 – Diplôme, attestation ou nomination :

- Diplômé(e) AS ☐ OUI ☐ NON
- Diplômé(e) AP ☐ OUI ☐ NON
- Sapeur-Pompier Volontaire ☐ OUI ☐ NON

4 - Identification d'établissements **et** de services à éviter **pour des raisons essentielles** telles que :

- un membre de votre famille ou un proche y exerçant,
- un suivi de pathologie **et/ou** une hospitalisation antérieure,
- le décès d'un proche...

5 - Identification d'établissements **et** de services où **vous avez déjà travaillé ou été en stage** :

6 - Autres informations à transmettre :

 Hôpitaux Civils de Colmar Centre de Formation des Professions Paramédicales IFSI	AUTORISATION DU DROIT A L'IMAGE	Réf SEO : T3N3-5 Version : V1 Date : 19/05/2025
---	--	--

Je soussigné(e) : Nom :

Prénom :

Etudiant/Elève en :

Né(e) le :

Demeurant à :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Courriel :

☐ Autorise

☐ **N'autorise pas**

**Dans le cadre de la formation, le Centre de Formation des Professions Paramédicales des
Hôpitaux Civils de Colmar**

**Représenté par Mme Myriam PLAISANCE, directrice de l'IFSI-IFAS-IFIBO-IFMEM
39 avenue de la Liberté - 68024 COLMAR CEDEX**

☐ A me photographier, me filmer et à utiliser mon image.

☐ A photographier, filmer et à utiliser l'image de mon enfant mineur :

Nom – Prénom :

Né(e) le :

Demeurant (adresse complète) :

En conséquence de quoi et conformément aux dispositions relatives au droit à l'image et au droit au nom, j'autorise à fixer, reproduire et communiquer au public les photographies, vidéos, etc... prises dans le cadre de la formation. Les prises de vues pourront être exploitées et utilisées directement ou être cédées à des tiers, sous toute forme connues et inconnues à ce jour, dans le monde entier, sans aucune limitation dans la durée. Intégralement ou par extraits et notamment dans les journaux, livres, site Internet, affiches, brochures, projections publiques, publications électroniques, expositions etc...

1. Le bénéficiaire de l'autorisation s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies susceptible de porter atteinte à la vie privée ou la réputation, ni d'utiliser les photographies ; objets de la présente, dans tout support à caractère pornographique, raciste, xénophobe ou toute autre exploitation préjudiciable.

2. Il s'efforcera, dans la mesure du possible, de tenir à votre disposition un justificatif à chaque parution des photographies sur simple demande. Il encouragera ses partenaires à faire de même et mettra en œuvre tous les moyens nécessaires à la réalisation de cet objectif.

3. Je reconnais expressément être entièrement rempli de mes droits et je ne pourrai prétendre à aucune rémunération pour l'exploitation des droits visés aux présentes.

4. Je garantis que je ne suis pas lié par un contrat exclusif relatif à l'utilisation de mon image ou de mon nom.

5. Election de domicile est faite par chacune des parties à l'adresse précisée aux présentes. Pour tout litige né de l'interprétation ou de l'exécution des présentes conditions, il est fait attribution expresse de juridiction aux tribunaux compétents statuant en droit français.

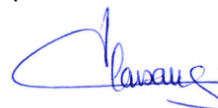
Signé par les deux parties, pour accord des conditions inscrites ci-dessus.

A :

le :

Signature de l'étudiant
(ou du représentant légal) :

Myriam PLAISANCE
Directeur de soins Centre de
Formation des Professions Paramédicales
Hôpitaux Civils de Colmar



 Hôpitaux Civils de Colmar Centre de Formation des Professions Paramédicales IFSI – IFAS - IFIBO - IFMEM	Règlement général sur la Protection des données Personnelles (RGPD)	Réf SEO : T1N9 -18 - 1 Création : 04/10/2021 Version : V2 Date : 02/01/2023
---	--	--

CADRE REGLEMENTAIRE :

L'Union Européenne a institué le 27 avril 2016 une réforme de la protection des données. Cette réforme a abouti à un texte n°2016/679 applicable dans l'ensemble de l'union : le Règlement Général sur la Protection des Données personnelles (RGPD). Le RGPD est entré en application le 25 mai 2018 et s'impose aux Hôpitaux Civils de Colmar. Un délégué à la protection des données (DPO) a été désigné par le chef d'Etablissement le 14 février 2020. Son adresse mail est la suivante : dpo@ch-colmar.fr.

AUTEUR DE LA COLLECTE :

En tout état de cause le CFPP des HCC collecte des informations personnelles relatives au candidat qui fournit ces informations en toute connaissance de cause, notamment lorsqu'il procède par lui-même à leur saisie. Ces informations sont traitées par les membres du personnel du CFPP qu'ils soient administratifs ou pédagogiques dans le cadre des missions qui leurs incombent.

FINALITE DES DONNEES COLLECTEES :

La finalité des données collectées est de permettre aux membres du personnel de gérer au mieux le dossier administratif et pédagogique de l'utilisateur, de la préinscription jusqu'à la diplomation.

INFORMATION SUR LES DROITS DES USAGERS :

Conformément aux dispositions de la Loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles, tout candidat dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, de portabilité, de déréférencement, d'opposition aux données personnelles le concernant et d'un droit d'accès au FICоба, en effectuant sa demande écrite et signée, accompagnée d'une copie du titre d'identité avec signature du titulaire de la pièce, en précisant l'adresse à laquelle la réponse doit être envoyée. Le candidat peut également saisir la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) en cas de besoin.

Pour les candidats et utilisateurs qui s'inscrivent sur notre site <https://www.cfpp-colmar.fr/>, dans le cadre de préinscriptions par exemple, nous stockons également les données personnelles transmises dans leur profil. Tous les candidats et utilisateurs peuvent voir, modifier ou supprimer les informations personnelles à tout moment (à l'exception de leur nom de candidat). Les gestionnaires du site peuvent aussi voir et modifier ces informations.

Le CFPP des HCC conservera vos données personnelles pendant la durée nécessaire ou pour la durée requise par la loi en vigueur.

DUREE DE CONSERVATION :

La Durée d'Utilité Administrative couvre la durée de conservation en base active et en archives intermédiaires selon les définitions de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) ; c'est-à-dire la durée de conservation avant l'archivage au sens du livre II du code du patrimoine ou la destruction des informations.

TRANSMISSION TUTELLES – REGION :

- Etablissement support du CFPP : les Hôpitaux Civils de Colmar
- ARS
- Région
- DREETS
- DREES
- Organismes financeurs de la formation de l'apprenant

DOSSIER

DEMANDE DE DISPENSE D'ENSEIGNEMENTS

Il est possible de demander une dispense d'une ou plusieurs unités d'enseignements sous certaines conditions en complétant le formulaire joint.

En application des articles 18 et 19 de l'arrêté du 20 février 2026 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier.

Titre 3 : DISPENSES D'ENSEIGNEMENTS (Articles 18 à 19)

Article 18

Lorsqu'ils sont admis en formation, les étudiants peuvent être dispensés d'unités d'enseignement ou de semestres par le président de l'université après avis de la commission d'admission mentionnée à l'article 6.

Ces dispenses sont accordées au regard de leur formation antérieure validée, des certifications, titres et diplômes obtenus et de leur parcours professionnel.

Article 19

- I. - Les étudiants inscrits dans l'une des formations conduisant à l'exercice de l'une des professions d'auxiliaire médical mentionnées au [livre III de la quatrième partie du code de la santé publique](#) enregistrées au moins au niveau 6 de qualification du cadre national des certifications professionnelles, peuvent, après avis de la commission d'admission mentionnée à l'article 6, accéder à la première ou la deuxième année de formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier.
- II. - Les étudiants inscrits en première année de l'un des parcours de formation mentionnés au 1° ou 2° du I de l'[article R. 631-1 du code de l'éducation](#), peuvent, après avis de la commission d'admission mentionnée à l'article 6, accéder au deuxième semestre de la première année de formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier.
- III. - Les étudiants ayant validé la première année de l'un des parcours de formation mentionnés au 1° ou 2° du I de l'[article R. 631-1 du code de l'éducation](#) mais qui ne poursuivent pas en deuxième année d'une formation de médecine, maïeutique, pharmacie ou odontologie peuvent accéder à la deuxième année de formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier avec un parcours spécifique fixé par le directeur de l'institut de formation, après avis de la commission d'admission mentionnée à l'article 6, et validé par le président d'université.
- IV. - Les étudiants ayant validé la deuxième ou troisième année du premier cycle des filières de médecine, maïeutique, odontologie ou pharmacie, peuvent, après avis de la commission d'admission mentionnée à l'article 6, accéder à la deuxième année de formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier.
- V. - Les dispenses d'une ou plusieurs unités d'enseignements et d'examens et de stage de première année pour les candidats mentionnés aux I à IV entrant en deuxième année sont prises par le directeur de l'institut, après avis de la commission d'admission mentionnée à l'article 6, au regard de leur formation antérieure validée, des certifications, titres et diplômes obtenus.

 Hôpitaux Civils de Colmar Centre de Formation des Professions Paramédicales IFSI	DEMANDE DE DISPENSES D'ENSEIGNEMENTS Année universitaire 2026-2027 « TOUT RETARD OU DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS TRAITE » Quel que soit le motif Dépôt au plus tard le 30 septembre 2026	Réf SEO : T3N3-5 Version : V2 Date : 10/06/2026
--	--	--

NOM : _____

PRÉNOM : _____

Numéro de téléphone: _____

Courriel (**obligatoire**): _____

DOCUMENTS A FOURNIR :

- ☐ La copie d'une pièce d'identité
- ☐ Le(s) diplôme(s) originaux détenu(s)
- ☐ 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 dans une des professions identifiées au 2° de l'article 7
- ☐ Un curriculum vitae
- ☐ Une lettre de motivation
- ☐ Une attestation de niveau de langue B2 française pour les candidats étrangers
- ☐ Le contenu détaillé des enseignements suivis antérieurement

VEUILLEZ LIBELLER PRECISEMENT LES ENSEIGNEMENTS DONT VOUS DEMANDEZ LA DISPENSE

Semestre	UE	Enseignement

Je demande à bénéficier d'une dispense d'enseignement au vu de mon cursus et/ou de mes acquis antérieurs.

Date :

Signature de l'étudiant :

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION	
Dossier réceptionné par :	
Date	
Cachet	

 Hôpitaux Civils de Colmar Centre de Formation des Professions Paramédicales IFSI	DEMANDE D'AMENAGEMENT DES ETUDES Année universitaire 2026-2027 « TOUT RETARD OU DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS TRAITE » Quel que soit le motif Dépôt au plus tard le 30 septembre 2026	Réf SEO : T3N3-5 Version : V2 Date : 10/06/2026
--	--	--

Titre 5 : contenu et organisation pédagogique de la formation - Article 37 Arrêté du 20 février 2026 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier

NOM : _____

PRÉNOM : _____

Numéro de téléphone: _____

Courriel (**obligatoire**): _____

DOCUMENTS A FOURNIR :

- ☐ La copie d'une pièce d'identité
- ☐ Un curriculum vitae
- ☐ Une lettre de motivation
- ☐ Le ou les justificatif(s) en lien avec votre demande d'aménagement d'études – « article 37 »
- ☐ Le ou les justificatifs en lien avec votre demande pour situation d'handicap en plus de la **notification de l'avis de la Mission handicap du service de la Vie Universitaire de Strasbourg :**
<https://www.unistra.fr/fr/campus/handicap/faire-ou-renouveler-une-demande-damenagements>

VEUILLEZ DÉCRIRE PRÉCISEMENT VOTRE DEMANDE D'AMÉNAGEMENT DES ÉTUDES

Je demande un aménagement de la scolarité au regard de ma situation.

Date :

Signature de l'étudiant :

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION	
Dossier réceptionné par :	
Date :	
Cachet	



Hôpitaux Civils de Colmar

Pasteur - Pasteur 2 - Le Parc -
Le Centre pour Personnes Âgées
39, avenue de la Liberté - 68024 COLMAR CEDEX

Direction des Affaires Financières
Patrimoine

Secrétariat : 03.89.12.40.28

Télécopie : 03.89.12.48.90

Etablissement certifié par la Haute Autorité de Santé

Affaire suivie par le service des logements

Colmar, le 03/06/2026

☎ 03.89.12.47.20 📠 03.89.12.48.90

Courriel : benoit.haxaire@ch-colmar.fr

NOTE D'INFORMATION À DESTINATION DES ÉTUDIANT(E)S DU CENTRE DE FORMATION DES HOPITAUX CIVILS DE COLMAR

Objet : Rentrée **année scolaire 2026 - 2027** - Logements pouvant être proposés aux étudiants

Localisation des logements	NATURES & TARIFS DES LOGEMENTS	Adresser les demandes à : ↓
A. LOGEMENTS GERES PAR POLE HABITAT ☎ 03.89.22.77.04 📠 03.89.22.77.00 j.suro@polehabitat-alsace.fr		
HOME A 31 avenue de la Liberté 68000 COLMAR Gestion : Pôle Habitat Centre Alsace	- 31 avenue de la Liberté <u>F1 avec kitchenette</u> – Surface : 24 à 37 m² Loyer mensuel connu au 01/06/2023 : de 350 à 450 €/ mois charges comprises (hors électricité) /Chauffage urbain, Possibilité d'allocations logements.	PÔLE HABITAT CENTRE ALSACE 27, avenue de l'Europe 68006 COLMAR CEDEX ☎ 03.89.22.77.04 📠 03.89.22.77.00
HOME A 35 avenue de la Liberté 68000 COLMAR Gestion : Pôle Habitat Centre Alsace	- 35 avenue de la Liberté <u>F1 avec kitchenette</u> (table de cuisson, frigo) – Surface : 24 à 37 m² dont <u>des meublés</u> avec : 1 lit, 1 table de chevet, 1 table + bureau et chaises Loyer mensuel connu au 01/06/2023 : de 350 à 450 €/ charges comprises, Possibilité d'allocations logements.	
B. LOGEMENTS GERES PAR LES HOPITAUX CIVILS DE COLMAR ☎ 03.89.12.47.20 📠 benoit.haxaire@ch-colmar.fr		
HOME B 39 avenue de la Liberté 68024 COLMAR CEDEX Gestion : Hôpitaux Civils de COLMAR ☎03.89.12.47.20 📠 03.89.12.48.90	- Chambres meublées d'une surface de 12,5 m² : 1 lit, 1 table de chevet, 1 lavabo, 1 armoire, 1 bureau, 1 chaise, 1 réfrigérateur. Chauffage central – Cuisine et sanitaires en commun Loyer mensuel indicatif au 01/09/2025 : 175.50€ Charges locatives 15€ Caution 175€ (En attente de révision sur la base de l'IRL du 2ième trimestre 2025)	HÔPITAUX CIVILS DE COLMAR ☎ 03.89.12.47.20 📠 03.89.12.48.90
20-20A LOGEMENTS F2 ou F3 20 et 20 A avenue de la Liberté 68000 COLMAR CEDEX Gestion : Hôpitaux Civils de COLMAR ☎03.89.12.47.20 📠 03.89.12.48.90	- Logements meublés F2 d'une surface de 56,08m²: loyer 611,14€ + 36.20€ de charges locatives, caution 611€ . Chauffage électrique (Révision des loyers au 01/11/2025). Possibilité d'allocations logements - Logements meublés F3 d'une surface de 64,62m²: loyer 747.31€ + 41.40€ de charges locatives, caution 747€ . Chauffage électrique (Révision des loyers au 01/11/2025). Possibilité d'allocations logements.	

N.B. : D'autres possibilités d'hébergements existent et peuvent être consultables sur le site www.polehabitat-alsace.fr (espace étudiant), vous pouvez aussi contacter le secrétariat de votre filière pour les demandes de locations et colocations.

IMPORTANT : Les dossiers d'inscription de Pôle Habitat Centre Alsace téléchargés sur Internet sont à imprimer et à envoyer à **Pôle Habitat 27 avenue de l'Europe 68006 Colmar** cedex afin d'être pris en compte. Les dossiers non envoyés par courrier ne seront pas traités.

Les demandes de chambre pour les périodes de stages ne sont plus possibles au HOME B

Destinataires :

-secrétariat - IBODE : secibode.ecoles@ch-colmar.fr

-Secrétariat - IDE : secifsi.ecoles@ch-colmar.fr

-Secrétariat - IFAS : secas.ecoles@ch-colmar.fr

-Secrétariat - IFMEM : secifmem.ecoles@ch-colmar.fr

Le Directeur des Affaires Financières
et des Systèmes d'Information :

Thibaut KOSSMANN



Hôpitaux Civils de Colmar

Pasteur - Pasteur 2 - Le Parc -
Le Centre pour Personnes Âgées
39, avenue de la Liberté - 68024 COLMAR CEDEX

COLMAR septembre 2026

Les demandes concernant le **HOME B**
et le **20 et 20A** sont à envoyer par mail ou courrier postal,
impérativement à : **benoit.haxaire@ch-colmar.fr**
Secrétariat des Affaires financières
Hôpitaux Civils de Colmar
39 avenue de la Liberté
68024 COLMAR

Affaire suivie par le service des logements
☎ 03.89.12. 47 .20 - 📠 03.89.12.48.90
Courriel : benoit.haxaire@ch-colmar.fr

CH N°

OBJET : DEMANDE DE LOGEMENT
DESTINATAIRES : Etudiant(e)s en Soins Paramédicaux

**SERVICE DEMANDEUR : DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES, Centre de formation des Ecoles
(IDE - IBODE- IFAS-IFMEM)**

Nom et Prénom du demandeur :

Adresse Complète : (à compléter
impérativement)

Téléphone : Téléphone Portable :

Adresse e- mail : (à compléter impérativement)

Date et lieu de naissance :

Période d'occupation : Année scolaire 2026-2027 bail de septembre à juillet (**demande à renouveler chaque année scolaire**)

Service d'affectation : Année(s) d'étude(s) :

- ☐ Etudiant(e) IDE
☐ Etudiant(e) IBODE
☐ Etudiant(e) AS
☐ Etudiant(e) MERM

- Logement souhaité : ☐ Home A (**Gestion Pôle Habitat, voir tableau joint**)
☐ Home B (**Chambre meublée**)
☐ 20 et 20 A avenue de la Liberté
A préciser F2 ou F3 Meublé (barrer la mention inutile)

Date et Signature du Demandeur :

Le/...../.....

N.B. : Compte tenu du nombre important de demandes d'hébergement, il vous est conseillé de rechercher par vos propres moyens, d'autres hébergements que ceux proposés ci-dessus.

S'agissant de l'attribution des chambres du Home B, des appartements aux 20 et 20 A :

**L'attribution des logements pour l'année scolaire ne se fera qu'après la réunion d'une commission
d'attribution et les réponses seront adressées par mail à compter du 24 août 2026.**

SI HOME B, VOIR TARIFICATION CI-DESSOUS :

NE PAS REMPLIR

Modes de paiement des loyers : A payer impérativement au Trésor Public à réception de facture

Les différents modes de règlement sont renseignés au dos de la facture

Au-delà d'un retard du règlement d'un mois de loyer une procédure de résiliation du contrat de location sera envisagée.
Afin d'éviter les difficultés, le virement mensuel automatique du montant du loyer vous est vivement recommandé.

➔ Adresse où doit être envoyée la facture

.....

.....

MISE A DISPOSITION DES CLEFS : (Chambre : ☐ Bureau : ☐ Casier : ☐)