

DOCUMENT A REMPLIR POUR LES ETUDIANTS EN MOBILITE ENTRANTE / DOCUMENT TO BE FILLED FOR THE INCOMING STUDENTS

I. Données administratives/ Administrative data

Ce document peut avoir été partiellement rempli par l'établissement d'accueil. Compléter les données manquantes et vérifier que les données pré-inscrites sont correctes. Rectifier si besoin / this form may have been partially filled by the receiving university. Please enter any missing data and check pre-filled entries are correct, amending if necessary.

Nom/ First Name :	_____
Prénom/ Surname :	_____
Adresse/ Address :	_____ _____
Date et lieu de naissance/ Date and place of Birth :	_____
Adresse courriel/ Email address :	_____
Numéro de portable/ Mobile Contact N° :	_____
Discipline/ Field :	_____
Date de début de formation/ Course Start Date :	_____

Intitulé du stage/ **Course Title**: ERASMUS EXCHANGE PROGRAMME

II. INFORMATIONS SUR LES TENUES EN STAGE / information about uniform

Chaussures / Shoes : Vous devez vous munir d'une paire de chaussures confortables et complètement fermées (pas de chaussures ouvertes au niveau des orteils et pas de couleur trop brillantes) / You will need to supply a comfortable pair of shoes that fully cover your feet (no open toes, and no bright colours).

Tenue professionnelle / Uniform: Nous fournirons la tunique et le pantalon. Veuillez indiquer votre taille en référence européenne pour la tunique et pour le pantalon (Exemple : la taille 12 en Angleterre correspond à la taille 38 en France). / we will provide the trousers and tunics – please provide your size in European size for the tunic and for the trouser (Example: UK size 12 is European size38) .

EU	32	34	36	38	40	42	44	46	48	50
USA	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20
UK	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24
USA	XS	XS	S	S	M	M	L	L	XL	1X

Taille du pantalon / **Trousers size**: _____

Taille de la tunique / **Tunic size** : _____

III. INFORMATIONS SUR LE LOGEMENT / INFORMATION ABOUT ACCOMODATION

L'Institut de Formation en Soins Infirmiers possède un foyer pour étudiants au sein de l'Hôpital. Les chambres sont individuelles Les draps de lit et serviette de bain sont fournis. La cuisine et la salle de bain sont communes. La cuisine est équipée d'un four micro-ondes, d'une bouilloire, d'un frigidaire et de plaques électriques. La vaisselle du petit déjeuner est fournie (assiette, bol, petite cuillère, couteau et verre). Le foyer est également équipé d'une salle commune avec télévision / **The nursing school has got a boarding home inside the hospital. The bedrooms are single. Bedsheet and bath towel are included. The kitchen and the bathroom are common and there is a common rest room with television. The kitchen includes the following equipment: electric hotplates, microwave, fridge and boiler. The dishes of the breakfast are supplied (Plate, bowl, teaspoon, knife, glass).**

<http://intradeb.ch-niort.loc/formations/centre-de-formationen-paramedicales/vie-etudiante-et-scolaire/hebergement>

Le prix d'une chambre au foyer est de 150€ par mois petit-déjeuner compris / **The price of a room is 150 € per month including the breakfast.**

Ce logement est situé à 10 minutes à pied du centre ville. / **The boarding home is about 10 minutes by feet of the town center.**

IV. ARRIVEE ET DEPLACEMENTS / ARRIVALS AND TRANSFERS

L'Institut de Formation offre des informations concernant votre arrivée et vos déplacements de l'aéroport à votre logement. Pour cela, veuillez informer la coordinatrice Erasmus de votre heure et lieu d'arrivée en France à l'adresse ci-jointe : stephanie.janssens@ch-niort.fr / ou claudine.crenner@ch-niort.fr

The nursing school offers information regarding arrivals and transfers from the airport to accommodation. Please inform the Erasmus coordinator (Your link tutor) about your date and time of arrival in France at this address: stephanie.janssens@ch-niort.fr or claudine.crenner@ch-niort.fr

Vous pouvez aussi consulter les horaires de train et réserver un billet Paris-Niort sur le site suivant : <http://www.voyages-sncf.com/billet-train/horaires/> / You can also consult train times and book a ticket Paris-Niort on the following site: <http://www.voyages-sncf.com/billet-train/horaires>

V. INFORMATIONS SUR LA VILLE D'ACCUEIL / INFORMATION ABOUT THE HOST TOWN

Vous pouvez avoir des informations sur la ville d'accueil à partir de ce lien / You can have some information about the town with these links :

- ✓ <https://www.vivre-a-niort.com/>
- ✓ <http://www.niortmaraispoitevin.com/>

VI. SANTÉ AU TRAVAIL / OCCUPATIONAL HEALTH

En accord avec la législation française, l'Institut de Formation demande à tous les étudiants en santé de compléter un programme de dépistage de santé avant de commencer un stage d'apprentissage dans un service de soins. / In line with national guidance, the nursing school requires that all Healthcare students complete a health screening programme before commencing a practice learning opportunity.

Les étudiants qui auront un contact avec les patients sont tenus d'apporter la preuve d'une immunité contre certaines infections afin de protéger les patients, ses collègues et eux-mêmes contre certaines maladies transmissibles. / Students who will have contact with patients are required to evidence certain immunity and freedom from infection in order to protect patients, colleagues and themselves from serious communicable diseases.

Vous devez fournir la preuve des immunisations suivantes à l'Institut de Formation avec un questionnaire complété avant votre arrivée en France. / The following immunisation evidence must be provided to the nursing school along with a completed health questionnaire prior to arrival in France.

Le ministère de la santé français exige les vaccinations suivantes: / The French Department of Health requires the following immunisations:

- a) Tuberculose: preuve d'immunité / Tuberculosis (TB): Evidence of immunity and freedom from TB disease
- b) Diphtérie, Tétanos et poliomyélite : preuve d'immunité / Diphtheria, Tetanus and poliomyelitis : Evidence of immunity
- c) Hépatite B : preuve d'immunité et vérification de la réponse immunitaire. / Hepatitis B – Immunisation and tests to check response.

Le ministère de la santé français recommande les vaccinations suivantes: / The French Department of Health recommends the following immunisations:

- a) Rougeole, Rubéole et Oreillons : preuve d'immunité. / [Measles, Rubella and Mumps – Evidence of immunity](#)
- b) Varicelle : preuve d'immunité / [Chickenpox – Evidence of immunity](#)
- c) Coqueluche / [Whooping cough](#)

IMPORTANT : Attestation d'immunisation et de vaccinations à fournir obligatoirement (cf. *INSTRUCTION N° DGS/RI1/RI2/2014/21 du 21 janvier 2014*) / [Certificate of immunization and vaccinations to provide mandatory](#).

Votre stage nécessite d'avoir un certain statut immunitaire. Il est primordial de fournir les attestations de vos vaccinations ainsi que les tests de réponse immunitaire et de les numériser avec ce questionnaire. En cas de non-retour des preuves de votre immunité, cela pourrait retarder votre mobilité / [Your internship requires you to have a certain immunity status. It is essential that you provide evidence in the form of a GP screen print or certificates detailing all vaccinations you have received and any immunity test results to date and scan this with this questionnaire. Please obtain this evidence immediately. Failure to return your vaccination/immunity evidence with this questionnaire could delay your mobility.](#)

Veillez remplir le questionnaire suivant / Please complete the following questionnaire :

	NON / NO	OUI / YES	Si oui, donnez la date / If yes, give date
1. Avez-vous eu la Varicelle? / Have you ever suffered from Chicken Pox?			
2. Avez-vous eu la Tuberculose? / Have you ever suffered from Tuberculosis?			
3. Avez-vous été traité pour la Tuberculose, eu un test de Mantoux ou un test sanguine positif, ou été en contact avec une personne atteinte de tuberculose respiratoire? / Have you ever been treated for TB, had a positive Mantoux or TB Blood test, been in close contact with someone with respiratory TB?			
4. Avez-vous eu l'Hépatite B? / Have you ever suffered from Hepatitis B?			

Date / date :
Signature et cachet du médecin / Signature and stamp of the doctor :

	NON / NO	OUI / YES	Nom du vaccin / Name of the vaccine	Date / date	Assurez-vous de transmettre les preuves d'immunité / Please ensure the required evidence is attached
1. Etes-vous immunisé contre la Tuberculose? / Have you been immunised for Tuberculosis?					Date de l'IDR à la tuberculine < de 3 mois / date of the tuberculin sensitivity < 3 months Résultats en mm / results in mm :
2. Etes-vous immunisé contre l'hépatite B? / Have you been immunised for Hepatitis B? <i>Veuillez donner les dates des 3 vaccinations et le résultat sérique / Please give dates of all 3 vaccines and titre result</i>			Hep B 1 :		Résultats / Results:
			Hep B 2 :		
			Hep B 3 :		
			Hep B 4 :		
			Hep B 5 :		
			Hep B 6 :		
3. Etes-vous immunisé contre la Diphtérie, la Polio et le Tétanos? / Have you been immunised for Diphtheria, Polio, Tetanus?					
4. Etes-vous immunisé contre la Varicelle? / Have you been immunised for Varicella?					
5. Etes-vous immunisé contre la Rougeole, la Rubéole et les Oreillons? / Have you been immunised for Measles & Rubella (or MMR) and Mumps?					

Veillez cocher oui ou non pour chaque question. Si vous cochez oui, veuillez donner des détails. / Please tick either YES or NO for each question and, where yes, please give full details.

		Oui / Yes	Non / No	Si oui, donner des détails complets incluant les traitements actuels et passé avec les dates. / If yes give full details including current and past treatment and dates.
Mobilité / Mobility	Avez-vous des problèmes de mobilité? / Do you have any mobility problems?			
Fonction des membres supérieurs / Upper Limb Function	Avez-vous des problèmes au niveau des membres supérieurs ou des problèmes de dextérité? / Do you have any upper limb problems or problems with manual dexterity?			
Vision / Vision	Avez-vous une vision de près et de loin normale avec ou sans correction? / Do you have normal near and distance vision with or without correction as necessary?			
Audition / Hearing	Auriez-vous du mal à entendre une personne à 1 mètre de distance dans un environnement calme? Ou avez-vous des problèmes de perte auditive? / Would you have problems understanding the human voice at 1 meter in a quiet room or do you have a noticeable hearing loss?			
Language / Speech	Avez-vous un problème pour vous exprimer oralement? / Do you have any speaking problems?			
Ecriture et calcul / Literacy and numeracy	Avez-vous des difficultés en écriture ou en calcul? / Do you have any difficulties with literacy or numeracy?			
Fonction cutanée / Skin function	Avez-vous des problèmes chroniques ou récurrents de peau? / Do you have any long term or re-occurring skin problems?			
Santé mentale / mental health	Avez-vous un problème qui pourrait perturber votre capacité à communiquer avec des collègues, des soignants ou des bénéficiaires de soins? / Do you have any condition that may affect your ability to effectively communicate with colleagues, carers or service users?			
	Avez-vous des problèmes de santé mentale? / Do you have any mental health problems?			
		Oui / Yes	Non / No	Si oui, donner des détails complets incluant les traitements actuels et passé avec les dates. / If yes give full details including current and past treatment and dates.

Troubles alimentaires / Eating disorders	Avez-vous de façon récurrente ou avez-vous déjà eu des troubles alimentaires? / Do you currently have or have you ever had, any eating disorders?			
Autres / Other Conditions	Avez-vous d'autres difficultés pouvant affecter votre mobilité? / Do you have any other issue, difficulty or condition that might affect your mobility?			

ESPACE POUR COMMENTAIRES SUPPLEMENTAIRES / **SPACE FOR ADDITIONAL COMMENTS** –

Date / date :
Signature et cachet du médecin / **Signature and stamp of the doctor :**

DECLARATION /DECLARATION

VEILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT LE PARAGRAHE SUIVANT AVANT DE SIGNER; / PLEASE READ THIS STATEMENT CAREFULLY BEFORE SIGNING

- 1 Toutes ces déclarations sont vraies et complètes en fonction de mes connaissances / *All these statements are true and complete to the best of my knowledge and belief.*
- 2 Je comprends que si je ne suis pas accepté à l'Institut de Formation, mes informations médicales seront détruites / *I understand if I am not accepted into the Nursing school my medical information will be destroyed.*
- 3 Je comprends que le fait de ne pas faire une déclaration complète sur mon état de santé peut entraîner la fin de ma mobilité / *I understand that failure to make a full declaration of health may lead to the termination of my mobility.*
- 4 J'accepte de répondre au service de santé au travail si besoin, de faire des tests et/ou vaccins requis lors de la mobilité afin de protéger ma santé ou la santé des autres. / *I agree to attend Occupational Health Service when requested, to discuss having any immunisations and/or tests required for this mobility in order to protect my health and the health of others.*
- 5 Je comprends qu'il est de ma responsabilité d'informer le service de santé au travail si j'ai, ou si je développe dans le futur, toute infection médicale (virus sanguin, HIV, Hépatite B ou C, Tuberculose) susceptible de mettre en danger le patient ou les soignants. / *I understand that it is my responsibility to inform the Occupational Health Service if I have or develop in the future, any infectious medical condition (including blood viruses, e.g. HIV, Hepatitis B & C or respiratory Tuberculosis) that might put patients or other staff at risk.*
- 7 Je donne mon consentement au service de santé au travail de consulter mes données médicales, de demander des informations complémentaires et de donner des conseils par rapport à ma santé. / *I give my CONSENT to the Occupational Health Service consulting my medical history to seek additional information and to communicate advice relating to my fitness.*
- 8 Je comprends que les données de ce formulaire seront traitées de manière confidentielle. / *I understand that although this form will be treated in medical confidence*

Nom/ Prénom/ *Name/Surname*.....

Signature/ *Signed*.....

Date/ *Date*.....

Veillez scanner ce formulaire avec les preuves d'immunité demandées directement à: stephanie.janssens@ch-niort.fr Gardez les documents originaux.

Please scan this questionnaire and vaccination evidence directly to: stephanie.janssens@ch-niort.fr Retain the original for your reference

