

IRFSS Croix-Rouge Languedoc-Roussillon

Mobilité ERASMUS

Étapes de la sélection des étudiants incoming

1. L'étudiant complète la fiche d'information relative à sa candidature

Après réception des pièces, les membres du comité Erasmus sélectionneront les candidats retenus d'après les critères suivants :

- Avoir validé l'ensemble des unités d'enseignements théoriques et pratiques de la 1^{ère} et la 2^{ème} année.
- Comportement, capacités relationnelles et capacités d'adaptation satisfaisants (sélection réalisée à partir des bilans des stages fournis par la Haute Ecole de Namur)
- Niveau de langue en référence définis par CECR :
 - Anglais niveau B1
 - Français niveau A2

2. Le responsable des relations internationales de l'établissement d'origine envoie le dossier de l'étudiant comprenant :

- 1 photo d'identité
- contrat mobilité Erasmus signé des trois parties (modèle [ici](#))
- copie des notes des UE validées lors des semestres avant le placement
- copie des appréciations des stages précédents par les tuteurs de terrain

3. L'étudiant complète et renvoie

- Attestation de vaccinations (annexe 1)
- Certificat médical d'aptitude physique et psychologique (annexe 2)
- Extrait de casier n°3 de casier judiciaire datant de moins de trois mois
- Copie d'attestation d'assurance maladie européenne

ATTESTATION A FAIRE REMPLIR PAR LE MEDECIN

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

Vaccins exigés	Date	N° de lot ou résultat
<p><u>Diphtérie Tétanos Poliomyélite</u> (DTP inférieur à 10 ans)</p> <p>1 - tous les 5 ans pour les - de 18 ans 2 - tous les 10 ans pour les + de 20 ans</p>
<p><u>Hépatite B</u></p> <p>les 3 vaccinations sont obligatoires</p> <p>1^{ère} vaccination (MO) 2^{ème} vaccination (M1) 3^{ème} vaccination (M6)</p>
<p><u>Sérologie anticorps</u> : anti HBS de moins de 6 mois (immunité positive est supérieure ou égale à 10 U).</p>
<p><u>Résultat sérologie</u> (fournir résultats du laboratoire) :</p>		
<p><u>BCG Intradermique</u> 1 injection</p>
<p><u>Test tuberculinique</u> (IDR) de moins de 6 mois</p>

Date

Nom et tampon du médecin

Signature

CERTIFICAT MEDICAL
APTITUDE PHYSIQUE ET PSYCHOLOGIQUE
(à compléter par le médecin agréé)

Je soussigné(e) :.....

CERTIFIE

avoir examiné ce jour, Madame, Monsieur :

.....

Celui-ci/celle-ci présente une aptitude physique et psychologique et l'absence de contre-indication au suivi d'une formation en Institut de Formation en Soins Infirmiers.

Fait à :

Le :

(cachet et signature)