









Madame, Monsieur,

Votre candidature a été acceptée par l'équipe pédagogique et vous vous inscrivez en Formation Continue à l'UFR Simone Veil Santé.

Votre inscription se fera en ligne, vous devrez remplir ce formulaire directement sur le PDF et le déposer, NON SCANNE, sur votre espace étudiant.

## Vous êtes :

|  |   |   |
|--|---|---|
| <b>Etudiants</b>   | <b>Actifs du privé ou du Public</b><br>Profession libérale - Sans activité (hors étudiants ou internes) |   |
|   |                        |    |
| Vous financez la formation   | Vous financez la formation  | Votre <b>employeur ou tiers</b> finance votre formation   |
| <b>✓ Les Dni Frais d'inscription Universitaires sont</b>   |   |   |
|  <input checked="" type="checkbox"/> A Régler<br><b>Exception :</b><br>Etudiant en double inscription<br>Etudiant UVSQ ayant interrompu leur cursus à N-1<br>=> Nous contacter par mail   | <input checked="" type="checkbox"/> A Régler  |  <input checked="" type="checkbox"/> A Régler<br><input checked="" type="checkbox"/> Sauf si votre <b>employeur ou tiers</b> prend en charge les Dni. |
| <b>✓ Les pièces justificatives à déposer sont :</b>  |   |   |
| <b>✓ Ce dossier rempli et signé par vous</b>   | <b>➡ Page 6 : à remplir et signer par votre employeur</b>   |   |
| - Une copie de votre pièce d'identité ou de votre titre de séjour en cours de validité,<br>- Une attestation d'assurance responsabilité civile en cours de validité,<br>- Une copie de votre dernier diplôme ou du diplôme permettant votre inscription à la formation visée et sa traduction officielle le cas échéant,<br>- Un justificatif étudiant 2024-2025 attestant de votre statut le cas échéant, |   |   |
| <b>✓ Après vérification de votre dossier par nos services,</b>   |   |   |
|   |                      |    |
| <b>Contrat</b>   | <b>Contrat</b>  | <b>Convention</b>   |
| Nous vous enverrons par mail votre contrat et le RIB de l'Université.<br>Après avoir procédé au règlement de la formation, vous devrez nous renvoyer votre contrat signé et la preuve de votre virement  |   | Nous enverrons à votre employeur votre convention qu'il devra nous renvoyer signée et accompagnée du bon de commande.   |
| <b>✓ création de votre intranet : compte sésame</b>  |   |   |
| Une fois votre inscription terminée, vous devez créer votre compte Sésame pour accéder aux ressources numériques de l'Université (Bibliothèque Universitaire, certificat de scolarité, quittance, plateformes pédagogiques ...)  |   |   |

## FORMATION CHOISIE (A COCHER) :

### LES DIPLOMES UNIVERSITAIRES :

- D.U. Accès vasculaires échoguidés (1)
- D.U. Androdermatologie (5)
- D.U. Adaptation de lentilles de contact (3)
- D.U. Développement cognitif : aspects fondamentaux pathologies et traitements (1)
- D.U. Douleur et Analgésie interventionnelle (3)
- D.U. Douleurs pelvi-périnéales chroniques de la femme et restauration génitale (3)
- D.U. Gynécologie préventive et contraceptive (4)
- D.U. Hypnoanalgésie (1)
- D.U. Infertilité et procréation médicalement assistée (3)
- D.U. Infirmier soins critiques et réanimation (1)
- D.U. Laryngo avancée (4)
- D.U. Maladie rénale chronique stade 3b-5D (3)
- D.U. Médecine des bactéries hautement résistantes émergentes et bactéries multirésistantes aux antibiotiques (1)
- D.U. Obstétrique et Périnatalité en Médecine d'Urgence (4)
- D.U. Ostéo-Archéologie, anthropologie médicale et médico-légale (1)
- D.U. Pathologie Mammaire (1)
- D.U. POCUS et Néphrologie interventionnelle (4)
- D.U. Promotion de la bientraitance et prévention de la maltraitance (3)
- D.U. Problèmes éthiques soulevés par la PEC des patients âgés (3)

### LES DIPLOMES INTER-UNIVERSITAIRES :

- D.I.U. Accompagnement, soins et santé des personnes transgenre (5)
- D.I.U. Arthroscopie (1)
- D.I.U. Cancérologie Digestive (4)
- D.I.U. Chirurgie de la verge et de reconstruction uro-génitale (5)
- D.I.U. Chirurgie de l'épaule et du coude (5)
- D.I.U. Chirurgie du Pied et de la Cheville (5)
- D.I.U. Civilo-militaire de Médecine Subaquatique et Hyperbare (2) :
  - Modules 1 & 2 : Certificat de compétence « Médecin compétent en Médecine de Plongée »
  - Modules 3 & 4 : Certificat de compétence « Médecin compétent en Médecine Hyperbare »
  - Module 4 : Certificat de compétence « Opérateur caisson Personnel Infirmier »
  - Modules 1 à 4 : Diplôme Inter-Universitaire Civilo-Militaire de Médecine Subaquatique et Hyperbare
- D.I.U. Dermatologie Chirurgicale (4)
- D.I.U. Européen et nutrition clinique et métabolisme (4)
- D.I.U. Evaluation des Traumatisés Crâniens (3)
- D.I.U. Facteurs humains et compétences non techniques : les outils pour la qualité et la sécurité des soins au 21eme siècle (3)
- D.I.U. Imagerie des pathologies neuromusculaires (1)
- D.I.U. Infections Ostéo-Articulaires (I.O.A.) (5)
- D.I.U. Laryngo-phoniatrie (4)
- D.I.U. Médecine de la personne agée (3)
- D.I.U. Médecine de rééducation (5)
- D.I.U. Neuroréanimation (1)
- D.I.U. OCT en Ophtalmologie (3)
- D.I.U. Pathologies du Football (4)
- D.I.U. Pathologie du Rugby (4)
- D.I.U. Pédiatrie de maternité (1)
- D.I.U. Pelvipérinéologie de la femme (4)

- D.I.U. Positionnement et mobilité de la personne en fauteuil roulant (5)
- D.I.U. Prise en charge et traitement des maladies neuromusculaires (5)
- D.I.U. Réhabilitation Psycho-sociale (4)
- D.I.U. Rééducation de l'épaule (5)
- D.I.U. Sécurité des patients en établissement de santé et risques associés aux soins (3)
- D.I.U. Stratégies Thérapeutiques en Pathologie Infectieuse (S.T.P.P.I.) (5)
- D.I.U. Traitements endovasculaires de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (1)
- D.I.U. Techniques Ultrasoniques en anesthésie et réanimation - Module cœur (T.U.S.A.R.) (4)
- D.I.U. Traumatismes craniocérébraux, aspects médicaux et sociaux (3)

## AUTRES DIPLOMES :

- Capacité Evaluation et traitement de la douleur (5)
- Passerelles (2)
- Master 1 I.P.A (2)
- Master 2 I.P.A (2)
  - Psychiatrie santé mentale
  - Pathologies chroniques stabilisées
  - Urgences
  - Néphrologie dialyse et transplantation rénale
- Master 2 C.E.D.S (2)
- Master 2 Epidémiologie et Surveillance des Maladies Infectieuses Humaines et Animales (2)
- Master 2 Handicap neurologique (2)
- Master 2 Méthodologie des interventions en santé publique (2)

## VOS CONTACTS :

|                      |  |                  |
|----------------------|--|------------------|
| 1- Sylvie PERRAULT   | <a href="mailto:sylvie.perrault@uvsq.fr">sylvie.perrault@uvsq.fr</a>     | ☎ 01.70.42.92.40 |
| 2- Morgane DESCHAMPS | <a href="mailto:morgane.deschamps@uvsq.fr">morgane.deschamps@uvsq.fr</a> | ☎ 01.70.42.92.93 |
| 3- Létitia LEUILLET  | <a href="mailto:letitia.leuillet@uvsq.fr">letitia.leuillet@uvsq.fr</a>   | ☎ 01.70.42.92.63 |
| 4- Anne MAC LEOD     | <a href="mailto:anne.mac-leod@uvsq.fr">anne.mac-leod@uvsq.fr</a>         | ☎ 01.70.42.94.84 |
| 5- Philippe CAÑES    | <a href="mailto:philippe.canes@uvsq.fr">philippe.canes@uvsq.fr</a>       | ☎ 01.70.42.92.21 |

## DOSSIER D'INSCRIPTION EN D.U/D.I.U. ET CAPACITE SANTE - 2025-2026

*\*Tous les champs sont à renseigner et à remplir informatiquement en MASJUSCULE (sur ce document)*


*Le dossier et les pièces justificatives sont à télécharger **en format PDF NON SCANNE** (sauf photo d'identité au format jpeg), lors de votre inscription administrative en ligne.*

### RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Madame /  Monsieur  
 Nom de naissance :   
 Nom d'usage :   
 Prénoms :   
 Né(e) le :  /  /  à   
 Nationalité :   
 Téléphone :  Mail :   
 Adresse :   
 Code postal :  Ville :   
 BAC : ANNEE :  TYPE :  LIEU :

### SITUATION ACTUELLE

**Si Etudiant 2025-2026, précisez le cursus**

 **Un justificatif vous sera demandé obligatoirement**

| Actifs   | Profession  | Employeur  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Salarié du privé<br><input type="checkbox"/> Salarié du public<br><input type="checkbox"/> Profession libérale<br><input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi<br><input type="checkbox"/> Sans activité (hors étudiant)<br><input type="checkbox"/> Autre : .....<br><div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div> | <input type="checkbox"/> Médecin<br><input type="checkbox"/> Infirmier<br><input type="checkbox"/> Kinésithérapeute<br><input type="checkbox"/> Sage-femme<br><input type="checkbox"/> Avocat<br><input type="checkbox"/> Autre : .....<br><div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div> | <p style="text-align: center;">Nom :</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div> |

## FINANCEMENT DE LA FORMATION PAR VOUS-MÊME

Les tarifs sont consultables sur <https://www.sante.uvsq.fr/formation-continue>

### - Droits nationaux d'inscription

Les Droits Nationaux d'Inscription sont annuels et leur montant est fixé en juillet de chaque année pour l'année universitaire suivante. Ils doivent être réglés lors de votre inscription administrative en ligne.

### - Les frais de formation

Vous financez vous-même la formation.

- En une seule fois, à la signature du contrat
- En plusieurs fois : 30 % à la signature du contrat puis les 70% restant en 3 échéances mensuelles



Les stagiaires qui ne bénéficient d'aucune prise en charge du coût de formation par un tiers financeur s'acquittent du tarif « Formation continue non financée » et ne pourront en aucun cas, demander a posteriori à l'UVSQ de produire des justificatifs relatifs à une prise en charge (certificat de la réalisation de l'action de formation, etc...)

Vous demanderez la subrogation du paiement par un organisme financeur (autre que votre employeur)

\*\*\* Précisions \*\*\*

- Les stagiaires qui bénéficient d'une prise en charge par un tiers financeur (FIF-PL, OPACIF...) s'acquittent du tarif « formation continue financée ».
- Les modalités de règlement seront celles définies par l'organisme financeur
- Si l'organisme financeur ne prend en charge que partiellement le coût de la formation, le reliquat sera facturé, en fin de formation, au stagiaire.
- La notification officielle de prise en charge, totale ou partielle, du coût de la formation devra être envoyée à l'UVSQ au moins un mois avant la fin de la formation. Si l'UVSQ n'a pas reçu l'accord de prise en charge de l'organisme financeur un mois avant la fin des enseignements, la facture de l'intégralité du coût de la formation sera adressée au stagiaire. Le remboursement sera à réclamer par le stagiaire à l'organisme financeur.

|  |  |             |  |
|--|--|-------------|--|
| Nom de l'organisme financeur :             |  |             |  |
| Adresse :                                  |  |             |  |
| Contact :                                  |  |             |  |
| Mail :                                     |  | Téléphone : |  |
| TVA Intercommunautaire :                   |  | SIRET :     |  |
| Montant pris en charge par le financeur :  |  |             |  |
| Montant restant à la charge du stagiaire : |  |             |  |

DATE

SIGNATURE

## FINANCEMENT DE LA FORMATION PAR VOTRE EMPLOYEUR (à compléter et signer par ses soins)

Les tarifs sont consultables sur <https://www.sante.uvsq.fr/formation-continue>

### - Les Droits nationaux d'inscription

Les Droits Nationaux d'Inscription sont annuels et leur montant est fixé en juillet pour l'année universitaire suivante.

#### Pris en charge :

- Par l'employeur, lors du paiement de la formation (lors de la 1<sup>ère</sup> échéance si le paiement est fait en plusieurs fois)
- Par le stagiaire, lors de son inscription en ligne

### - Les frais de formation

|   |  |             |  |
|---|--|-------------|--|
| *Nom de l'Employeur :                   |  |             |  |
| *Adresse :                              |  |             |  |
| *Code Postal :                          |  | Ville :     |  |
| *Représenté par :                       |  |             |  |
| *En qualité de :                        |  |             |  |
| *E-mail :                               |  | Téléphone : |  |
| *TVA Intercommunautaire :               |  | .N°SIRET :  |  |
| *Adresse de facturation si différente : |  |             |  |
| *Code postal :                          |  | *Ville :    |  |

#### Paiement de la formation sans subrogation

Précisez l'échéancier de paiement des frais de formation. Les tarifs figurent sur la fiche de la formation :

|  |  |            |  |
|--|--|------------|--|
| <input type="checkbox"/> Paiement effectué en une seule fois : montant :   |  | € - Date : |  |
| <input type="checkbox"/> Paiement échelonné : Échéance 1 : montant : . . . |  | € - Date : |  |
| Échéance 2 : montant : . . .   |  | € - Date : |  |
| Échéance 3 : montant :   |  | € - Date : |  |



Un numéro d'engagement juridique ou un bon de commande vous sera demandé à la signature de la convention.  
Pour information, clôture comptable de l'université du 01/11 au 15/01, aucune facture ne pourra être émise.

Subrogation de paiement demandée par l'employeur auprès de son OPCA (page suivante)

DATE

SIGNATURE ET CACHET DE L'EMPLOYEUR

## FINANCEMENT DE LA FORMATION PAR VOTRE EMPLOYEUR AUPRES DE SON OPCA (à compléter et signer par ses soins)

Subrogation de paiement demandée par l'employeur auprès de son OPCA

Nom de l'OPCA :

Adresse :

Contact :

E-mail :  téléphone :

TVA Intercommunautaire :

N°SIRET :

Montant pris en charge par l'OPCA :  €

Montant restant à la charge de l'employeur  €

- Les modalités de paiement de la somme prise en charge par l'OPCA sont celles spécifiées par lui.
- Si l'OPCA ne prend en charge que partiellement le coût de la formation, le reliquat sera facturé, en fin de formation, à l'employeur.
- La notification officielle de prise en charge, totale ou partielle, du coût de la formation devra être envoyée à l'U.V.S.Q. (avant la rédaction du contrat) au moins un mois avant la fin de la formation. Sans l'accord de prise en charge, la facture de l'intégralité du coût de la formation sera adressée à l'employeur. Le remboursement sera à réclamer par l'employeur à l'OPCA.

DATE

SIGNATURE ET CACHET DE L'EMPLOYEUR

## DÉCLARATION SUR L'HONNEUR DU CANDIDAT

Je soussigné(e),

certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur le présent formulaire sont exacts et sincères.

J'ai bien noté qu'en l'absence de déclaration de prise en charge du coût de la formation par un tiers financeur je ne pourrai demander ultérieurement à l'organisme de formation de renseigner des justificatifs relatifs à une prise en charge (attestation de présence etc...).

J'ai bien noté qu'en cas de prise en charge du coût de la formation par un tiers financeur ultérieurement à cette déclaration, je devrai m'acquitter du différentiel du coût de formation.

Fait à :

Le :

### SIGNATURE

*La loi punit quiconque se rend coupable de fausses déclarations :  
"Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45000 euros d'amende (code pénal, art.441-1).  
Le fait de se faire délivrer indûment par une administration publique ou par un organisme chargé d'une mission de service public, par quelque moyen frauduleux que ce soit, un document destiné à constater un droit, une identité ou une qualité ou à accorder une autorisation, est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30000 euros d'amende" (code pénal art.441-6).*