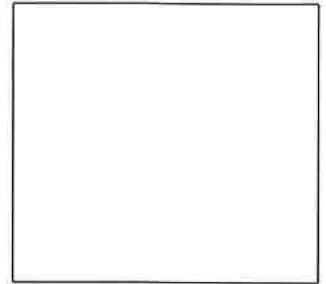


RENTREE 2019/2020

FICHE DE RENSEIGNEMENTS



NOM de naissance.....Epouse (nom marital).....

Prénoms :

Adresse :

Date et lieu de naissance :

Nationalité : Situation de famille :

N° de téléphone (fixe et portable) :

Adresse Email :

Etes-vous immatriculé(e) à la Sécurité Sociale : OUI NON

Numéro : Régime :

Profession du conjoint :

Enfant(s) à charge (préciser nombre et âge) :

Permis de conduire : OUI NON

Moyen de locomotion durant votre 1ère année à l'Institut de formation.....

Logerez-vous à une adresse différente que celle précisée ci-dessus durant votre 1ère année ?

OUI NON

Si oui adresse complète :

.....
.....
.....

PARENTS

Père (vivant – décédé)	Mère (vivante – décédée)
Nom-prénom :	Nom-prénom :
Adresse :	Adresse :
Profession :	Profession :
Adresse employeur :	Adresse employeur :

Nombre de frères et sœurs :



INFORMATIONS GENERALES

LOGEMENT :

Pas d'internat, possibilité de consulter des offres de location au secrétariat.

RESTAURATION :

Il n'y a pas de self à l'Institut, cependant, des salles sont équipées de micro-ondes et réfrigérateurs et mises à disposition des étudiants.

TENUES PROFESSIONNELLES :

- 3 tenues (tunique/pantalon) sont obligatoires : prévoir un chèque pour le règlement,
- Autres petits matériels, catalogues et tarifs seront à consulter sur place.

Commande impérative le 29 août 2019 (jour de la pré-rentrée) avec votre règlement.

AIDES FINANCIERES : cf. document en annexe

INDEMNITES ET DEPLACEMENTS : cf. document en annexe

CONTRIBUTION DE VIE ETUDIANTE ET DE CAMPUS : cf. document en annexe

AIDES FINANCIERES

☛ **AIDE REGIONALE FORMATIONS SANITAIRES ET SOCIALES (bourse)**

Voir feuille annexe.

☛ **CONGE INDIVIDUEL DE FORMATION (CIF) :**

Tout salarié peut bénéficier du C.I.F. (changement d'orientation, accès à un niveau supérieur de qualification...)

- Conditions d'ancienneté à remplir - possibilité de refus -
- Salaire perçu à 80 ou 90 %

Voir avec votre employeur ou les organismes suivants :

FONGECIF / PROMOFAP Rhône Alpes / ANFH. (si employeur hôpital public)

☛ **ALLOCATION RETOUR A L'EMPLOI-FORMATION (A.R.E.F) :**

Si vous êtes demandeur d'emploi, vous pouvez bénéficier de l'allocation retour à l'emploi (AREF) dans la limite de vos droits.

Contactez votre Agence POLE EMPLOI

☛ **ETUDIANT EN PROMOTION PROFESSIONNELLE :**

Le coût de la formation est à la charge de l'Etablissement dont vous dépendez. Merci d'en informer le secrétariat.

☛ **PRET BANCAIRE ETUDIANT** à votre initiative.

LIVRES OBLIGATOIRES ET CONSEILLES

1^{ère} année

ANNEE UNIVERSITAIRE 2019-2020

Annotations	TITRES	AUTEURS	EDITEURS
Manuel obligatoire à prévoir après la rentrée.	Manuel de diagnostics infirmiers	/	/
Manuel recommandé par l'université *	Manuel d'anatomie et de physiologie humaine	Bryan Derrickson Gérard J. Tortora	De Boeck
Manuels conseillés	Vocabulaire médical de base – L'étude par l'étymologie - 2 volumes	Marie Bonvalot	O.I.P

ANGLAIS : Mischool - English for health professionnals

- Cahier de vocabulaire (prix : 15€) / Caroline Garnier (pour les 3 ans) – fournis par l'IFSI
- Dépliant de conversation (pour communiquer efficacement avec les patients) / Quick conversation guide (prix : 3.00€)

Ces ouvrages d'Anglais seront commandés par l'IFSI ; prévoir le règlement par chèque pour la rentrée d'un montant de 15 + 3 = 18.00€

L'équipe pédagogique vous conseillera tout au long de l'année dans le choix d'ouvrages.

***Le jour de la pré-rentrée:**

- ☛ Présence de la librairie Decitre avec possibilité de commandes et d'achats de livres

**DOSSIER AIDE REGIONALE
FORMATIONS SANITAIRES ET SOCIALES
(Bourses)**

Aide attribuée pour l'année scolaire en cours.

La détermination du droit à une aide régionale est fonction des ressources et des charges familiales.

L'ensemble des informations relatives à l'aide régionale pour les formations sanitaires et sociales sont consultables sur le site WEB de la Région.

www.aidesfss.auvergnerhonealpes.fr

Le dépôt d'une demande d'aide régionale se fait sur le site Internet de la Région, via un Extranet.

Le renouvellement de l'aide n'est pas automatique. Il fait l'objet d'une nouvelle demande chaque année.

- Vous devez vous munir du code d'accès de l'Etablissement de formation : **ETAB16**,
- A partir du 1^{er} septembre, remplissez votre demande en ligne en vous identifiant à l'aide de votre code d'accès,
- Poursuivez votre saisie,
- Récupérez votre n° d'identifiant personnel,
- Les pièces obligatoires doivent être jointes à votre dossier.

N° matricule :

**DOSSIER POUR LE PAIEMENT DES INDEMNITES
ET FRAIS DE DEPLACEMENTS
CONCERNE TOUS LES ETUDIANTS EN SOINS INFIRMIERS**

IDENTITE DE L'ETUDIANT

NOM de naissance..... EPOUSE (nom marital).....

PRENOMS :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

N° téléphone fixe : N° portable :

Adresse

Email :

ADRESSE PERSONNELLE :

.....
.....
.....
.....

ADRESSE PENDANT LA FORMATION ET LES STAGES (si différente) :

.....
.....
.....
.....
.....

N° DE SECURITE SOCIALE :

.....

INDEMNITES & FRAIS DE DEPLACEMENT

MONTANT DES INDEMNITES :

1^{ère} année : 28€

2^{ème} année : 38€

3^{ème} année : 50€

Aucune indemnité n'est versée pour les stages de rattrapage.

1 - FEUILLE DE FRAIS DE DEPLACEMENT :

A) **Avant le départ en stage:** Attribution d'une feuille d'Etat de Frais de Déplacement

B) **A la fin du stage:** Dans les 2 jours qui suivent la fin du stage, rendre les feuilles aux délégués de promotion, qui eux même les donneront à Mme LARATTE Christine, secrétaire, (cf. règlement intérieur).

Passé ce délai, aucun remboursement ne sera effectué.

2- REMBOURSEMENT KILOMETRIQUE :

A) **Trajet pris en compte :** Le plus proche du lieu de stage:
de l'Institut de Formation ou du domicile → stage, de centre-ville à centre-ville

B) Transport, SOIT

a) **En commun :** Frais réels sur présentation des justificatifs

b) **Véhicule personnel :**

- Nécessité d'avoir fourni dans le dossier de pré rentrée:
 - La bonne adresse du domicile,
 - La copie de la carte grise et du permis de conduire.

N.b. : TOUT CHANGEMENT EST A SIGNALER AU SECRETARIAT

- Nombre de CV pris en compte: 5CV maximum

C) **Aller-retour (A/R):**

- 1 A/R par jour
- 1 A/R par semaine si l'étudiant est logé sur le lieu de stage

3) FEUILLE

A) Sur le recto de la feuille : Ne mentionner que les évènements particuliers comme : « non conducteur », « Hébergé », « changement d'adresse de stage »...

B) Sur le verso de la feuille :

- Les jours d'absence en stage, cocher la case et justifier en écrivant dans la même case :

Absence, Formations, AGFSU, Regroupement, Séminaires etc...., JF pour les jours fériés,

NB : Pas de remboursement de frais ces jours-là.

- Noter le nombre d'heures effectuées **et EVITER LE « OO », « // »**

D) Absence en stage et récupération :

- **Les jours FERIÉS, comptent (7h) :** cf Art.4 de la convention signée en début d'année scolaire

- **Si récupération :** Remplir la « **fiche de notification des récupérations d'absences en stage** » et la joindre avec la feuille de stage où sera noté 0 heure

4- SEMINAIRE GRENOBLE:

Transports organisés par l'IFSI en car

5- LE REMBOURSEMENT SERA EFFECTUE SI :

- La feuille est correctement remplie,
- La feuille est rendue dans les **2 jours** qui suivent la fin du stage,
- Les justificatifs de transports sont fournis,
- Les justifications d'absence sont notées.

DOSSIER MEDICAL

OBLIGATIONS POUR LES CERTIFICATS MEDICAUX

ENTREE A L'INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS ET AIDES-SOIGNANTS D'ANNEMASSE-AMBILLY

Conformément au code de Santé publique, vous êtes dans l'obligation de fournir un certificat d'aptitude physique et psychologique à suivre la formation.

Trois documents sont à renseigner et pour cela vous êtes tenu(e) de vous présenter auprès d'un médecin agréé (liste : www.ars.rhonealpes.sante.fr), la consultation est à votre charge.

- Certificat médical établi par un médecin agréé
- Certificat médical précisant que les vaccinations et sérologies sont à jour
- Certificat immunitaire (pour stages en Suisse)

CERTIFICAT MEDICAL ETABLI PAR UN MEDECIN AGREE
Candidat concerné par l'Article L. 3111-4 du CSP

Je soussigné(e) Docteur , Médecin agréé,
atteste que :

Madame Monsieur

NOM DE NAISSANCE :

NOM MARITAL :

.....

PRENOM :

Né(e) le / / / / / à

- Candidat(e) à l'inscription d'une profession de santé dans un institut de formation de :
- Aide-Soignant
 - Infirmier

→ Cette personne ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession.

Fait à :

Le ____/____/____

Signature & cachet du médecin :

CERTIFICAT MEDICAL DE VACCINATIONS

Arrêté du 02/08/2013 – Instruction DGS/RI1/RI2 n° 2014-21 du 21/01/2014

Je soussigné(e) Docteur certifie que
(NOM DE NAISSANCE - NOM MARITAL et PRENOM)
..... né(e) le / / / / /

CANDIDAT A L'INSCRIPTION D'UNE PROFESSION DE SANTE DANS UN INSTITUT DE FORMATION DE :
 Aide-Soignant Infirmier
Article L. 3111-4 du CSP

→ **A été vacciné :**

OBLIGATOIRE	DTP + C	Les dernières injections	Date	Numéro de lot
	HEPATITE B	Injections	Date	Numéro de lot
		1 ^{ère}		
		2 ^{ème}		
		3 ^{ème}		
		Injection supplémentaire		
	ROR	Vaccination fortement recommandée	Date	Numéro de lot
BCG	(Non obligatoire depuis Avril 2019) Si présence d'une cicatrice vaccinale :	Ou date de la vaccination	Numéro du lot	
	Préciser l'endroit :			

→ **A fait les deux contrôles d'immunité suivants :**

SEROLOGIE comprenant : AC anti HBS AG anti HBS AC anti HBC	<i>L'arrêté du 02 août 2013 fixe le seuil d'immunisation à 100 UI/l. Si le résultat est inférieur, veuillez-vous référer à l'annexe I et II de cet arrêté ainsi que de l'algorithme (page 2).</i>	
Date	Résultat en UI/l	<input type="checkbox"/> Immunité acquise <input type="checkbox"/> Immunité non acquise (doit poursuivre les injections) <input type="checkbox"/> Non répondeur (après 6 injections)
FOURNIR LA SEROLOGIE SOUS PLI CONFIDENTIEL A L'ATTENTION DU MEDECIN		

TUBERTEST			
Date du test moins de 3 mois avant l'entrée en Institut	Numéro de lot	Date de la lecture	Lecture en millimètre
		 mm

→ **Radiographie pulmonaire** de moins de trois mois – Réalisée le
(joindre le compte-rendu)

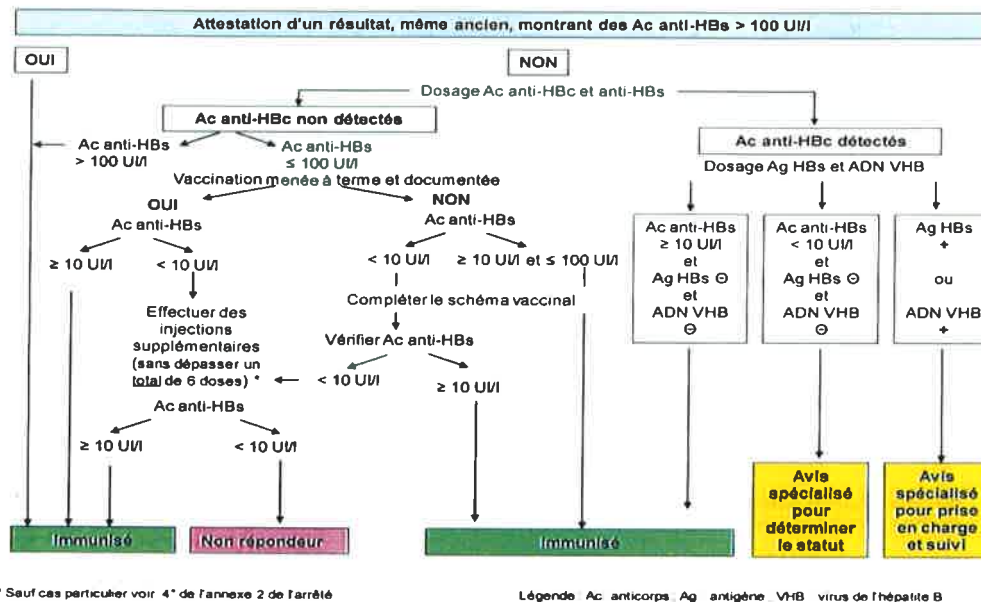
Par conséquent, la personne désignée ci-dessus :

- est à jour des vaccinations réglementaires fixées par l'arrêté du 02/08/2013
- a les immunités suffisantes pour intégrer les instituts de formation des professions de santé fixées par l'arrêté du 02/08/2013
- n'est pas à jour des vaccinations réglementaires et/ou contrôles d'immunité (TUBERTEST et SEROLOGIE)
 - en cours de vaccination contre : Hépatite B DTP + C
 - doit faire un TUBERTEST le : ___ / ___ / ___ + lecture le : ___ / ___ / ___
 - doit faire une SEROLOGIE le : ___ / ___ / ___

Fait à
Le ___ / ___ / ___

Signature & cachet du médecin :

Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 et dont les conditions sont fixées par l'arrêté du 2 août 2013



ANNEXE I de l'arrêté du 02 août 2013

CONDITIONS D'IMMUNISATION CONTRE L'HÉPATITE B

I. Les personnes mentionnées aux 1° et 2° de l'article 1er du présent arrêté sont considérées comme immunisées contre l'hépatite B si elles produisent une attestation médicale comportant un résultat, même ancien, indiquant la présence, dans le sérum, d'anticorps anti-HBs à une concentration supérieure à 100 UI/l.

II. Si les personnes susmentionnées ne présentent pas le résultat mentionné au I, il est effectué un dosage des anticorps anti-HBc et des anticorps anti-HBs en vue de la délivrance d'une attestation médicale attestant ou non de l'immunisation contre l'hépatite B.

II-1. Les anticorps anti-HBc ne sont pas détectables dans le sérum.

II-1.1. La vaccination a été menée à son terme selon le schéma en vigueur dans le calendrier vaccinal :

II-1.1.1. Le taux d'anticorps anti-HBs dans le sérum est supérieur ou égal à 10 UI/l :

La personne est considérée comme définitivement protégée contre l'hépatite B. Il n'y a pas lieu de réaliser de dosage sérologique ultérieur ni d'injection vaccinale supplémentaire.

II-1.1.2. Le taux d'anticorps anti-HBs dans le sérum est inférieur à 10 UI/l, la conduite à tenir est définie dans l'annexe II.

II-1.2. La vaccination n'a pas été réalisée, est incomplète ou sans preuve documentaire :

1° Si le taux d'anticorps anti-HBs est supérieur à 100 UI/l, les personnes concernées sont considérées comme immunisées contre l'hépatite B sans qu'il y ait lieu de réaliser de dosage sérologique ultérieur ni d'injection vaccinale supplémentaire ;

2° Si le taux d'anticorps anti-HBs est compris entre 10 et 100 UI/l, la vaccination doit être complétée. A l'issue de cette vaccination, les personnes concernées sont considérées comme immunisées contre l'hépatite B sans qu'il y ait lieu de réaliser de dosage sérologique ultérieur ni d'injection vaccinale supplémentaire ;

3° Si le taux d'anticorps anti-HBs est inférieur à 10 UI/l, la vaccination doit être réalisée ou complétée. Un dosage des anticorps anti-HBs est effectué un à deux mois suivant la dernière injection ;

4° Si, à l'issue du dosage mentionné au 3°, le taux d'anticorps anti-HBs est supérieur ou égal à 10 UI/l, les personnes concernées sont considérées comme immunisées contre l'hépatite B sans qu'il y ait lieu de réaliser de dosage sérologique ultérieur ni d'injection vaccinale supplémentaire ;

5° Si, à l'issue du dosage mentionné au 3°, le taux d'anticorps anti-HBs est inférieur à 10 UI/l, la conduite à tenir est définie à l'annexe II.

II-2. Les anticorps anti-HBc sont détectés dans le sérum.

Une détection de l'antigène HBs et une détermination de la charge virale du virus de l'hépatite B sont nécessaires.

II-2.1. Si le taux d'anticorps anti-HBs est compris entre 10 et 100 UI/l, en l'absence simultanée d'antigène HBs et de charge virale détectable, les personnes concernées sont considérées comme immunisées contre l'hépatite B. Il n'y a pas lieu de réaliser de dosage sérologique ultérieur ni d'injection vaccinale supplémentaire.

II-2.2. Si le taux d'anticorps anti-HBs est inférieur à 10 UI/l, en l'absence simultanée d'antigène HBs et de charge virale détectable, un avis spécialisé est demandé pour déterminer si la personne peut être considérée comme immunisée ou non.

II-2.3. Si l'antigène HBs et/ou une charge virale sont détectables dans le sérum, la personne est infectée par le virus de l'hépatite B et sa vaccination n'est pas requise.

ANNEXE II de l'arrêté du 02 août 2013

CONDUITE À TENIR SI UNE PERSONNE PRÉSENTE UN TAUX D'ANTICORPS ANTI-HBs INFÉRIEUR À 10 UI/l APRÈS AVOIR REÇU UN SCHÉMA COMPLET DE VACCINATION CONTRE L'HÉPATITE B

1° Une dose additionnelle de vaccin contre le virus de l'hépatite B est injectée. Un dosage des anticorps anti-HBs est effectué un à deux mois suivant cette injection ;

2° Si, à l'issue du dosage mentionné au 1°, le taux d'anticorps anti-HBs est supérieur à 10 UI/l, les personnes concernées sont considérées comme immunisées contre l'hépatite B sans qu'il y ait lieu de réaliser de dosage sérologique ultérieur ni d'injection vaccinale supplémentaire ;

3° Si, à l'issue du dosage mentionné au 1°, le taux d'anticorps anti-HBs est toujours inférieur à 10 UI/l, une dose additionnelle de vaccin contre l'hépatite B est injectée. Un dosage des anticorps anti-HBs est effectué un à deux mois suivant cette injection. Les injections vaccinales pourront être ainsi répétées jusqu'à obtention d'un taux d'anticorps anti-HBs supérieur à 10 UI/l, sans dépasser un total de six injections. Un dosage des anticorps anti-HBs est effectué un à deux mois suivant la dernière injection ;

4° Dans le cas où la personne aurait déjà reçu six doses ou plus en vertu d'un schéma vaccinal précédemment en vigueur, le médecin du travail ou le médecin traitant détermine s'il y a lieu de prescrire l'injection d'une dose de vaccin supplémentaire. Dans l'affirmative, un dosage des anticorps anti-HBs est effectué un à deux mois suivant cette injection ;

5° Si, à l'issue du dosage mentionné aux 3° et 4°, le taux d'anticorps anti-HBs est supérieur à 10 UI/l, les personnes concernées sont considérées comme immunisées contre l'hépatite B sans qu'il y ait lieu de réaliser de dosage sérologique ultérieur ni d'injection vaccinale supplémentaire. A défaut, elles sont considérées comme non répondeuses à la vaccination.



Centre de formation et compétences
Secteur formation initiale
Tél : 022.37.27.574 nt – 04.06.2018

CERTIFICAT IMMUNITAIRE

concernant

- Madame
 Monsieur

Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Né(e) le :

Domicile :

Fonction :

Date d'entrée :

Taux d'activité : %

Lieu de travail :

Département :

Le médecin soussigné, certifie que la personne susnommée répond aux critères vaccinaux et/ou immunitaires exigés pour son poste de travail.

Date :

Timbre et signature du médecin

TABLEAU DES IMMUNITÉS / VACCINATIONS EXIGÉES OU RECOMMANDÉES

Catégorie de personnel	Immunités / Vaccinations exigées	Immunités / Vaccinations recommandées
Personnel soignant	Rougeole - Rubéole Varicelle Hépatite B Diphtérie-tétanos Coqueluche (pédiatrie – gynécologie – obstétrique – maternité – crèche) Hépatite A (endoscopie digestive)	Oreillons Hépatite A (hors secteur à nsque) Coqueluche entre 25 et 30 ans (hors secteur à nsque)

MODE D'EMPLOI IMMUNITAIRE

MALADIE	IMMUNITÉ ACQUISE SI
Hépatite B	≥ 3 doses (ou 2 doses si 1 ^{ère} dose Engerix B20 / HBVAXPRO 10 / Gen HB-VAX 10 entre 11 et 16 ans) et sérologie Anti-HBs Ig ≥ 100 UI (1 fois suffit) <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> ou ancienne hépatite B guérie (confirmée par sérologie)
Rougeole	2 doses de vaccin ou sérologie positive ou antécédents certains de maladie
Rubéole	2 doses de vaccin ou sérologie positive ou antécédents certains de maladie
Oreillons	2 doses de vaccin
Varicelle	2 doses de vaccin ou sérologie positive ou antécédents certains de maladie
Coqueluche	1 dose de vaccin diphtérie-tétanos-coqueluche datant de moins de 10 ans
Hépatite A	2 doses de vaccin ou sérologie positive ou antécédents certains de maladie
Diphtérie- Tétanos	5 doses de vaccin (3 doses de vaccin si effectué après l'âge de 6 ans) et dernier rappel datant de moins de 20 ans

Si vous avez des questions concernant les exigences vaccinales ou immunitaires, vous pouvez contacter le médecin du travail du Service de Santé du Personnel HUG au (00 41 22) 372 60 50

DROIT A L'IMAGE

Je soussigné (e),

Adresse e-mail :

Déclare et certifie par la présente donner autorisation à
l'IFSI du Centre Hospitalier ALPES-LEMAN de procéder à des prises de vues (photographies, films,
interviews...) :

de ma personne

de *

dans le cadre de la formation infirmière aide-soignante

J'autorise l'IFSI à utiliser ces prises de vues pour un usage :

interne (présentations professionnelles, outils de communication interne...)

externe (magazine, livret d'accueil, site internet de l'IFSI et de l'Hôpital...) ou dans un article pour la
presse locale (Le Dauphiné Libéré et/ou Le Messenger).

Fait à, le

(Faire précéder la signature de la mention « Lu et approuvé, bon pour accord »)

*Si le signataire n'est pas la personne concernée (cas d'un mineur, d'un majeur sous tutelle, ...), préciser le
lien légal.

CONTRIBUTION DE VIE ETUDIANTE ET DE CAMPUS (CVEC)

Depuis le 1^{er} juillet 2018, les étudiants doivent s'acquitter de la CVEC sur le site cvec.etudiant.gouv.fr afin de pouvoir prétendre à l'inscription administrative dans l'enseignement supérieur et par conséquent à l'institut.

Cette contribution est à hauteur de **90 euros par an et** par étudiant.

Elle sera exonérée pour les étudiants boursiers et immigrés.

Le secrétariat de l'institut (04.50.82.32.40) reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

La Directrice

Isabelle RUIN

**DOCUMENT A REMPLIR ET A RETOURNER
AU SECRETARIAT PEDAGOGIQUE
Merci de votre collaboration**

Nom de naissance : **Prénom :**

Nom marital (épouse) :

Sexe :

- Femme
 Homme

Année de naissance (format aaaa) :

Mail étudiant :

Téléphone portable étudiant (format 0x xx xx xx xx) :

Téléphone fixe étudiant (format 0x xx xx xx xx) :

Adresse complète élève / étudiant (avant l'entrée en formation) :

.....

Adresse actuelle complète élève / étudiant (pendant la formation) :

.....

Statut avant l'entrée en formation : (Cocher la case correspondante à votre situation)

- Elève ou étudiant
 Apprenti
 Salarié ou profession libérale du secteur sanitaire, social ou médico-social (y compris transport sanitaire)
 Salarié ou profession libérale d'un autre secteur
 En recherche d'emploi
 Sans activité

Niveau du dernier diplôme ou titre obtenu avant l'entrée en formation : (Cocher la case correspondante à votre situation)

- Sans diplôme
 Niveau inférieur au bac
 Niveau bac
 Niveau supérieur au bac, autre diplôme
 Niveau supérieur au bac, diplôme sanitaire ou social
 Autre

Dernier diplôme ou titre obtenu avant l'entrée en formation :

.....

Année obtention dernier diplôme ou titre (format aaaa) :

.....

PACES/APEMK avant l'entrée en formation :

- OUI NON

Préparation au concours d'entrée en formation :

- OUI NON

Formation partielle :

- OUI NON

Nature du parcours de formation détaillé : (Cocher la case correspondant à votre situation)

- En formation passerelle c'est-à-dire détention d'un diplôme donnant droit à dispense du concours et de certains modules de formation
- En formation post VAE (validation partielle du diplôme d'Etat par la voie de la VAE)
- Redoublement
- Reprise du cursus suite à une interruption de formation

Ressources financières pendant la formation : (Cocher la case correspondante à votre situation)

- Reprise du cursus suite à une interruption de formation
- Conseil régional (bourse)
- Conseil général (RSA...)
- Pôle emploi (allocation chômage...)
- Employeur (plan de formation, CIF...)
- Autre, indiquer laquelle :