

Vous avez été sélectionné(e) sur Parcoursup ou via les épreuves de sélection destinées aux candidats justifiant de 3 années d'expériences professionnelles.

Vous avez validé votre inscription à l'Institut des Formations en Santé

La pré-rentrée est prévue le 28 Août 2026 de 9h00 à 17h00 à l'IFS, elle est obligatoire

La rentrée scolaire est le Mardi 1^{er} Septembre 2026

Cotisation Vie Etudiante et Campus (CVEC)

**Elle concerne l'ensemble des étudiants entrant en formation infirmière en Septembre 2026.
Sauf les étudiants en promotion professionnelle ou bénéficiant d'un OPCO.**

Vous devez vous inscrire sur le site du CROUS : <https://cvec.etudiant.gouv.fr/>

Une attestation comportant votre numéro d'affiliation vous sera transmise dès l'inscription effectuée.

Le montant de la cotisation est de 105 € (tarif 2025-2026).

Les renseignements vous seront donnés sur le site du CROUS.

Sur le plan administratif

Les documents peuvent être déposés à l'accueil de l'IFS aux heures d'ouverture (08h30-12h00 / 13h30-16h00) ou envoyés par courrier. L'admission ne sera définitive qu'après réception de l'ensemble des pièces demandées. **Tout dossier incomplet sera refusé.**

Bourse d'études de la Région Hauts-de-France

Les demandes de bourse sont à effectuer sur la plateforme de la Région : <https://aides.hautsdefrance.fr>

La plateforme est accessible tout au long de l'année scolaire et universitaire. La demande devra être complétée par l'envoi des pièces justificatives demandées.

Les étudiants bénéficiant d'une bourse devront impérativement transmettre à l'Institut une copie de l'avis définitif d'attribution.

Indemnisation et frais de déplacement en stage

Au cours de votre scolarité, vous effectuerez de nombreux stages dans et hors agglomération dunkerquoise (de Calais à Hondschoote – Bailleul – Hazebrouck) ainsi qu'en Belgique. Les horaires de stage peuvent couvrir des amplitudes de jour comme de nuit. Il est donc indispensable de disposer d'un moyen de transport adapté.

Attention : Les étudiants bénéficiant d'une prise en charge financière par un employeur, CIF ou un OPCO ne peuvent pas prétendre aux indemnités de stage. Ils peuvent toutefois bénéficier d'une prise en charge des frais de déplacement si celle-ci n'est pas assurée par leur employeur (attestation de l'employeur obligatoire).

Restauration

Vous pouvez bénéficier du tarif des restaurants universitaires pour les repas du midi et du soir au restaurant universitaire, 10, Place des Nations à DUNKERQUE. C'est également au restaurant universitaire que vous pourrez vous procurer une carte CROUS monétique sur présentation de votre carte d'étudiant.

Vous avez également accès au self de l'Hôpital Alexandra LEPEVE Centre Hospitalier de Dunkerque au tarif du personnel hospitalier. Une carte magnétique sera créée sur demande. Lors du premier passage, le compte devra être crédité par carte bancaire.

Carte d'étudiant

Une carte d'étudiant vous sera remise par l'IFS.

Votre tenue de travail

Les tenues professionnelles peuvent être achetées auprès de la lingerie hospitalière de l'Hôpital Alexandra LEPEVE. Le trousseau se compose de 5 tenues complètes (tuniques + pantalons).

Tarifs :

- Femme : **66,06 €**
- Homme : **64,80 €**

Le règlement doit être effectué par chèque à l'ordre de : « RÉGIE FRAIS DE SCOLARITE IFSI »

Demandes de dispense ou d'aménagement d'études

Conformément à l'Article 18 de l'Arrêté du 20 février 2026 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, « 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. »

Les étudiants souhaitant solliciter une dispense sont invités à prendre contact avec l'institut dès leur admission afin de connaître les modalités de constitution et de dépôt du dossier.

RÉCAPITULATIF DES PIÈCES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU DOSSIER
Tout dossier incomplet ou comportant une pièce obligatoire manquante sera refusé

<u>PIÈCES OBLIGATOIRES POUR L'INSCRIPTION</u>	Check-list
Justificatif d'inscription administrative auprès de l'Université de Lille	<input type="checkbox"/>
Fiche administrative complétée	<input type="checkbox"/>
Attestation CVEC 2026/2027 (https://cvec.etudiant.gouv.fr/)	<input type="checkbox"/>
Photocopie lisible de la carte d'identité recto/verso, du passeport ou du titre de séjour recto/verso (en cours de validité)	<input type="checkbox"/>
Attestation Journée Défense et Citoyenneté (JDC) (si non effectuée attestation de recensement)	<input type="checkbox"/>
2 photos d'identité de moins d'un an, format 4,5 x 3,5 cm (Inscrire nom et prénom au dos des photos)	<input type="checkbox"/>
R.I.B au nom de l'étudiant + attestation RIB complétée	<input type="checkbox"/>
Attestation de responsabilité civile	<input type="checkbox"/>
Attestation de sécurité sociale	<input type="checkbox"/>
Coupon SELF CHD complété	<input type="checkbox"/>
Pour les bacheliers de 2026, relevé de notes du BAC (dès obtention)	<input type="checkbox"/>
Photocopie du ou des diplômes obtenus (Baccalauréat ou équivalent)	<input type="checkbox"/>
Chèque pour les tenues → Tarif femme (66,06 €) → Tarif homme (64,80 €) à l'ordre de « REGIE FRAIS DE SCOLARITE IFSI » (Inscrire nom et prénom au dos du chèque)	<input type="checkbox"/>
<u>PIÈCES À FOURNIR SI CONCERNÉ</u>	Check-list
Photocopie du permis de conduire de l'étudiant ou des parents (si pas de permis de conduire)	<input type="checkbox"/>
Photocopie du certificat d'immatriculation du véhicule utilisé par l'étudiant	<input type="checkbox"/>
Assurance du véhicule	<input type="checkbox"/>
Avez-vous effectué une demande de Bourse ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Souhaitez-vous demander une dispense d'Unités d'Enseignement ? (faire la demande auprès du secrétariat)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Pour les personnes relevant de la Formation Professionnelle Continue (FPC) vous devez fournir :	
<u>Si vous êtes inscrit (e) à France Travail</u> : l'attestation France Travail avec numéro identifiant et droits ARE	<input type="checkbox"/>
<u>Si vous êtes chez un employeur</u> : la notification de la prise en charge de la formation par l'employeur ou l'OPCO (à transmettre dès réception)	<input type="checkbox"/>
<u>DOSSIER MEDICAL (À déposer au plus tard le jour de la rentrée)</u>	Check list
Fiche de vaccination datée, signée et tamponnée par le médecin	<input type="checkbox"/>
Certificat médical d'entrée en formation paramédicale daté, signé et tamponné par un médecin agréé	<input type="checkbox"/>
Numération formule sanguine	<input type="checkbox"/>

Date de la Pré-rentrée : le 28 Août 2026 de 9h à 17h
Date de la rentrée à l'Institut des formations en Santé de Dunkerque le 01/09/2026

IDENTITE : (strictement identique à la carte d'identité*)

- *NOM de famille (de jeune fille) : _____ *NOM d'usage (d'épouse) : _____
- *Prénom : _____ *Autre(s) Prénom(s) : _____
- *Date de naissance : _____ *Ville de naissance : _____
- Département de naissance : _____ et Pays de naissance : _____
- *Sexe : _____ *Nationalité : _____
- Situation de famille (célibataire, marié(e), P.A.C.S., union libre, divorcée(e), etc...) : _____
- Nombre d'enfant(s) à charge : _____

- NOM et Prénom du **conjoint** ou du **concubin** : _____
- Profession : _____ en Activité Chômage Retraité Autres
- Employeur : _____ Adresse : _____
- Téléphone : ___/___/___/___/___ (poste : _____) _____

- **Adresse de l'étudiant pendant les études :**
- N° : _____ Rue : _____ Téléphone : ___/___/___/___/___
- N° appartement _____ Rés. ou Bât. : _____
- Code postal : _____ VILLE : _____ Portable : ___/___/___/___/___
- Adresse mail : _____
- N° identifiant France Travail (si concerné) : _____
- N° sécurité sociale **personnel de l'étudiant** : _____
- N° INE ou BEA (**obligatoire**) - il figure sur le relevé de notes du BAC : _____

.....

Personnes à prévenir en cas d'accident : (à renseigner dans tous les cas)

1^{ère} personne :

- NOM et Prénom : _____ Lien de parenté.....
- Téléphone : ___/___/___/___/___

2^{ème} personne :

- NOM et Prénom : _____ Lien de parenté.....
- Téléphone : ___/___/___/___/___

ETUDES

- Secondaires : Lycée : - Années : _____ / _____
- Etablissement : _____ Ville : _____
- Niveau atteint : _____ Diplôme obtenu : _____ Série : _____
- Préparation : - Année : _____ Durée : _____
- Etablissement/Organisme : _____ Ville : _____
- Supérieures : - Années : _____ / _____
- Etablissement : _____ Ville : _____
- Nature de la formation suivie : _____
- Niveau atteint : _____ Diplôme obtenu : _____
- Professionnelles : - Années : _____ / _____
- Etablissement : _____ Ville : _____
- Niveau atteint : _____ Diplôme obtenu : _____

ACTIVITE PROFESSIONNELLE

- Poste occupé : _____
- Date : _____ Durée : _____
- Etablissement : _____ Adresse : _____
• (au besoin énumérer) : _____

ADMISSION A L'INSTITUT

Par quel biais se fait votre entrée en formation :

PARCOURSUP :

- Série BAC : _____ Année : _____ Académie de : _____
Mention BAC : _____
- Série D.A.E.U. _____ Année : _____
- Autre équivalent : _____ Année : _____

EPREUVES DE SELECTION :

- I.F.S de passage : _____
Année : _____
- Epreuve écrite : _____ / 20 - Entretien : _____ / 20
Total : _____ / 40 - Rang de classement : _____

DIVERS

- Attestation de Formation aux Premiers secours (Fournir l'attestation) : OUI si oui année : _____ NON
Ou
- Prévention et Secours Civiques de niveau 1 (Fournir l'attestation) : OUI si oui année : _____ NON

MOYEN DE TRANSPORT

- Permis de conduire : OUI NON
(Si oui, il faut nous fournir la carte grise, l'assurance et le permis de conduire)

ATTESTATION

REMISE DE RIB

Je soussigné(e) M/Mme _____

atteste avoir remis ce jour un relevé d'identité bancaire au secrétariat .

Coordonnées bancaires (mettre original RIB)

DONNEES DE PAIEMENT

Etablissement :

Banque :

Guichet :

N° de compte :

Clé :

BIC :

Compte IBAN :

Dunkerque, le ___ / ___ / _____,

Signature



ACCÈS AU SELF DE L'HOPITAL ALEXANDRA LEPEVE - CENTRE HOSPITALIER DE DUNKERQUE

Au cours de votre scolarité, vous avez la possibilité de prendre vos repas au self de l'Hôpital Alexandra LEPEVE

Un repas complet : entrée – plat (viande, légume et féculent) – dessert, revient approximativement à 5 €.

L'accès au self nécessite une carte, valable pour vos 3 années de formation, qui sera créée à votre demande à la rentrée scolaire (voir coupon ci-dessous).

Cette carte devra être approvisionnée directement lors de votre passage en caisse par carte bancaire.

NOM :

Prénom :

Usager du Self de l'Hôpital Alexandra LEPEVE

Oui

Non

À

Le

Signature

IFS
LC/EB

Dunkerque, le 2 juin 2026,

Laurence CASTEL
Directrice de l'Institut des
Formations en Santé

Objet : Certificat de vaccination des étudiants en soins infirmiers

Mesdames, Messieurs les Médecins,

Sébastien DESAGHER
Adjoint de Direction
Poste : 4301

Dans le respect de l'arrêté du 21 avril 2007, Titre III, articles 91 relatif aux conditions de fonctionnement des Instituts de Formation paramédicaux, l'admission définitive en Institut de Formation est subordonnée à la production d'un certificat médical de vaccination :

Elodie BRENNE
Assistante administrative
Poste : 56.80

- Antidiphthérique, antitétanique et antipoliomyélique en cas de rappel diphtérie – tétanos – polio, association possible vaccin anti coqueluche REPEVAX laissé à votre appréciation (personnel en contact avec jeunes enfants ou futur parent),

Corinne CLAEYSSEN
Assistante administrative
Poste : 56.80

- contre l'hépatite B (3 injections impératives) **avec dosage des anticorps anti HBS 6 semaines après la dernière injection, rappel à faire si nécessaire – aucune dispense de cette vaccination ne peut être accordée.**

Pascale MANCONE
Assistante administrative
Poste : 56.80

Il est également attendu un contrôle de la NFS Numération Formule Sanguine qui servira de référence dans le cadre de la radioprotection.

Véronique FOURCROY
Assistante administrative
Poste : 56.80

C'est pourquoi je vous demande, sur présentation du carnet de vaccination de l'étudiant, de bien vouloir compléter, dater et signer la fiche ci-jointe qui me permettra d'assurer le suivi administratif des vaccinations, sans oublier d'y apposer votre cachet.

Je vous prie de recevoir, Mesdames, Messieurs les Médecins, l'expression de mes salutations les plus cordiales.

Laurence CASTEL
Directrice



**INSTITUT DES FORMATIONS
EN SANTÉ
DU CENTRE HOSPITALIER
DE DUNKERQUE
C.S. 76367
59385 DUNKERQUE CEDEX 1
Tél. : 03.28.28.56.80**

Certificat médical d'entrée en formation paramédicale

A faire compléter par le Médecin Agréé

Infirmier / Aide-Soignant

A remettre le jour de l'inscription avec photocopie du carnet de vaccination et attestation médicale comportant un résultat même ancien d'anticorps anti HBs répondant aux critères (cf. document au verso)

Je soussigné(e), médecin agréé,

Certifie que :

Madame / Monsieur..... né(e) le.....

Ne présente pas de contre –indication physique et psychologique à l'exercice de la profession.

Nature de la vaccination	Dernier vaccin effectué	Schéma vaccinal valide pour 3 ans	Rappel prévu le
DTP <input type="checkbox"/>	Date	Oui <input type="checkbox"/>	Date
DTCP <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>	
Hépatite B Ac anti HBs >100 <input type="checkbox"/>	Date	Oui <input type="checkbox"/>	
10 < Ac anti HBs < 100 <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>	
ROR (Vaccin non obligatoire mais conseillé)	Date		

Et atteste que les vaccinations sont conformes à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France.

Fait à..... le.....

Cachet et signature du médecin agréé

Conditions d'immunisation contre l'hépatite B¹

Résultat biologique d'Ac anti HBs > 100 UI / L = Immunité

<p>Sans présentation de résultat = Dosage Ac anti HBc et anti HBs</p>	<p>La vaccination: - sans preuve documentaire <input type="checkbox"/> - n'a pas été réalisée <input type="checkbox"/> - est incomplète <input type="checkbox"/></p>	<p>Ac anti HBc positifs = dosage Ag HBs et charge virale</p>
<p>Schéma 1 : Ac anti HBc indétectables + schéma vaccinal correct et complet + Ac anti Hbs ≥ 10 UI / L = Immunité définitive</p> <p>Schéma 2: Ac anti HBc indétectables + Ac anti HBs < 10 UI / L + Schéma complet de vaccination = rappel nécessaire puis, dosage des Ac anti HBs 1 à 2 mois après injection.</p> <p>A l'issue : - si Ac anti HBs > 10 UI / L = immunité - si Ac anti HBs < 10 UI / L = Dose additionnelle de vaccin. Dosage des Ac anti HBs 1 à 2 mois après injection à répéter jusqu'à obtention des Ac anti HBs > 10 UI / L sans dépasser 6 injections.</p>	<p>Schéma 1 Ac anti HBs > 100 UI / L = Immunité</p> <p>Schéma 2 Ac anti HBs entre 10 et 100 UI / L = La vaccination doit être complétée.</p> <p>A l'issue de cette vaccination les personnes concernées sont considérées immunisées sans qu'il y ait lieu de réaliser un dosage sérologique ultérieur, ni injection supplémentaire.</p> <p>Schéma 3 Ac anti HBs < 10 UI / L = La vaccination doit être réalisée ou complétée. Puis, dosage des Ac anti HBs à réaliser 1 à 2 mois après l'injection.</p> <p>Si Ac anti HBs de nouveau < 10 UI / L, la vaccination doit être réalisée ou complétée une nouvelle fois. Puis, dosage des Ac anti HBs à réaliser 1 à 2 mois après l'injection.</p> <p>A l'issue : 2 possibilités</p> <ul style="list-style-type: none"> - AC anti HBs ≥ 10 UI / L = Immunité (sans qu'il y ait lieu de réaliser un dosage sérologique ultérieur, ni injection supplémentaire) - Ac anti HBs < 10 UI / L = Dose additionnelle de vaccin avec dosage des Ac anti HBs à réaliser 1 à 2 mois après et à répéter jusqu'à l'obtention d'un taux d'Ac > 10 UI / L sans dépasser 6 injections. 	<p>Schéma 1 Ac anti HBs compris entre 10 et 100 UI / L + Ag HBs négatif + charge virale indétectable = Immunité</p> <p>Schéma 2 Ac anti HBs < 10 UI / L + Ag HBs négatif + charge virale indétectable = avis spécialisé demandé (pour déterminer si la personne est immunisée ou non).</p> <p>Schéma 3 Ag HBs positif et / ou charge virale détectable = la personne est infectée et sa vaccination n'est pas requise.</p>

¹Arrêté du 02/08/2013 paru au J.O du 13/08/13 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L3111-4 du Code de la Santé Publique.
Arrêté du 21/04/2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, titre III- vaccinations pour l'entrée en formation et suivi médical des étudiants.

FICHE DE SUIVI MEDICAL

A compléter par le Médecin Traitant

NOM..... Prénom.....

Date de naissance :

D.T.P Obligatoire	Nom								
	Date								
ROR Recommandé									
Hépatite B Obligatoire	Âge primo vaccination	1	2	3	4	5	6		
COVID 19 Recommandé									

Maladies infantiles	Date
Varicelle	
Rougeole	
Oreillons	
Rubéole	
Coqueluche	

DATE :

NOM et Prénom du Médecin Traitant

CACHET du MEDECIN TRAITANT

MÉDECINS GÉNÉRALISTES				
ARRONDISSEMENT D'AVESNES-SUR-HELPE				
NOM	TELEPHONE	COMMUNE	ADRESSE POSTALE	ADRESSE MAIL
ARRONDISSEMENT D'AVESNES-SUR-HELPE				
KARKOUTLY Carim	06 11 13 70 20	59600 MAUBEUGE	146, route de Feignies	cardoc06@msn.com
ARRONDISSEMENT DE DOUAI				
BRIS Christian	06.07.70.92.67	59500 DOUAI	297 rue de l'Abbaye des Près	bris.christian@wanadoo.fr
LESCROART Jean-Charles		59500 DOUAI		
PAYEN Bernard-Fernand	06 61 54 53 62	59500 DOUAI	97, rue de la Tour des Dames	edith_payen@hotmail.fr
ARRONDISSEMENT DE DUNKERQUE				
ANDRES Frédéric René	03 20 48 58 90	59850 NIEPPE	1355 rue d'Armentières	frederic.andres@orange.fr
BENHENDA Mourad	06.15.47.47.81	59760 GRANDSYNTHÉ	Polyclinique de Grande Synthé	mouradchd@hotmail.fr
CARISSIMO Patrice	03 20 48 62 78	59850 NIEPPE	509 route d'Armentières	patrice.carissimo@wanadoo.fr
CHELALA Joseph	06.49.59.18.95	59143 LEDERZEELE	6 bis route du chemin vert	ichelala@wanadoo.fr
GOUDIN Pierre	03.28.58.04.05	59140 DUNKERQUE	20 rue Abbé CHOQUET	docteur@ggoidin.fr
LEFEVER Jean-Marie	03 28 66 99 81	59140 DUNKERQUE	12 ru David D'Angers	docteur.lefever@gmail.com
LEPLAT Régis	06.07.90.68.00	59670 CASSEL	46 Grande Place	r.leplat@orange.fr
MONTAGNE Patrick (Aucune expertise pour le rectorat)	03.28.64.50.90	59210 COUDEKERQUE- BRANCHE	53 rue Francisco Ferrer	pmontagne003@rss.fr
PLATEVOET Céline	03 28 49 06 03	59270 METEREN	58 bis rue Nationale	celine.platevoet@docflandres.fr
VERNIEST Laurent (Spécialisé également pour le sommeil)	03.28.48.18.57	59114 STEENVOORDE	20 avenue de la bergerie	laurentvernies2@gmail.com
ARRONDISSEMENT DE VALENCIENNES				
DEMORY Michel Jean	03 27 25 15 55	59199 HERGNIES	24 rue Pierre Joseph Lemer	michel-demory@wanadoo.fr
DHERBECOURT Joël	03.27.21.67.67	59230 SAINT AMAND LES EAUX	5 RUE Mathieu Dumoulin	selariparoramax@orange.fr
LEJAY Dominique	03 27 40 47 15	59300	CENTRE MEDICAL DU MUSEE 20 place verte valenciennes	c-lejay@orange.fr
LENFANT Jean-Pierre	03 27 21 67 67	59230 SAINT AMAND LES EAUX	5 RUE Mathieu Dumoulin	doc.jones@wanadoo.fr
MERCIER Gilles	06 80 27 26 50	59970 FRESNES SUR ESCAUT	34 rue du Maréchal Soult	gilles.mercier@orange.fr
ROESCH Gilles	03 27 74 63 27	59142 VILLERS-OUTREAUX	MSP de l'Arrouaise 3 place du général de Gaulle	gilles.roesch@wanadoo.fr

MÉDECINS GÉNÉRALISTES

ARRONDISSEMENT DE LILLE

ATMANI Louisa	59000 LILLE					louisa.atmani@yahoo.fr
BARDOEL Bruno	59116 HOUPLINES	03 20 35 31 07	29C rue Lutun			brunobardoel@gmail.com
BOUNOUA Hervé	59000 LILLE	03 20 52 65 75	32 passage des Alenettes			scm.abouettes@gmail.com
CHARPENTIER Pascal	59230 SAINT AMAND-LES EAUX	03 59 95 37 02	19 rue des Anciens d'Afrique du Nord			docteurcharpentier@yahoo.fr
COCQUEEL Patrice	59110 LA MADELEINE	06 08 51 01 63	115 rue du Général De Gaulle			pcoqueel@free.fr
CONVERT Laurent	59480 LA BASSEE	03 20 29 83 33	144 route de Lille			scmlabassee59@gmail.com
COUTER Jean Pierre	59960 NEUVILLE en FERRAIN	03 20 86 16 86	108 Bis rue de Tourcoing			jpcouter@orange.fr
DAEMS Jacques	59130 LAMBERSART	06 70 16 90 89	14 rue Marlier			jacques.daems@wanadoo.fr
DEBOU Didier	59155 FACHES-THUMESNIL	03.20.96.16.15	51 rue Henni BARBUSSE			debou.didier@wanadoo.fr
DELBERGHE Dany Marcel Auguste	59100 ROUBAIX	03 20 73 78 77	118/18 rue Decréme - Cabinet médical			dany.delberghe@gmail.com
DESHORGUE Jacques	59650 VILLENEUVE D'Ascq	06.09.76.02.76	3 avenue de la créativité - Parc des Moulins			jacquesdeshorgue@gmail.com
DRON Eric	59000 LILLE	03.20.93.93.65	4, rue D'Alenbert			dron.prof@yahoo.fr
DUDENKO Pascal-Alexandre	59046 LILLE	03.20.56.03.74	SGAMI NORD – cité MARIANNE – 2 boulevard de Strasbourg			contact@caema-nord.fr
GIAGNORIO Pierre	59280 ARMENTIERES	03 20 77 99 50	78 rue Sadi Carnot			pierre.giagnorio@yahoo.fr
LAMARRE Christophe	59100 ROUBAIX	03 20 36 35 00	5 rue de la Halle			doc.lamarre@orange.fr
LEPETIT PHILIPPE	59000 LILLE	03.20.85.18.18	166 rue Pierre Mauroy			phil.lepetit@hotmail.fr
MASSET Cécile	59800 LILLE	06.72.95.92.75	CPSU 47 bis rue du port			cecile.masset@all-lecatho.fr
MASSON Valérie	59110 LA MADELEINE	03 20 13 13 22	27 avenue Suzanne			docteurvaleriemasson@gmail.com
ROLLET MARC	59650 COMINES	03 20 06 90 38	74, rue des frères Lumière			docrollet@wanadoo.fr
SINGER Philippe	59710 MERIGNIES	06.15.47.62.99	293, rue du Saut du Loup			dominique-delfressinger@gmail.com
TALLEB - AHMED Nour-Eddine	59510 HEM	03.20.82.24.22	301 rue Jules Guesde			docteur.talebahmed@gmail.com
VELUT Xaxier	59420 MOUVAUX	03 20 27 01 27	27 rue Marceau			docteurxaviervelut@gmail.com
VOGEL Marc	59390 TOUFFLERS	03 20 45 17 12	1 rue des dépotés			vogel/marc@59.medecin.fr
WELSCHBILLIG Marc	59000 LILLE	03 20 93 88 54	4 rue d'Alenbert			welschbillig.marc@wanadoo.fr
		03.20.93.93.65				cabinet.alenbert@gmail.com