

**DOSSIER D'ENTRÉE EN FORMATION 08 JANVIER 2024**  
**DIPLOME D'ÉTAT AIDE SOIGNANT**

**Dossier à retourner COMPLET avant le 15 décembre 2023 (20 décembre 2023 dernier délai):**  
**Par courrier :** IFAS du Ch de la Haute-Gironde – 97, Rue de l'Hôpital – BP 90 - 33394 BLAYE Cedex  
**A l'IFAS, remise en main propre :** 37, lieu dit Ripassou – 33390 CARS

**NOM :** ..... **PRÉNOM :** .....

**I – Coordonnées – A remplir si changement depuis l'inscription à la sélection**

Né(e) le : ..... / ..... / ..... à : ..... Département : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél : ..... / ..... / ..... / ..... / ..... Portable : ..... / ..... / ..... / ..... / ..... @ : .....

**Personne à prévenir en cas de besoin :**

Nom, Prénom : ..... Téléphone : .....

**II – Votre Situation professionnelle**

. Vous êtes :  demandeur d'emploi  en poursuite d'étude

Indiquer votre N° Identifiant si inscrit (7 chiffres + 1 lettre) : .....

Vous êtes demandeur d'emploi, merci de prendre contact avec votre conseiller pour faire le point sur votre rémunération pendant la formation.

. Vous avez un employeur et vous êtes financés par un organisme?

oui Fournir l'attestation de prise en charge

non Vous devez vous inscrire en tant que demandeur d'emploi auprès du pôle emploi (voir ci-dessus)

• Nécessitez-vous d'un aménagement particulier dans le cadre d'une **situation de handicap** ?  oui  non

Si oui, merci de bien vouloir contacter le secrétariat : 05 57 43 49 76

**III – Votre parcours/Vos souhaits**

PARCOURS COMPLET  PARCOURS PARTIEL (pour les personnes titulaires d'un diplôme dispensant)

Moyen de transport :  Voiture  Bus  2 roues

Les stages déjà faits ou lieux où j'ai déjà travaillé (dans le domaine de la santé) :

.....  
.....

**Le type de terrain de stage où j'aimerais le plus aller :**

.....

**Le type de terrain de stage où j'aimerais le moins aller :**

.....

J'ai un talent : ..... Je parle une langue étrangère : .....

Activités et loisirs : .....

## Éléments à joindre au dossier d'entrée en formation

### *☞ Dossier administratif (joindre les pièces non fournies lors de l'inscription à la sélection)*

- 100€ de frais d'inscription, modalités de règlement en Annexe 2.
- 1 copie recto verso (sur la même page) de votre carte nationale d'identité, passeport ou titre de séjour en cours de validité
- 1 copie de votre attestation justifiant de vos droits à l'assurance maladie en cours de validité
- 1 attestation de responsabilité civile (RC), couvrant les risques scolaires et extra-scolaires, valable pour l'année en cours et au nom de l'étudiant
- 1 attestation de responsabilité civile professionnelle (RCP), les compagnies suivantes fournissent ce document à titre gracieux : MNH, MACSF, GMF... (facultatif)
- Justificatif de prise en charge par votre employeur ou par un Organisme de Financement (selon votre situation)**
- Attestation POLE EMPLOI pour les personnes inscrites en tant que demandeur d'emploi (refus ou attribution d'allocations)
- 1 Photo d'identité récente** (indiquer nom et prénom au dos)
- Copie des diplômes
- Fiche d'autorisation de droit à l'image et de publication des résultats remplie et signée **ANNEXE 3**

### *☞ Dossier médical (doit être transmis au plus tard le jour de la rentrée)*

- Certificat d'un médecin agréé** par L'ARS attestant que l'élève ne présente aucune contre indication physique et psychologique à l'exercice de la profession d'aide-soignante (vous trouverez la liste des médecins agréés sur le site de l'ARS de votre région (<https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/medecins-agrees-11>))

**NB → Votre médecin traitant n'est peut-être pas un médecin agréé pour remplir ce certificat.**

- Fiche médicale de vaccinations** à compléter par votre médecin traitant (ci-joint), accompagnée de la copie des vaccinations obligatoires. **ANNEXE 1**

**Si les documents ont été transmis lors de l'inscription à la sélection, seulement joindre, le cas échéant :**

- **Certificat de vaccination COVID-19 Recommandé**
- **Dernière sérologie justifiant l'immunité contre l'Hépatite B**

**Toute personne ne pouvant pas bénéficier d'une vaccination contre l'hépatite B ne pourra suivre la formation aide-soignant.**

**Dossier à renvoyer COMPLET dès que possible et avant le 15 décembre 2023 :**

**IFAS DU CH DE LA HAUTE-GIRONDE**

**97, Rue de l'Hôpital – 33394 BLAYE CEDEX**

*Vous pouvez également déposer votre dossier à l'IFAS ou dans la boîte aux lettres au portail*

**Éléments à prévoir le jour de la rentrée : le 08 Janvier 2024 de 8h30 à 16h30**

- Pour les parcours partiels :
  - L'original de votre diplôme dispensant ou du relevé de notes (BAC ASSP, BAC SAPAT, DEAVS, DEAP....)

**Lieu de la formation - IFAS :**

**37, lieu dit Ripassou – 33390 CARS (ancien bâtiment MAUCO, route D137)**

*Merci de signaler tout changement auprès du secrétariat : 05 57 43 49 76*

# ANNEXE 1

## - Inscription des étudiants en santé - Fiche médicale à valider par un médecin

Filière universitaire : ..... NOM : ..... NOM de naissance : .....  
 Médecine  
 Odontologie  
 Pharmacie  
 Sage-femme  
Prénom : ..... Date de naissance : .. / .. / ..  
Tél. : ..... Email : .....  
ou Institut de formation : ..... Département de naissance : ..... Code postal lieu de résidence : .....  
Année d'admission : ..... Commune de naissance ou pays si né(e) à l'étranger : .....

Avant votre entrée en formation, vous devez apporter la preuve que vous êtes vacciné(e) contre différents risques infectieux. Si vous n'êtes pas à jour des vaccinations obligatoires, vous ne serez pas autorisé(e) à aller en stage. Les tableaux suivants devront être complétés par votre médecin sauf si le carnet de vaccination électronique a été créé sur [www.mesvaccins.net](http://www.mesvaccins.net) et validé par un professionnel de santé. Cette fiche devra être communiquée, avec les résultats\*\*, en même temps que votre dossier d'inscription (article L3111.4 du Code de la Santé Publique).

Si carnet de vaccination électronique créé et validé par un professionnel de santé : code de partage

Le médecin n'a rien de plus à compléter. Joindre uniquement les résultats demandés sous pli confidentiel.

### Diphtérie-Tétanos-Polio (dTP)\* / Diphtérie-Tétanos-Polio-Coqueluche (dTPCa)

Rappel dTPCa si un vaccin coquelucheux n'a pas été administré dans les 5 dernières années (respecter un délai de 1 mois après le dernier dTP). Lors des rappels à âge fixe (25, 45 et 65 ans), sera réalisé systématiquement un dTPCa.

Dernier rappel dTP => Date : .. / .. / ..... Nom : ..... Dernier rappel dTPCa => Date : .. / .. / ..... Nom : .....

### Hépatite B\*

Joindre les résultats sérologiques quelle que soit la date\*\*

Rappel des conditions d'immunisation :

- 1) Ac anti-HBs > 100 UI/ml (quels que soient l'historique vaccinal et l'ancienneté des résultats)
- 2) Ac anti-HBs ≥ 10 UI/ml et Ac anti-HBc négatif (si schéma vaccinal complet)

Les différents schémas complets :

- soit classique (3 doses) : 2 doses à 1 mois d'intervalle, la 3<sup>ème</sup> au moins 5 mois après la 2<sup>ème</sup> dose
- soit à l'adolescence (de 11 à 15 ans) : 2 doses espacées de 6 mois } avec ce vaccin contre l'hépatite B dosé à 20 µg
- soit accéléré (à titre exceptionnel) : 3 doses en 21 jours, rappel à 1 an

- Première dose => Date : .. / .. / ..... Nom : .....
- Deuxième dose => Date : .. / .. / ..... Nom : .....
- Troisième dose => Date : .. / .. / ..... Nom : .....
- Injections supplémentaires => Date : .. / .. / ..... Nom : .....
- => Date : .. / .. / ..... Nom : .....
- => Date : .. / .. / ..... Nom : .....

### Covid-19 (VACCINATION CONSEILLÉE NON OBLIGATOIRE DEPUIS LE 13 MAI 2023)

Antécédent de COVID => Date : .. / .. / ..... Première dose => Date : .. / .. / ..... Deuxième dose => Date : .. / .. / ..... Rappel => Date : .. / .. / .....

### Rougeole-Oreillons-Rubéole (ROR)

Personnes nées avant 1980 :

- Antécédent de rougeole => Date : .. / .. / .....
- Pas d'antécédent de rougeole ou doute => vaccination 1 dose recommandée sans certitude sérologique préalable

Personnes nées depuis 1980 :

- vaccination 2 doses recommandées quels que soient les ATCD

Schéma vaccinal :

- Première dose => Date : .. / .. / ..... Nom : .....
- Deuxième dose => Date : .. / .. / ..... Nom : .....

### Varicelle

- Antécédent de maladie
- Pas d'antécédent ou doute

Si pas d'antécédent ou doute => Sérologie à faire  
Joindre le résultat\*\*

Si sérologie négative => Vaccination recommandée

- Première dose => Date : .. / .. / ..... Nom : .....
- Deuxième dose => Date : .. / .. / ..... Nom : .....

### Méningocoque C

Vaccination recommandée jusqu'à l'âge de 24 ans inclus => Date : .. / .. / ..... Nom : .....

### Tuberculose (vaccination non obligatoire à compter du 1<sup>er</sup> avril 2019)

Je, soussigné Dr \_\_\_\_\_ certifie que les renseignements inscrits ci-dessus sont exacts.

Fait le :

Signature et cachet du praticien :

\* Obligatoire

\*\* Nous vous rappelons que tous les éléments demandés doivent être joints sous pli confidentiel.



## ANNEXE 2

### 1 – RENTRÉE

La rentrée est fixée le Lundi 08 janvier 2024 à 8h30.

#### **Présence obligatoire**

Possibilité de déjeuner sur place avec accès aux réfrigérateurs et micro-ondes.

HORAIRES HEBDOMADAIRES EN PÉRIODE DE COURS : **du lundi au vendredi de 8h30 à 16h30**

STAGES : les stages sont attribués par l'équipe pédagogique, les horaires de stage varient en fonction des services.

### 2 – BOURSES

Constitution du dossier en ligne sur le site de la Région Nouvelle-Aquitaine :

<https://mes-demarches.nouvelle-aquitaine.fr/>

### 3 – LES ORGANISMES PARTENAIRES

Pôle Emploi : calcul de vos droits à l'allocation de retour à l'emploi (ARE)

La mission locale : jusqu'à 25 ans, la mission locale propose des aides au logement, à la mobilité...

La Région Nouvelle-Aquitaine : pour les personnes non éligibles à l'allocation de retour à l'emploi, la région peut verser une rémunération mensuelle ou attribuer une aide exceptionnelle.

Pour toute demande de renseignements complémentaires, le secrétariat de l'IFAS se tient à votre disposition : 05 57 43 49 76

### 4 – REGLEMENT DES FRAIS D'INSCRIPTION

A réception de votre dossier à l'IFAS, un avis de paiement vous sera envoyé par courrier pour un montant de 100 euros: le règlement se fera directement auprès du Trésor Public, suivant les indications que vous trouverez dans l'avis de paiement. **AUCUN REGLEMENT NE DOIT PARVENIR A L'IFAS**

*Si votre employeur règle les frais d'inscription, merci d'indiquer ses coordonnées ci-dessous afin que l'avis de paiement lui soit adressé :*

### 5 – COMMANDE DE TENUES

La procédure de commande des tenues vous sera communiquée par le secrétariat de l'IFAS.



## ANNEXE 3

# FORMULAIRE D'AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE ET PUBLICATION DES RÉSULTATS 2024

Je, soussigné(e),

Nom : ..... Prénom : ..... Né(e) le : ...../...../.....

A : ..... Département : .....

### **Promotion :**

Autorise à titre gratuit l'IFAS de Blaye : (cocher la case utile)

- A utiliser mon image prise dans le cadre de ma formation pour promouvoir l'IFAS (projet pédagogique, rapport d'activités, site Internet de l'IFAS – Ch de la Haute-Gironde)

Oui  Non

- A publier mon nom sur les listes de parution des notes et les résultats officiels sur le site du Ch de la Haute-Gironde et de la DREETS de Bordeaux

Oui  Non

Je peux me rétracter à tout moment, sur simple demande écrite à la Directrice de l'IFAS.

Je m'engage à ne pas tenir responsable la personne ou structure précitée ainsi que ses représentants et toute personne agissant avec sa permission pour ce qui relève de la possibilité d'un changement de cadrage, de couleur et de densité qui pourrait survenir lors de la reproduction.

Ce contrat est reconduit de manière tacite chaque année. La présente autorisation est personnelle et incessible et ne s'applique qu'aux supports explicitement mentionnés.

- Je déclare avoir 18 ans ou plus et être compétent(e) à signer ce formulaire en mon propre nom. J'ai lu et compris les implications de cette autorisation.

Fait à .....

Le.....

### **Signature :**

- Je n'ai pas encore 18 ans, j'ai lu et compris les implications de cette autorisation, la signature de mon représentant légal est nécessaire.

Fait à .....

Le.....

**Signature de l'élève :**

**Signature du représentant légal :**