

DOSSIER D'INSCRIPTION A L'ENTRÉE EN FORMATION AIDE-SOIGNANTE

RENTRÉE JANVIER 2024

Votre inscription sera effective à compter de la réception de ce dossier complété et accompagné de toutes les pièces demandées.

Il doit être renvoyé au plus tard le 18 décembre 2023¹

par voie postale à l'adresse suivante :

« IFPS du Villeneuvois / IFAS
Pôle de Santé du Villeneuvois - CS 50319
47305 VILLENEUVE-SUR-LOT CEDEX »

**MERCI DE NE PAS VOUS DÉPLACER
SANS AVOIR PRIS RENDEZ-VOUS AU PRÉALABLE**

**Pour tout renseignement,
vous pouvez nous joindre au 05.53.49.90.43.
L'IFPS sera fermé du 23 décembre 2023 au 7 janvier 2024 inclus**

**La pré-rentrée est organisée le lundi 8 janvier 2024 à 9h00,
votre présence est obligatoire.**

La rentrée s'effectuera le mardi 9 janvier 2024 à 8h30

¹ Pour les candidats admis après le 08/11/2023, merci de vous rapprocher du secrétariat de l'IFAS qui vous communiquera la date limite d'envoi du dossier d'inscription.

INSTITUT DE FORMATION AIDE-SOIGNANT – RENTRÉE JANVIER 2024

INFORMATIONS GÉNÉRALES :

➤ **Nom de naissance** : **Nom d'usage** :

Prénoms :

➤ **Né(e) le** :/...../..... **à**.....Département ou Pays :

➤ **Age** :ans

➤ **Nationalité** : Française Autre:

➤ **Coordonnées** :

Adresse personnelle d'origine :

.....

CP Ville

Adresse de l'élève durant sa formation à l'IFPS (si différente)

.....

CP Ville

Numéros de téléphone :

N° fixe : N° mobile :

Adresse Email: (obligatoire)@.....

Privilégier une adresse gmail intégrant vos nom(s) et prénom(s).

➤ **Situation familiale** :

Célibataire Marié(e) ou Pacsé(e) Concubinage Divorcé(e) ou Séparé(e) Veuf/ve

Nombre d'enfants : Parent isolé : oui non

➤ **Situation de handicap**² : reconnaissance administrative d'un handicap ou d'une perte d'autonomie

Oui (fournir l'attestation MDPH) Non

² Pour toutes questions relatives aux aménagements liées à une situation de handicap, merci de contacter le secrétariat.

➤ **Situation professionnelle à l'entrée en formation (8 janvier 2024) :**

- Apprenant en parcours de formation initiale (n'a pas quitté le milieu scolaire depuis plus d'un an)
 - Demandeur d'Emploi ou en cours d'inscription
 - Démissionnaire Non démissionnaire
 - Indemnisé par Pôle Emploi (percevant l'allocation chômage)
 - Non indemnisé
 - En attente de décision
 - Salarié(e)
 - Financé par l'employeur
 - En disponibilité
 - En congé individuel de formation (CIF)
- Statut : Fonctionnaire Contractuel CDI Contractuel CDD
- Apprentis
 - Autres (militaire, libéral, ...) :

➤ **Mode de financement de la formation**

- Financement individuel : Personnel Compte CPF
- Financement employeur :
 - Nom Employeur :
 - N° de SIRET: N° d'Activité:
 - Adresse :
- Organisme de financement de l'apprentissage
- Organisme de financement (Transition Pro, OPACIF, OPCA, ...)
- Financement Région Nouvelle Aquitaine
- Autre :
- Ne sais pas³

Les données à caractère personnel recueillies dans ce formulaire respectent le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD).

Je, soussigné(e), reconnais que les informations transmises dans ce document sont sincères et exactes.

Fait à
Le

Signature

³ Si vous ne connaissez pas votre mode de financement merci de contacter au plus vite le secrétariat de l'IFAS

NOM et Prénom :	Colonne réservée à l'IFPS
DOSSIER ADMINISTRATIF	
Dossier de renseignements administratifs complété	
L'acceptation des conditions générales d'entrées à l'IFAS signée (Cf. annexe 1).	
1 photocopie couleur de la carte d'identité ou du titre de séjour en cours de validité (recto et verso sur une même page)	
1 attestation de droits à l'assurance maladie de moins de 3 mois	
1 attestation d'assurance responsabilité civile couvrant l'année 2024	
2 photos d'identité (format 3.5 x 4.5, Nom - Prénom et «Promotion janvier 2024» inscrit au verso de chaque photo)	
Le cas échéant, l'attestation pour les élèves mineurs (Cf. annexe 2).	
1 chèque de 100€ à l'ordre du trésor public pour les frais de dossier non remboursé en cas de désistement	
DOSSIER MÉDICAL	
1 certificat médical émanant d'un médecin agréé attestant que le candidat ne présente pas de contre-indication physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession aide-soignante. La liste des médecins agréés est disponible sur le site internet de l'ARS Nouvelle-Aquitaine : https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/media/71830/download?inline	
La Fiche Médicale de l'ARS (Cf. annexe 3) à faire compléter par votre médecin traitant ou par le médecin agréé.	
Le résultat de la sérologie de l'Hépatite B (impératif)	

L'admission à l'Institut de Formation Aide-Soignant n'est définitive qu'après la remise de l'ensemble des documents listés ci-dessus.

ANNEXE 1 : ACCEPTATION DES CONDITIONS GÉNÉRALES D'ENTRÉE A L'IFAS

M. / Mme inscrit(e) en formation aide-soignante à l'IFPS du villeneuvois au sein de la promotion de janvier 2024 accepte les conditions générales suivantes :

PAIEMENT FRAIS DE RENTRÉE

Frais de dossier à l'entrée en IFAS (tarif 2024 :100 €) **non remboursable en cas de désistement**

OBLIGATIONS ET DEVOIRS DE L'ÉLÈVE DURANT SON CURSUS

Présentation de tous les documents demandés dans le dossier d'inscription sous peine d'une exclusion temporaire de l'élève, le temps pour lui/elle, de rassembler les documents manquants.

Respect des divers règlements (intérieur, numérique et CDI) téléchargeables sur notre site internet dans le projet pédagogique de l'institut⁴, sous peine de sanction.

Respect des vaccinations conformes à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France.

CURSUS DE FORMATION ANTERIEUR OUVRANT DROIT A DISPENSE OU ALLEGEMENT DE FORMATION

Pour les élèves ayant un des diplômes suivants:

- D.E.A.V.S. ou du D.E.A.E.S. option accompagnement de la vie à domicile
- D.E.A.M.P. ou du D.E.A.E.S. option accompagnement de la vie en structure
- D.E.A.E.S. option accompagnement à l'éducation inclusive et à la vie ordinaire
- Diplôme d'État d'ambulancier
- Diplôme d'État d'auxiliaire de puériculture
- Titre Professionnel d'assistant de vie aux familles
- Baccalauréat professionnel A.S.S.P
- Baccalauréat professionnel S.A.P.A.T
- Diplôme d'assistant de régulation médicale
- Titre professionnel d'agent de service médico-social.

Ou une validation partielle de la formation aide-soignante dispensée par :

- le jury de certification de la D.R.E.E.T.S. (anciennement D.R.J.S.C.S.)
- Le jury V.A.E.

Engagement à envoyer le justificatif correspondant et à suivre le parcours de formation allégé correspondant.

Fait à

Le

Signature :

⁴ Chemin pour accéder aux différents règlements : site internet de l'IFPS – onglet « Qui sommes-nous ? » - « télécharger le projet pédagogique » - les règlements se situent en annexes.

ANNEXE 2 : ATTESTATION POUR ÉLÈVES MINEURS

Je soussigné.e M / Mme, représentant.e
légal.e de M / Mme, élève
mineur.e entrant en formation à l'Institut de Formation Aide-Soignant de l'IFPS du Villeneuvois,
autorise mon enfant à signer les documents relatifs à sa formation après qu'il se soit engagé à me
les communiquer.

Fait à,

Le

Signature de l'élève :

Signature du représentant légal :

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

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

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 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 dTcaP => Date : .. / .. / Nom :

Hépatite B*

Joindre les résultats sérologiques quelle que soit la date**

Rappel des conditions d'immunisation :

- 1) Ac anti-HBs > 100 UI/l (quels que soient l'historique vaccinal et l'ancienneté des résultats)
- 2) Ac anti-HBs ≥ 10 UI/l 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^{ème} au moins 5 mois après la 2^{ème} dose
- soit à l'adolescence (de 11 à 15 ans) : 2 doses espacées de 6 mois } avec un 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 contrôle 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^{er} 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.