

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

## RENTRÉE JANVIER 2025

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

**Il doit être renvoyé si possible avant le 18 décembre 2024**

**et au plus tard le 2 janvier 2025<sup>1</sup>**

**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 21 décembre 2024 au 5 janvier 2025 inclus**

**La pré-rentrée est organisée le vendredi 10 janvier 2025 à 9h00,  
votre présence est obligatoire.**

**La rentrée s'effectuera le lundi 13 janvier 2025 à 8h30**

<sup>1</sup> Pour les candidats admis après le 15/11/2025, 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 2025

## 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<sup>2</sup> :** reconnaissance administrative d'un handicap ou d'une perte d'autonomie

Oui  Non

(Si oui, merci de nous faire parvenir dès à présent tous les documents en votre possession).

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

➤ **Personne à prévenir en cas de nécessité (au moins un nom obligatoire) :**

Pour les élèves mineurs, préciser le représentant légal.

Nom, Prénom	Lien avec l'élève	N° de téléphone

➤ **N° de Sécurité Sociale :**


Caisse d'Affiliation (CPAM, RSI, MSA...) : ..... Département: .....

➤ **N° d'identifiant Pôle Emploi (le cas échéant) :**


Agence (ville) : ..... Département: .....

➤ **Moyen de locomotion pour les stages**

Permis de conduire :  oui     non     en cours  
Véhicule :                     oui     non    Puissance fiscale : ..... CV

**INFORMATIONS POUR LE CONSEIL RÉGIONAL :**

➤ **Scolarité :**

Niveau scolaire **à l'entrée en formation (13 janvier 2025) :**

- Primaire, 6<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup>, CPA, CPPN ou CLIPA
- 3<sup>e</sup> ou première année de CAP ou BEP
- 2<sup>e</sup>, 1<sup>ère</sup> ou deuxième année de CAP ou BEP
- Terminale
- 1<sup>ère</sup> ou 2<sup>ème</sup> année de DEUG, DUT, BTS
- Classes de 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> cycle supérieur

Date de sortie de formation : .....

Niveau de certification maximum au moment **de l'entrée en formation (13 janvier 2025)**

- Niveau 1 (sans niveau spécifique)
- Niveau 2 (sans diplôme ou Diplôme du Brevet)
- Niveau 3 (CAP,BEP,...)
- Niveau 4 (Baccalauréat général, technologique ou professionnel, BP, BT)
- Niveau 5 (BTS, DUT,...)
- Niveau 6 (Licence, Master 1)
- Niveau 7 (grade Master)

Année d'obtention : .....

➤ **Situation professionnelle à l'entrée en formation (13 janvier 2025) :**

- 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 pas<sup>3</sup>


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

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

NOM et Prénom : .....	<b>Colonne réservée à l'IFPS</b>
<b>DOSSIER ADMINISTRATIF</b>	
Dossier de renseignements administratifs complété	
L'acceptation des conditions générales d'entrées à l'IFAS signée ( <b>Cf. annexe 1</b> )	
Pour les élèves mineurs : l'attestation parentale ( <b>Cf. annexe 2</b> )	
Pour les parcours allégés : l'engagement à fournir le diplôme correspondant ( <b>Cf. annexe 3</b> )	
1 photocopie <b>couleur</b> de la carte d'identité ou du titre de séjour en cours de validité <b>(recto et verso sur une même page)</b>	
1 attestation de droits à l'assurance maladie <b>de moins de 3 mois</b>	
2 photos d'identité (format 3.5 x 4.5, <b>Nom - Prénom et «Promotion janvier 2025» inscrit au verso de chaque photo</b> )	
1 chèque de 100€ à l'ordre du trésor public pour les frais de dossier non remboursé en cas de désistement	
<b>DOSSIER MÉDICAL</b>	
La Fiche Médicale de l'ARS ( <b>Cf. annexe 4</b> ) à faire compléter de préférence par votre médecin traitant, ou à défaut un médecin généraliste. <i>Pensez à amener au médecin votre carnet de santé et tous documents relatifs à votre historique vaccinal lors de votre rendez-vous.</i>	
1 certificat médical émanant d'un <b>médecin agréé</b> 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 : <a href="https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/media/71830/download?inline">https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/media/71830/download?inline</a>	
 <p style="color: red;">Certains médecins agréés ne délivrent pas ce certificat en l'absence de production de la fiche ARS complétée et signée par votre médecin traitant, ou de carnet de vaccination à jour.</p>	
Le résultat de la sérologie de l'Hépatite B ( <b>impératif</b> )	
<b>CONSTITUTION DU DOSSIER DRH EN LIGNE</b> <u>Indispensable pour le paiement des frais kilométriques pendant les stages</u>	
S'inscrire sur DIGIHOSP : <a href="https://ch-villeneuve-sur-lot-rhstart.digihosp.fr/">https://ch-villeneuve-sur-lot-rhstart.digihosp.fr/</a> et remplir le formulaire en ligne pour valider votre inscription  Le lien vous dirigera vers une page sécurisée où vous pourrez fournir toutes les informations nécessaires et y déposer les documents demandés :	
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ pièce d'identité</li> <li>➤ carte vitale</li> <li>➤ carte grise du véhicule utilisé pour les déplacements durant la formation</li> <li>➤ 1 justificatif de domicile : lieu d'habitation lors de la formation</li> <li>➤ 1 relevé d'Identité Bancaire impérativement à votre nom</li> </ul>	

**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 2025 accepte les conditions générales suivantes :

### PAIEMENT FRAIS DE RENTRÉE

- Frais de dossier à l'entrée en IFAS (tarif 2025 : 100€) **non remboursable en cas de désistement**
- Achat d'une tenue professionnelle pour les Travaux Pratiques et les séances de simulation à l'institut. Exemple :



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

Fait à .....

Le .....

Signature :

**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 :

**ANNEXE 3 : 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.
- D.E.A.M.P.
- D.E.A.E.S.
- 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 :



## ANNEXE 4

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

### Filière :

- Médecine  
 Odontologie  
 Pharmacie  
 Sage-femme
- IFSI  
 IFAS  
 Kinésithérapie

NOM : .....

NOM de naissance : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Tél. : .....

Email : .....

Autre : ..... 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 différentes maladies. **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 numérique 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\*\* sérologiques réalisés (au minimum anticorps anti-HBs et anticorps anti-HBc), en même temps que votre dossier d'inscription (article L3111.4 du Code de la Santé Publique).**

Un carnet de vaccination numérique est créé et validé par un professionnel de santé : **oui** :  **non** :

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

Si un vaccin coquelucheux n'a pas été administré dans les 5 dernières années, faire 1 dose de vaccin dTcaP (au moins 1 mois après le dernier dTP). Ensuite, les rappels seront administrés aux âges fixes de 25, 45 et 65 ans avec systématiquement la valence coquelucheuse.

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) ;
- 3) Ac anti-HBs ≤ 10 UI/l : compléter le schéma vaccinal.

Les différents schémas complets :

- soit pour les adultes (3 doses) :

- 2 doses à 1 mois d'intervalle, la 3ème au moins 5 mois après la 2ème dose ;
- soit accéléré (à titre exceptionnel) : 3 doses en 21 jours, rappel à 1 an.

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

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

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

- soit à l'adolescence de 11 à 15 ans (3 doses) :

- 2 premières doses espacées de 1 mois, puis la 3ème au moins 5 mois après la 2ème dose (schéma préférentiel) ;
- ou 2 doses espacées de 6 mois avec ENGERIX® B20.

## Covid-19

Antécédent de COVID : non ; oui (si oui, date : .... / .... / .....)

Dernière injection : non ; oui (si oui, date : .... / .... / .....)

vaccin utilisé : .....

## Rougeole-Oreillons-Rubéole (ROR)

### Personnes nées avant 1980 :

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

Personnes nées depuis 1980 : vaccination 2 doses recommandées, à 1 mois d'intervalle 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 depuis le 1er avril 2019)

Date de lecture de l'IDR : .....

Résultats (mm) : .....

Si vous disposez d'une IDR (Intra Dermo Réaction) de référence, merci de l'indiquer ici : .....

Est-il nécessaire de disposer d'un résultat d'IDR pour l'entrée en stage ? Non, ce test n'est pas obligatoire.

Toutefois, le médecin doit proposer à l'étudiant de réaliser cette IDR (ou une IGRA, préférentielle chez les sujets vaccinés par le BCG) car le résultat servira de référence en cas de contage ultérieur et de détection d'ITL, particulièrement chez les étudiants originaires de zones d'endémie ou de forte circulation.

Cette vaccination n'est plus exigée lors de la formation ou l'embauche. Il appartient aux médecins du travail d'évaluer le risque et de proposer, le cas échéant une vaccination BCG. À noter, la réalisation d'IDR est à éviter dans le mois suivant une vaccination ROR.

Je, soussigné(e) 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.