



**DOSSIER ADMINISTRATIF ENTRÉE EN
FORMATION
AIDES-SOIGNANTS RENTRÉE SCOLAIRE
LE LUNDI 28 AOUT 2023
9h00**

Afin de finaliser votre inscription à l'IFAS de CARCASSONNE, vous devez formaliser votre inscription administrative en vous conformant aux modalités énumérées ci-dessous en nous retournant les documents demandés :



Documents à fournir par Mail ou courrier à l'IFAS avant le 21 Août 2023

Attention l'Institut de Formation sera Fermé du 5 Août au 16 Août inclus



FORMALITES ADMINISTRATIVES A ACCOMPLIR

- ATTESTATION MEDICALE D'IMMUNISATION ET DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES**

Conformément à la réglementation en vigueur, **vous devez fournir une attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires**. Elle est indispensable et conditionne la mise en stage (Annexe 2 : « attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires » : à faire compléter et signer par le médecin).

↳ **La vaccination contre l'Hépatite B est obligatoire** pour tout étudiant paramédical.

A ce propos, il est impératif de commencer le plus rapidement possible la première injection (hépatite B). Plusieurs injections sont nécessaires pour atteindre le taux d'anticorps attendu. En effet, pour votre protection vis-à-vis des maladies infectieuses et avant votre 1^{ère} mise en stage, il est obligatoire d'être à jour des vaccinations selon les nouvelles dispositions de l'arrêté du 2 mars 2017 suspendant les annexes I et II de l'arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L 3111-4 du code de la santé publique.

A défaut de la production de cette attestation médicale, votre admission ne pourra pas être validée.

- CERTIFICAT D'UN MEDECIN AGREE**

Vous devez fournir un certificat émanant d'un médecin agréé Certificat médical d'aptitude (Annexe 3). Ce certificat atteste que vous présentez les aptitudes physiques et psychologiques nécessaires à l'exercice de la profession. La liste des médecins agréés est consultable sur le site de l'ARS de votre Région. ([Htts://www.occitanie.ars.sante.fr/medecins-agrees-13](https://www.occitanie.ars.sante.fr/medecins-agrees-13))

Votre admission est subordonnée à la production de ce certificat.



CONSTITUTION DU DOSSIER D'INSCRIPTION ADMINISTRATIVE

- ❖ 1 fiche d'identification complétée, datée et signée (**annexe 1**)
- ❖ 2 photos d'identité avec le nom inscrit au verso. Vous collerez une des 2 photos sur la fiche d'identification à l'endroit réservé
- ❖ 1 copie couleur de la carte nationale d'identité recto-verso
Pour information, votre pièce d'identité devra être valide au moment de votre présentation au Diplôme d'Etat, nous vous demandons donc de faire renouveler dès maintenant votre pièce d'identité si celle-ci n'est plus valide.
- ❖ 1 attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires (**annexe 2**)
- ❖ 1 certificat émanant d'un médecin agréé attestant que vous présentez les aptitudes physiques et psychologiques nécessaires à l'exercice de la profession (**annexe 3**)
- ❖ 1 attestation d'assurance responsabilité civile
- ❖ 1 photocopie de la carte d'immatriculation à la Sécurité Sociale avec attestation d'ouverture des droits
- ❖ L'attestation de situation - lettre d'engagement de financement complétée, datée et signée (**annexe 4**)
- ❖ L'attestation de droit à l'image (**annexe 5**)
- ❖ Attestation du secret Professionnel (**annexe 6**)
- ❖ Fiche d'inscription au CRD (**annexe 7**)
- ❖ Fiche de recueil Handicap (**annexe 8**)
- ❖ Copie diplôme(s), titres ou relevé de notes
- ❖ Une ½ ramette de papier blanc A4 80gr (le jour de la rentrée)



INFORMATIONS DIVERSES

1. DEMANDE DE BOURSE

Les candidats admis qui souhaitent faire une demande de bourse sanitaire et sociale régionale au titre de la rentrée de septembre 2023, peuvent saisir en ligne.

<https://www.laregion.fr/bourses-études-sanitaires-sociales>

Code Etablissement demandé en début de saisie : **ifascarcassonne2023** (ce code est réservé uniquement aux élèves de l'IFAS de Carcassonne. Par ailleurs la Région demandera à l'IFAS une confirmation de votre inscription).

2. COUT DE LA FORMATION

- Les études sont prises en charge par la Région Occitanie pour les élèves qui pourront justifier au plus tard le jour de la rentrée d'Août 2023 du statut de demandeur d'emploi ou de « poursuite de scolarité ».
On entend par poursuite de scolarité une personne inscrite dans un cursus scolaire depuis le secondaire.
- Pour les élèves en formation continue, le coût incombe à l'employeur ou l'organisme paritaire (OPCO) au sein duquel le candidat aura fait une demande de prise en charge.
- Pour les élèves qui ne rempliront pas une des conditions énumérées ci-dessus (personnes en disponibilité, autre...), le coût de la formation leur incombera.

A titre indicatif, le tarif pour l'année 2023/2024 s'élève à 7 100 €.

Il vous est demandé de compléter **l'annexe 4** afin de nous renseigner sur votre situation à l'entrée en formation.

3. FRAIS A PREVOIR AU DECOURS DE LA FORMATION

Pour le bon déroulement de votre formation, il est souhaitable d'obtenir :

- **Un ordinateur portable et d'une imprimante** sont vivement conseillés pour la réalisation des travaux écrits à rendre.
- **Votre permis de conduire et un véhicule** pour vos déplacements en stages.

La Directrice
Catherine BECQUET

Signé



Annexe 1

FICHE D'IDENTIFICATION

Promotion :
2023 - 2024

NOM :

Nom d'épouse :

Prénom :

Autres prénoms :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Ville + n° département :

Situation familiale :

Nombre d'enfants et âge :

N° Sécurité Sociale :

Situation de handicap : reconnaissance administrative d'un handicap ou d'une perte d'autonomie.

Oui Non

Merci de signaler si vous êtes porteurs de handicap pour que nous puissions favoriser votre accueil et vos enseignements.
Joindre un certificat médical précisant la nature du handicap et les aménagements nécessaires.

Etes-vous allergique au latex ?

Oui Non

Adresse :

N° de Tél. fixe:

N° de Tél. mobile :

Adresse Email :

Permis B : OUI NON

Moyen de locomotion :

Immatriculation : Modèle : Couleur :

Diplômes obtenus ou niveau d'études	Date d'obtention du diplôme	Ville d'obtention du diplôme
-		
-		
-		



PERSONNE(S) A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

NOM : _____ Prénom : _____

N° de Téléphone : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ N° de Téléphone portable : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

NOM : _____ Prénom : _____

N° de Téléphone : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ N° de Téléphone portable : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

PERSONNE(S) DE CONFIANCE POUVANT ETRE CONTACTEE EN COURS DE SCOLARITE :

NOM : _____ Prénom : _____

N° de Téléphone : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ N° de Téléphone portable : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

NOM : _____ Prénom : _____

N° de Téléphone : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ N° de Téléphone portable : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

ENFANT(S) DE L'ELEVE :

Nom, Prénom et âge des enfant(s) de l'élève :

.....
.....

FAMILLE DE L'ELEVE:

Père : **Age :**

Profession :

Mère : **Age :**

Profession :

N° de Téléphone portable : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Adresse :

.....
.....

Conjoint (e) : **Age :**

Profession :

N° de Téléphone portable : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Adresse :

.....
.....

Fait à, le

Signature de l'élève



ANNEXE 2

ATTESTATION MEDICALE D'IMMUNISATION ET DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES

Je soussigné(e) Docteur

certifie que M/Mme.....

• Candidat(e) admis(e) en formation de : **D'Aide-soignant(e)**

A été vacciné(e)

● CONTRE LA DIPHTERIE LE TETANOS ET LA POLIOMYELITE :

(Arrêté du 02 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 du code de la santé publique)

Dernier rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N° lot

● CONTRE L'HEPATITE B (démarche à entreprendre dès réception du dossier d'inscription administrative)

(Arrêté du 2 mars 2017 suspendant les annexes 1 et 2 de l'arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 du code de la santé publique)

Selon les conditions définies, il/elle est considéré(e) comme :(Rayer les mentions inutiles) :

● Immunisé(e) contre l'hépatite B : **oui** **non**

● Non répondeur (se) à la vaccination : **oui** **non**

Préciser le taux d'anticorps anti-HBs dans le sérum • UI/ml (fournir copie de la sérologie)

Je soussigné(e) Dr..... certifie que M. ou Mme est à jour de ses vaccins pour exercer ou aller en stage en milieu de soins, conformément aux arrêtés et décrets ci-dessus en référence)

Lieu

Date :

Signature et cachet du médecin



Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des personnes mentionnées à l'article 1.3111-4 et dont les conditions sont fixées par l'article 6 du décret n° 2013-1204

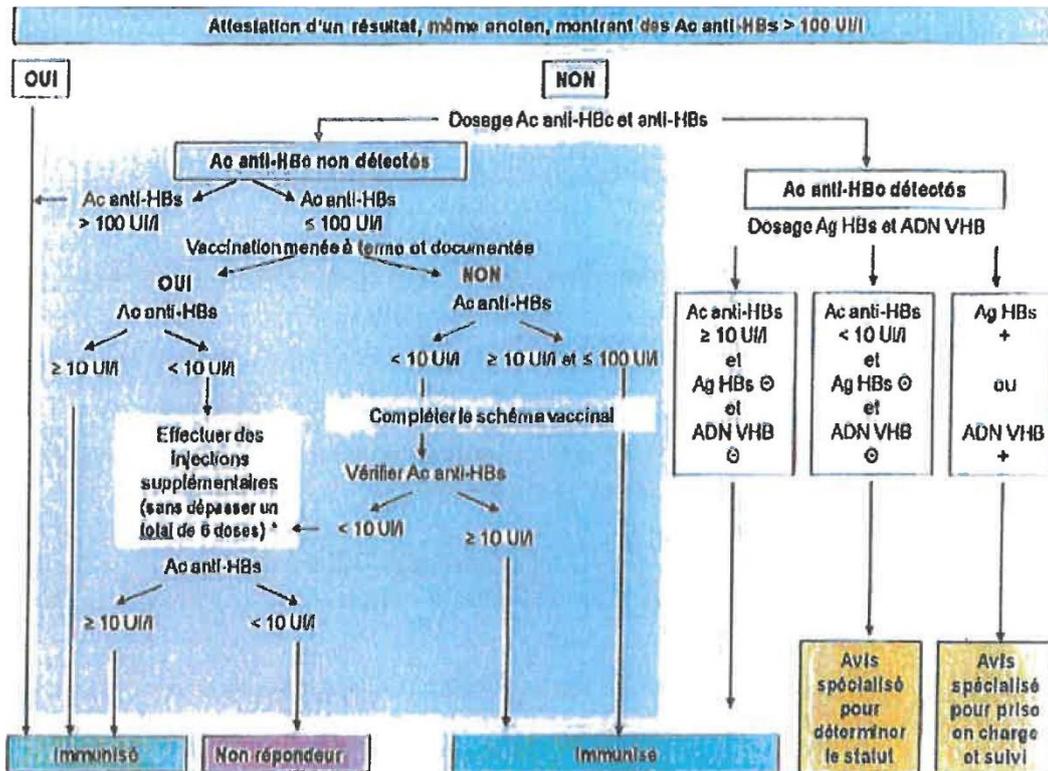
- Sauf 0

es particulier voir 4° de l'annexe 2 de l'arrêté

Légende : Ac : anticorps ; Ag : antigène ; VHB : virus de l'hépatite

Textes de référence

- Articles L.3111-1, L.3111-4 et L.3112-1 du code de la santé publique (CSP)
 - Arrêté du 15 mars 1991 fixant la liste des établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins dans lesquels le personnel exposé doit être vacciné, modifié par l'arrêté du 29 mars 2005 (intégration des services d'incendie et de secours)
 - Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiques
 - Arrêté du 6 mars 2007 relatif à la liste des élèves et étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des professionnels de santé pris en application de l'article L.3111-4 du CSP
 - Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux (Titre III)
 - Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article 1.3111-4 du CSP
- Calendrier vaccinal





Annexe 3

IFAS DU CENTRE HOSPITALIER DE CARCASSONNE

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE

Je soussigné, Docteur, Médecin Agréé, certifie avoir examiné

M. Mme

Né(e) le

et atteste que la personne mentionnée ci-dessus possède :

L'aptitude physique

L'aptitude psychologique

Lui permettant :

D'intégrer un Institut de Formation d'Aides-Soignants

Fait leà

Signature et cachet du Médecin Agréé

La liste des médecins agréés est consultable sur le site de l'ARS de votre Région.

<https://www.occitanie.ars.sante.fr/medecins-agrees-13>



Annexe 4

ATTESTATION DE SITUATION ET LETTRE D'ENGAGEMENT DE FINANCEMENT

1. Votre situation à la rentrée d'Août 2024

Je soussigné(e)

Admis(e) en : formation d'aide-soignant(e)
 Cursus Complet Cursus Partiel

Atteste que je suis :

Demandeur d'emploi

N° d'identifiant Pôle Emploi :

date d'inscription à Pôle Emploi :
(Fournir un justificatif)

Etes-vous indemnisé(e) par Pôle Emploi (**fournir un justificatif**)

OUI NON

- En poursuite de scolarité (fournir un certificat de scolarité de l'année précédant l'entrée en formation)
- En promotion professionnelle (fournir une attestation de prise en charge de l'employeur)
- En disponibilité
- CFA
- Autre (Préciser

2. Lettre d'engagement de prise en charge individuelle

A défaut d'une prise en charge par un organisme financeur, par votre employeur ou la Région, vous vous engagez à financer vous-même votre formation.

- Oui
- Non

Date :
Signature



Annexe 5

ATTESTATION DE DROIT A L'IMAGE

Droit à l'image

Demande d'autorisation à des fins pédagogiques et éducatives

Je soussigné (e), (Nom, Prénom, adresse) :

.....
.....

Autorise

N'autorise pas

L'IFAS à me photographier et à me filmer pour publier, exposer, diffuser la (les) photographies ou le (les) films me représentant pour les usages suivants :

- Présentation lors d'une activité pédagogique,
- Cassettes vidéo ou cédérom sur un sujet à caractère pédagogique,
- Exposition de photographies dans le cadre des activités pédagogiques,
- Publication sur le site Internet de l'Institut,
- Autres usages.

La publication ou la diffusion de votre image ne sera ni communiquée, ni vendue, ni utilisée à d'autres usages que ceux mentionnés ci-dessus, sans porter atteinte à votre dignité, à votre vie privée ou à votre réputation.

Fait à

Date.....

Signature :



Annexe 6

CENTRE HOSPITALIER
CARCASSONNE
INSTITUT DE FORMATION
DES AIDES-SOIGNANTS

☎: 04-30-51-24-02

secr.direction.ifsi.ifas@ch-carcassonne.fr

Obligation de secret professionnel et de discrétion professionnelle

Les stagiaires, au même titre que les fonctionnaires hospitaliers, sont tenus au **SECRET PROFESSIONNEL**, dans le cadre des règles instituées dans le **Code Pénal**. (Sanction prévu au code pénal si violation du secret professionnel Art 226 13 : 1 an d'emprisonnement et 15 000 euros d'amende)

Les stagiaires doivent faire preuve de discrétion professionnelle pour tous les faits, informations ou documents dont ils ont connaissance pendant la durée de leur formation (stages et cours IFAS)

Je reconnais Mme avoir pris connaissance des obligations rappelées ci-dessus et je m'engage à les respecter.

Carcassonne, le

Signature



ANNEXE 7

FICHE INSCRIPTION CENTRE DE RESSOURCES ET DE DOCUMENTATION

Exemple :

Mail : prenom.nomifas11010@gmail.com ⁽¹⁾ :

.....ifas11010@gmail.com

Numéro Sécurité Sociale : Clé :

- ❖ Il est ***obligatoire*** de créer une adresse mail formalisée en respectant précisément le format suivant : ***prenom.nomifas11010@gmail.com***.
- ❖ ***Attention*** : le Nom doit être celui de jeune fille pour les élèves mariées. Toute autre adresse mail ne sera pas acceptée. L'institut de formation utilisera cette adresse Gmail pour toute la durée de votre formation. Cette adresse permettra à l'institut de formation de vous communiquer des identifiants de connexion pour accéder à la plateforme pédagogique.



ANNEXE 8

Fiche de recueil d'informations pour l'accompagnement de l'étudiant/élève en situation de handicap

<p>Nom de l'élève :</p> <p>Prénom :</p>

Votre type de handicap :

- Déficience motrice
 Membre(s) supérieur(s)
 Membre(s) inférieur(s)
- Maladies invalidantes : préciser :
- Déficience visuelle
 Troubles psychiques
 Déficience auditive
 Déficience intellectuelle

Vos besoins en aides techniques :

- Aucune
 Canne, béquille
 Déambulateur
 Fauteuil roulant

Autres aides techniques : préciser :

Votre capacité à monter des marches : Oui Non

Autres besoins : précisez :

.....

Actions à mettre en place :

.....

Résultats :

.....

Référent Handicap :
Madame FABREGUETTE Béatrice
Cadre de Santé Formateur