

ANNÉE 2021

DOSSIER INSCRIPTION

INSTITUT DE FORMATION
D'AIDES-SOIGNANTS

Rentrée fixée le

LUNDI 8 FÉVRIER 2021 A 8H30

ATTENTION

*Toutes pièces demandées dans ce dossier devront parvenir au secrétariat de l'IFAS
au plus tard le **mardi 2 février 2021 à 12h00** dernier délai*

DOCUMENTS A RETOURNER AVANT

LE MARDI 2 FÉVRIER 2021

Pièces à fournir obligatoirement par tous les candidats

Cases réservées au contrôle de l'institut, NE PAS COCHER.



- Coupon d'entrée en formation à joindre à ce dossier.**
- Dossier médical :**
 - ⇒ **1 attestation médicale de vaccination** remplie et signée, à rendre au plus tôt (**attention : processus long**).
 - ⇒ **1 preuve d'immunisation contre l'hépatite B** (sérologies).
 - ⇒ **Copie du carnet de santé** (pages vaccinations).
 - ⇒ **1 certificat médical d'un médecin agréé** (*listes disponibles sur notre site ainsi que sur celui de l'ARS*) attestant que « vous ne présentez pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession d'aide-soignant ».

Attention : Le médecin agréé doit être **différent du médecin traitant** et doit obligatoirement faire figurer la mention « **agréé** »

- Fiches de renseignements dûment remplies.**
- Copie d'une pièce d'identité en cours de validité (*carte nationale d'identité, passeport ou carte de séjour*). En 2014, la durée de la validité de la pièce d'identité est passée de 10 à 15 ans. Votre carte d'identité est prolongée automatiquement et reste valable 5 ans **si vous étiez majeur au moment de sa délivrance et que la carte d'identité était encore valide le 1er janvier 2014.**
- Copie des diplômes obtenus.**
- Justificatif** (*certificat de scolarité*) pour les personnes n'ayant pas eu de rupture de scolarité (pour financement Région Bourgogne-Franche-Comté).
- Attestation de responsabilité civile personnelle 2021** (non professionnelle), mentionnant les nom et prénom de l'étudiant
- Attestation de droits**, justifiant de votre affiliation à l'Assurance Maladie.
- Relevé d'Identité Bancaire.**
- Attestations de prise en charge financière par l'employeur, le cas échéant.**
- Attestation d'ouverture de droit Pôle Emploi.**
- Notification de droits Pôle Emploi** précisant le type de droits perçus (ARE, AREF...) **OU**
- Notification de refus de droits Pôle Emploi.**
- 3 photos d'identité découpées** (format standard), **inscrire vos nom de naissance, nom d'usage et prénom lisiblement au dos de chaque photo.**
- 3 pochettes plastiques** transparentes épaisses et souples, à angle ouvert, format A4.
- Livret de famille** pour les candidats ayant des enfants à charge.



PRESENTATION DE LA FORMATION



Définition du métier (arrêté du 22 octobre 2005 modifié relatif aux études conduisant au diplôme d'État d'aide-soignant) :

« L'aide-soignant exerce son activité sous la responsabilité de l'infirmier, dans le cadre du rôle propre dévolu à celui-ci, conformément aux articles R. 4311-3 à R. 4311-5 du code de la santé publique.

Dans ce cadre, l'aide-soignant réalise des soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution de l'autonomie de la personne ou d'un groupe de personnes. Son rôle s'inscrit dans une approche globale de la personne soignée et prend en compte la dimension relationnelle des soins. L'aide-soignant accompagne cette personne dans les activités de sa vie quotidienne, il contribue à son bien-être et à lui faire recouvrer, dans la mesure du possible, son autonomie.

Travaillant le plus souvent dans une équipe pluri professionnelle, en milieu hospitalier ou extrahospitalier, l'aide-soignant participe, dans la mesure de ses compétences et dans le cadre de sa formation aux soins infirmiers préventifs, curatifs ou palliatifs. Ces soins ont pour objet de promouvoir, protéger, maintenir et restaurer la santé de la personne, dans le respect de ses droits et de sa dignité. »

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Madame Monsieur

Nom usuel : _____

Nom de naissance : _____ Prénom : _____

Né(e) le : _____ à _____

Département : _____ Nationalité : _____

N° de Sécurité Sociale : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Situation de handicap : Non Oui **si oui, fournir un justificatif MDPH**

Aménagement d'épreuve : Non Oui Précisez _____

Situation familiale : _____

Adresse durant votre formation :

Code Postal : _____ Ville : _____

Portable : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ Fixe : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Email : _____ .ifas58@gmail.com

Il est impératif de créer une adresse mail sur ce model : nomdenaiss.prénom.ifas58@gmail.com

Permis de conduire : Oui Non En cours

Moyen de locomotion : Oui Non

Si vous êtes mineur, nom, prénom et adresse d'un responsable légal :

Mère _____

Père _____

Autre _____

Toute modification de coordonnées en cours de formation doit être impérativement signalée au secrétariat.

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom et Prénom Personne 1 : _____

Lien (père / mère / conjoint / autre à préciser) : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Portable : ____/____/____/____/____ Fixe : ____/____/____/____/____

Nom et Prénom Personne 2 : _____

Lien (père / mère / conjoint / autre à préciser) : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Portable : ____/____/____/____/____ Fixe : ____/____/____/____/____

AUTORISATION DE REPORTAGE

et d'utilisation de l'image des élèves de l'IFAS

Je soussigné(e),

Nom : _____ Prénom : _____

Accepte la prise et la publication de photos, sons et vidéos, sur tous supports papier ou numérique, connus ou inconnus, de communication du CH de l'Agglomération de Nevers et de l'IFAS (outils de formation, de communication interne ou grand public, ou sur un évènement à l'IFAS et de tout autre besoin de communication institutionnelle du CH de l'Agglomération de Nevers pour une durée d'utilisation de 5 ans à compter de ce jour.

Date : _____

L'intéressé(e) ou son représentant l'égal

(Signature complétée de la mention « Lu et approuvé »)

Nevers, le 5 juin 2020

A remplir uniquement pour les mineurs le jour de la rentrée

Document valable jusqu'à majorité de l'élève

Madame, Monsieur,

Vous allez vous inscrire dans notre Institut de Formation et vous serez mineur(e) le jour de la rentrée scolaire.

Vous devrez pour le jour des inscriptions être muni(e) :

- D'une autorisation sur l'honneur de vos parents ou de votre tuteur légal autorisant la Direction de l'IFAS à déclencher votre prise en charge médicale immédiate :
 - En cas d'accident du travail
 - En cas d'urgence

- D'une attestation sur l'honneur de vos parents ou de votre tuteur légal attestant que vous serez autonome pour effectuer vos stages sur l'ensemble du département (ou départements limitrophes) dont les horaires de début et fin de journée de stage peuvent être très variables et qui peuvent se dérouler sur les 7 jours de la semaine.

Ces autorisations doivent comporter l'identité complète de vos parents ou de votre tuteur légal, leur adresse précise et leur téléphone afin de faciliter les contacts que nous pourrions avoir à établir en urgence.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Sophie NOURRY,
La Directrice

MA SITUATION AVANT L'ENTRÉE EN	FINANCEMENT DU COÛT
<p>Je suis en formation initiale (sans rupture de scolarité) avant la formation (hors formation AES)</p> <ul style="list-style-type: none"> - je suis scolarisé - Je suis une préparation au concours après mes études et avant l'entrée à l'école 	<ul style="list-style-type: none"> - Prise en charge par le Conseil Régional du coût de la formation - Frais d'inscription à la charge de l'apprenant (en parcours complet et partiel) à hauteur de 184€. - Possibilité de déposer une demande de bourse pour les parcours complets seulement : voir sur www.ifsj-nevers.fr
<p>Je suis demandeur d'emploi inscrit à Pôle Emploi</p> <p>POUR LES PARCOURS COMPLETS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Je suis inscrit à Pôle Emploi au plus tard la veille de l'entrée en formation toutes catégories confondues hors contrat d'avenir. - Je ne suis pas titulaire d'une qualification professionnelle dans les 2 ans précédant l'entrée en formation hors CAP Petite Enfance. - Je n'ai pas obtenu un diplôme paramédical et/ou relevant du secteur social. - Je ne suis pas démissionnaire d'un CDI à temps plein ou partiel dans les 4 mois précédant l'entrée en formation. - Je ne suis pas en congé parental. <p>POUR LES PARCOURS PARTIELS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Je suis titulaire d'un BAC PRO SAPAT ou ASSP + critères ci-dessus (hors formation AES) <p>POUR LES PARCOURS PARTIELS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Je suis titulaire d'un des diplômes suivant : auxiliaire de puériculture, aide-soignant, ambulancier, assistant de vie aux familles, aide médico-psychologique, auxiliaire de vie sociale, mention complémentaire aide à domicile. 	<ul style="list-style-type: none"> - Prise en charge par le Conseil Régional du coût de la formation pour les parcours complets et partiels issus des bacs pro SAPAT/ASSP. <p>ATTENTION ! Les titulaires d'un BAC PRO SAPAT/ASSP ne seront pas pris en charge sur un parcours complet.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prise en charge des formations AES par le Conseil Régional dans le cadre de l'appel à projet. - Frais d'inscription à la charge de l'apprenant (en parcours complet et partiel) à hauteur de 184€. - Impossibilité de déposer une demande de bourse. <p>Formulaire de demande de prise en charge à retirer sur le site internet du conseil régional</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le demandeur d'emploi doit contacter directement son conseiller Pôle Emploi pour valider son projet de formation et étudier la possibilité de financement au titre d'une aide individuelle à la formation. - Impossibilité de déposer une demande de bourse.
<p>Je suis sans emploi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de prise en charge : autofinancement possible
<p>Je suis salarié</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Contacter l'employeur pour étudier la possibilité de la prise en charge du coût de la formation. - Contacter Transition Pro Bourgogne Franche-Comté (projet de transition professionnelle) pour la prise en charge du coût de la formation.

FICHE DE RENSEIGNEMENTS DE PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE

STATUT LE JOUR DE VOTRE ENTREE EN FORMATION

- Poursuite de scolarité _____
- Demandeur d'emploi
- Date d'inscription au Pôle Emploi _____
 - N° identifiant Pôle Emploi _____
 - Percevrez-vous une indemnisation : Oui Non
- Salarié en activité
- Autre : _____

DEMANDE DE BOURSE

FORMATION PRISE EN CHARGE PAR

- Pôle Emploi (financement région via Pôle Emploi)
- Région
- Employeur
- ◆ Nom _____
- ◆ Adresse _____

- ◆ Téléphone _____
- ◆ Personne de contact au RH _____
- ◆ Adresse mail RH, service formation : _____ @ _____
- Financement personnel (chèque)

LE SIGNATAIRE ATTESTE LA SINCERITÉ DE TOUS LES RENSEIGNEMENTS PORTES SUR LE PRESENT DOCUMENT ET S'ENGAGE A NOUS INFORMER DE TOUT CHANGEMENT.

Fait à : _____ le : _____

Signature :

FRAIS DE FORMATION



5 tenues Professionnelles sont nécessaires, comptez environs **100€** (sur la base des tarifs 2020)

AIDES FINANCIERES

⇒ Bourse : LES ÉLÈVES EN CURSUS PARTIEL NE PEUVENT PAS PRÉTENDRE AUX BOURSES.

Les possibilités d'aide financière sont les suivantes :

⇒ **Pôle emploi**

Les demandeurs d'emploi sont invités à se rapprocher de leur conseiller dans les meilleurs délais.

⇒ **Aides possibles**



- aide accordée par certains organismes (Transition Pro, Fongecif...)
- Mission locale (jusqu'à 25 ans)
- prêts étudiants, prêts bancaires
- autres

INFORMATIONS PRATIQUES

Au cours de la formation :

- ⇒ Vous devez apporter le matériel scolaire habituel.
- ⇒ Vous devez prévoir l'organisation matérielle pour certains stages dans le département et hors département (déplacements et/ou logement).
- ⇒ Si vous utilisez un véhicule personnel pour vous rendre en stage, vérifiez auprès de votre assureur que vous avez bien souscrit les garanties nécessaires.

Tenues :

Elles sont obligatoires, vous avez la possibilité de fournir les vôtres ou de les obtenir avec l'Institut si vous n'en possédez pas. Dans ce second cas, une société passera à l'I.F.A.S. après la rentrée pour l'essayage et la commande des tenues (3) de stage, qui restent à votre charge (prévoir environ 60 €).

Hébergement :

L'institut de formation d'aides-soignants de Nevers ne possède pas d'internat.

Des offres de location (annonces de particuliers) sont disponibles sur www.ifsinevers.fr.

Restauration :

L'IFAS ne possède pas de restauration collective.

Pièce d'identité :

*En 2014, la durée de la validité de la pièce d'identité est passée de 10 à 15 ans. Votre carte d'identité est prolongée automatiquement et reste valable 5 ans **si vous étiez majeur au moment de sa délivrance et que la carte d'identité était encore valide le 1er janvier 2014.***

Demandeurs d'emploi :

Si vous êtes inscrit en tant que demandeur d'emploi, vous devez fournir une Attestation d'ouverture de droit que vous pourrez télécharger sur le site de Pôle Emploi dans vos espace personnel.

Mutuelle :

L'adhésion à une mutuelle est facultative mais recommandée.

ASSURANCE RISQUES PROFESSIONNELS ET RESPONSABILITE CIVILE



Sont couverts par la Sécurité Sociale :

- ⇒ Les accidents survenus en atelier ou laboratoire.
- ⇒ Les accidents survenus en stage ainsi que durant le trajet pour se rendre en stage.
- ⇒ Les maladies professionnelles et les risques de tuberculose.

Sont couverts par une société d'assurances souscrite par le Centre Hospitalier de l'Agglomération de Nevers :

- ⇒ Les accidents survenus durant le trajet du domicile à l'institut.
- ⇒ Les accidents survenus en salle de cours.

La Police d'Assurance Générale « Responsabilité Civile » du Centre Hospitalier de l'Agglomération de Nevers, établissement support de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers, inclut les dommages que pourraient causer à des tiers les étudiants lors des stages pratiques.

Néanmoins, les élèves doivent souscrire une assurance personnelle « Responsabilité Civile Individuelle » couvrant l'année de formation.

DOSSIER MÉDICAL

CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE

Je, soussigné(e) Docteur _____
médecin agréé ARS du département de _____
atteste que _____
ne présente pas de contre-indication physique ou psychologique à l'exercice de la profession d'Aide-Soignant(e).

Fait à : _____ le : _____

Signature :

FICHE DE SANTÉ

A remplir et à mettre sous enveloppe cachetée portant votre nom , une remise au Médecin du service de santé et sécurité au travail sera effectuée si nécessaire.

NOM de naissance : _____ Nom usuel : _____

Prénom(s) : _____ Sexe : F H

Date de naissance : ____/____/____ Nationalité : _____

Code postal : _____ Ville de naissance : _____

Situation familiale : _____

JE DÉCLARE NE DISSIMULER AUCUN FAIT DE MALADIE

Antécédents :

♦ Familiaux :

♦ Personnels :

♦ Maladies infantiles : rubéole oreillons autres : _____

Problème vertébral :

scoliose rééducation autres : _____

Problème veineux :

varices

Accidents, si oui lesquels : _____

Fait à : _____ le : _____

Signature :

ATTESTATION MÉDICALE DE VACCINATION

Article 44 de l'arrêté du 21 avril 2007 modifié relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux : « L'admission définitive dans un institut de formation préparant à l'un des diplômes visés à l'article 1^{er} du présent arrêté est subordonnée :

- à la production, au plus tard le premier jour de la rentrée, d'un certificat établi par un **médecin agréé** attestant que l'étudiant ne présente pas de contre-indication physique ou psychologique à l'exercice de la profession ;
- à la production, au plus tard le jour de la première entrée en stage, d'un certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France.

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.

Je soussigné(e), _____ Docteur en médecine, certifie
que (nom de naissance, nom d'usage, prénom) _____

_____ né(e) le : ____/____/____

Est immunisé(e) contre : **DIPHTERIE – TETANOS – POLIOMYELITIS**

	Injections	Spécialité	N° de lot	Dose	Date injection
Diphtérie Tétanos Poliomyélite	1 ^{re}				
	2 ^e				
	3 ^e				
	Rappel				
	Rappel				
	Rappel				
	Rappel				

Est immunisé(e) contre : **HEPATITE**

	Injections	Spécialité	N° de lot	Dose	Date injection
Hépatite B	1 ^{ère}				
	2 ^{ème}				
	3 ^{ème}				
	4 ^{ème}				
	5 ^{ème}				
	6 ^{ème}				

En cas d'absence de vaccination, faire pratiquer la vaccination accélérée (J0 – J7 – J21)

Rappel : En cas de vaccination non à jour ou d'absence de preuve d'immunisation, le départ en stage de l'élève sera différé.

⇒ **Dosage anticorps anti-HBs :**

Date : _____ Résultat : _____ UI / l

⇒ **Dosage anticorps anti-HBc :**

Date : _____ Résultat : _____ UI / l

Non répondeur à la vaccination

Fait à : _____ le : _____

Signature :

