



INSTITUTS DE FORMATION
D'AIDES-SOIGNANTS
DU GHT DE LA NIEVRE

RÉGION
BOURGOGNE
FRANCHE
COMTE

Nom de naissance: _____ Prénom : _____
Promotion 2026/2027

ANNÉE SCOLAIRE 2026-2027

DOSSIER D'INSCRIPTION

Formation Aide-Soignante

PRE-RENTRÉE PRÉVUE LE

VENDREDI 28 AOUT 2026 DE 9H à 16H (site de Nevers)

RENTRÉE PRÉVUE LE

LUNDI 31 AOUT 2026 à 8H30

ATTENTION

*Toutes les pièces demandées dans ce dossier devront parvenir au secrétariat de
l'IFAS dans lequel vous êtes affecté(e)*

(Envoi par voie postale ou dépôt dans la boîte aux lettres de l'IFAS)

INSTITUT DE FORMATION
D'AIDES-SOIGNANTS NEVERS

15, rue du Donjon
58000 NEVERS
Tel : 03 86 71 84 20
chan.ifsi.sec@ght58.fr
www.ifsi-nevers.fr

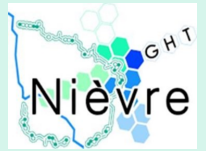
INSTITUT DE FORMATION
D'AIDES-SOIGNANTS COSNE

96 Rue du Maréchal Leclerc
58200 COSNE COURS/LOIRE
Tel : 03 86 26 55 05
chcl.ifas@ght58.fr
www.ifsi-nevers.fr

INSTITUT DE FORMATION
D'AIDES-SOIGNANTS DECIZE

26 Route de Moulins
58300 DECIZE
Tel : 03 86 77 76 30
chde.ifas@ght58.fr
www.ifsi-nevers.fr

SOMMAIRE



- *Présentation de la formation et frais liés à celle-ci* *page 1*
- *Aides financières, couverture sociale et assurance* *page 2*
- *Hébergement et restauration* *page 3*
- *Dispositions matérielles et informations complémentaires* *page 4*
- *Équivalences de compétences et allègements de formation* *page 5*



Définition du métier (arrêté du 10 juin 2021—annexe I— 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. »

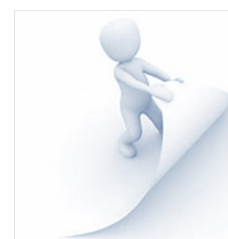
FRAIS DE FORMATION

- **LES DROITS D'INSCRIPTION**

Les droits d'inscription s'élèvent à 184 € (payables uniquement par chèque à l'ordre du **Trésor Public**).

Les élèves qui obtiendront une bourse dans le cadre de leurs études en seront exonérés. Pour les **élèves en attente de commission**, le chèque ne sera pas encaissé avant celle-ci. Si vous êtes boursier, votre chèque vous sera restitué en échange de votre notification de bourse, sinon il sera encaissé.

L'inscription définitive est soumise au règlement de ces frais d'inscription dans les délais impartis. En cas de désistement, la somme encaissée reste acquise par l'Institut.



AIDES FINANCIERES

Les possibilités d'aides financières sont les suivantes :

⇒ Bourses

Les bourses sont attribuées par le Conseil Régional de Bourgogne Franche Comté. La saisie des demandes de bourses devra se faire à compter du mois de mai 2026 sur le site :

<https://www.bourgognefranche-comte.fr/demande-de-bourse-sanitaire-et-sociale>

Adresse mail : formationsanitairesociale@bourgognefranche-comte.fr

⇒ France Travail

Les élèves demandeurs d'emploi doivent s'inscrire à France Travail dès que possible afin de planifier leur premier rendez-vous avec un conseiller. Pour prétendre au financement de la formation, **il ne faut pas être démissionnaire d'un CDI durant les 4 mois qui précèdent votre entrée en formation.**

⇒ Conseil Régional

Les élèves doivent être inscrits à France Travail au plus tard la veille de l'entrée en formation, pour les jeunes en formation initiale (hors formation AES) : il ne devra pas y avoir de rupture dans le parcours scolaire avant l'entrée en formation desdites formations ci-dessus mentionnées.

⇒ Aides accordées par certains organismes aux personnes justifiant d'une expérience professionnelle

ASSURANCE RISQUES PROFESSIONNELS ET RESPONSABILITE CIVILE

Les nouveaux élèves restent rattachés à leur organisme de couverture sociale.

Sont couverts par la Sécurité Sociale :

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

L'adhésion à une mutuelle individuelle est facultative mais recommandée.

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 élèves lors des stages pratiques.

Néanmoins, les élèves doivent souscrire une assurance personnelle :

« Responsabilité Civile Individuelle » couvrant l'année de formation, à renouveler tous les ans auprès de son assureur.

• HÉBERGEMENT

Les IFAS ne possèdent pas d'internat, voici quelques pistes pour trouver un logement :

☞ Vous trouverez des offres de logement en ligne, sur notre site internet
www.ifs-nevers.fr/vivre-a-nevers/se-loger/

☞ Résidence Habitat Jeunes "Les Loges"	☎	03 86 57 46 99
☞ FJT Clair-Joie—Coallia	☎	03 86 37 73 20
☞ Office de tourisme	☎	03 86 68 46 00
☞ CCAS de Nevers	☎	03 86 71 80 20
☞ Résidence Etudiante Nièvre-Maubert	☎	07 66 01 31 86
☞ Résidence Les Chauvelles	☎	03 86 59 54 31
☞ Maison des étudiants de Nevers	☎	03 86 61 96 10
☞ Maison des internes (CCAS de Decize)	☎	06 61 65 73 75

• RESTAURATION

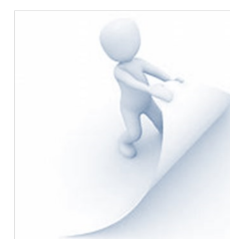
☞ Sur les sites de l'IFAS de Cosne et de l'IFAS de Decize, les élèves ont la possibilité de déjeuner au self de l'hôpital au tarif de 4,25€ à Decize et de 6€ à Cosne S/Loire.

☞ Sur le site de l'IFAS de Nevers, les élèves peuvent déjeuner :

- Au restaurant universitaire à la salle des fêtes des Montôts à Nevers (30, rue Pablo Neruda) les lundis, mardis, mercredis et jeudis entre 11h15 et 13h30 au tarif de 1€ par repas
- Au restau-U / site ISAT à Nevers (22, rue de l'Université) entre 11h15 et 13h30 au tarif de 1€ par repas.
- Au self de l'hôpital Pierre Bérégovoy à Nevers (avenue Patrick Guillot) aux mêmes tarifs. Les tickets sont à acheter auprès des services économiques de l'établissement.

• VIE ETUDIANTE

☞ L'association des étudiants « Les Seringues de Nevers » sera en mesure de vous proposer des activités et des rencontres avec les autres élèves et étudiants de Nevers. Vous aurez davantage d'informations lors de la rentrée.



- **DISPOSITIONS MATÉRIELLES**

- ⇒ Un ordinateur personnel ou une tablette, et une connexion à distance afin de pouvoir accéder à la plateforme pédagogique des instituts et aux enseignements en visioconférence sont indispensables (**possibilité de cours et d'évaluations à distance**)
- ⇒ Les stages organisés et planifiés par l'IFAS, s'effectuent sur l'ensemble du département, chaque élève doit donc être en mesure de se rendre sur l'ensemble des structures d'accueil. L'utilisation d'un véhicule personnel, implique de vérifier auprès de son assureur d'avoir souscrit la garantie nécessaire.

- **INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES**

Pièce d'identité :

Dans le cadre de la diplomation, la prolongation automatique de 5 ans de la carte nationale d'identité ne s'applique pas. La pièce d'identité fournie doit **obligatoirement être en cours de validité** au moment de la transmission du dossier à la DREETS.

Vaccination contre l'hépatite B :

En cas de non vaccination contre l'hépatite B, un schéma vaccinal accéléré peut être réalisé (J0 – J7 – J21).

Pour pouvoir partir en stage, il vous faut obligatoirement fournir les preuves de vaccination et/ou les résultats sérologiques conformes aux recommandations en vigueur. A défaut, le départ en stage sera différé.

ÉQUIVALENCES DE COMPÉTENCES ET ALLÈGEMENTS DE FORMATION



Arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux - Titre 1 - chapitre 3 - Art. 14 :

« Sous réserve d'être admis à suivre la formation dans les conditions fixées par l'arrêté du 7 avril 2020 modifié susvisé, des équivalences de compétences, de blocs de compétences ou des allègements partiels ou complets de certains modules de formation sont accordés aux élèves titulaires des titres ou diplômes suivants :

- ⇒ Le diplôme d'État d'auxiliaire de puériculture
- ⇒ Le diplôme d'assistant de régulation médicale
- ⇒ Le diplôme d'État d'ambulancier
- ⇒ Le baccalauréat professionnel Service aux personnes et aux territoires (SAPAT)
- ⇒ Le baccalauréat professionnel Accompagnement, soins et services à la personne (ASSP)
- ⇒ Les diplômes ou certificats mentionnés aux articles D.451-88 et D.451-92 du code de l'action sociale et des familles
- ⇒ Le titre professionnel d'assistant de vie aux familles
- ⇒ Le titre professionnel d'agent de service médico-social

Les personnes susmentionnées bénéficient des mesures d'équivalences et ou d'allègement de suivi ou de validation de certains blocs de compétences selon les modalités fixées à l'annexe VII du présent arrêté.

Art. 15

Les agents de services hospitaliers qualifiés de la fonction publique hospitalière et les agents de service mentionnés au 2° de l'article 11 de l'arrêté du 7 avril 2020 modifié susvisé sont dispensés de la réalisation d'une période de stage de cinq semaines mentionnée à l'article 3 du présent arrêté. »

DOSSIER ADMINISTRATIF

A RETOURNER DANS SON INTEGRALITE



Dossier administratif à retourner

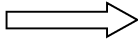
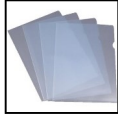
- *Dossier administratif avec fiche récapitulative des pièces à fournir* *pages 1 à 6*
- *Dossier médical avec fiche récapitulative des pièces à fournir* *pages 7 à 10*
- *Dossier de demande de prise en charge Région* *pages 11 et 12*

DOSSIER + PIÈCES DEMANDÉES A RETOURNER AU PLUS TARD

LE LUNDI 20 AOUT 2026

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS ACCEPTÉ ET ENTRAÎNERA L'INVALIDITÉ DE L'INSCRIPTION

Je soussigné(e)atteste avoir pris connaissance des informations générales et pratiques mentionnées dans ce dossier (pages 1 à 5), en accepte les modalités et je m'engage à rendre, dûment complétés, toutes les pièces et documents demandés, soit :

- Fiche de renseignements complétée (pages 2 et 3)
- Autorisation de reportage complétée et signée (page 4)
- Document spécifique pour les mineurs le cas échéant (page 5)
- 4 photos d'identité (format standard), elles doivent impérativement être découpées, nom de naissance et prénom inscrits lisiblement au dos de chacune des photos (stylo bille)
- 4 pochettes plastiques transparentes avec un angle ouvert format A4  
- Certificat de scolarité (2025/2026) le cas échéant
- Photocopie du livret de famille pour les élèves ayant un ou des enfant(s) à charge
- Photocopie des diplômes obtenus (pour les bacheliers de 2026, relevé de notes - **copie du diplôme à fournir impérativement dès réception**)
- Photocopie de la pièce d'identité, recto/verso, en cours de validité (hors permis de conduire), sur une feuille au format A4 (pas de découpage/collage s'il vous plaît)
- Photocopie d'attestation d'assurance responsabilité civile personnelle, à renouveler tous les ans
- Photocopie du diplôme d'AFGSU Niveau 2 (Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence) datant de moins de 4 ans, si vous en êtes titulaire
- Attestation d'inscription à France Travail le cas échéant :
- Notification de refus ou d'ouverture de droits à France Travail le cas échéant
- Photocopie de RIB à vos nom et prénom
- Photocopie de l'attestation de droits, justifiant de l'affiliation à l'Assurance Maladie

Fait à : _____ Le : _____

Signature :

Pour information, la pièce d'identité devra être valide au moment de la présentation au Diplôme d'État

FICHE DE RENSEIGNEMENTS



Madame Monsieur Nom de naissance: _____

Nom d'usage : _____ Prénom : _____

Né(e) le : ___ / ___ / _____ à _____ Département : _____

Nationalité : _____ Validité Carte Nationale d'Identité : ___ / ___ / _____

N° de Sécurité Sociale : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___

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

Aménagement d'épreuve : Oui Non Précisez _____

Situation familiale : _____ Enfant(s) à charge : Oui Non

Adresse durant votre formation :

Code Postal : _____ Ville : _____

Portable : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ Fixe : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Email : _____ .ifas58@gmail.com

⇒ **Un compte va être créé à votre nom à réception de votre dossier, il est impératif de créer une adresse mail sous ce format : nomdenaissance.prenom.ifas58@gmail.com**

N'oubliez pas d'activer cette nouvelle adresse mail au plus tard le jour de l'envoi de votre dossier

Permis de conduire : Oui Non En cours

Moyen de locomotion : Oui Non Modèle véhicule : _____

Immatriculation : _____ Chevaux fiscaux : _____

Si vous êtes mineur, nom, prénom, adresse et numéro de téléphone d'un responsable légal, lien à préciser (père / mère / autre) :



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



FICHE DE RENSEIGNEMENTS



PERSONNE(S) À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

Personne 1

Nom et Prénom Personne 1 : _____

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

Profession : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

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

@mail :

Personne 2

Nom et Prénom Personne 2 : _____

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

Profession : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

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

@mail :

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 CHAN, du CH de Decize, du CH de Cosne, 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 CHAN pour une durée d'utilisation de 5 ans à compter de ce jour.

Date : _____

L'intéressé(e) ou son représentant légal

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

A REMPLIR UNIQUEMENT POUR LES MINEURS LE JOUR DE LA RENTRÉE

Document valable jusqu'à la majorité de l'élève



NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

Madame, Monsieur,

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

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

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

- D'une prise en charge par l'assurance responsabilité civile vous couvrant pour dommages aux tiers et à leur environnement. Cette assurance complète l'assurance souscrite par l'IFAS pour votre couverture durant les stages et doit vous couvrir notamment dans le cas où vous seriez à l'origine d'un dommage survenant sur des effets personnels ou au domicile des personnes que vous aurez à prendre en charge.

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.

FICHE DE RENSEIGNEMENTS DE PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE



TITRE D'INSCRIPTION

DIPLÔMES OBTENUS <i>(joindre obligatoirement une copie du/des diplômes obtenus)</i>	ANNÉE D'OBTENTION

STATUT LE JOUR DE VOTRE ENTREE EN FORMATION

Poursuite de scolarité suite à l'année scolaire/Universitaire 2025-2026

Demandeur d'emploi :

- Date d'inscription à France Travail ____/____/____
- N° France Travail (11 chiffres) _____
- N° identifiant France Travail (7 chiffres+1 lettre) _____
- Percevrez-vous une indemnisation : Oui Non
Si oui, percevez-vous : ARE RSA

Salarié en activité :

CDI CDD NTÉRIM

Autre _____ :

⇒ **DEMANDE DE BOURSE** Oui Non

FORMATION PRISE EN CHARGE PAR :

La Région (demandeurs d'emploi, étudiants) **Merci de compléter le document de demande de prise en charge financière de la Région joint en pages 16 et 17**

Un Employeur

- ♦ Nom _____
- ♦ Adresse _____
- ♦ Téléphone _____
- ♦ Personne de contact au RH _____
- ♦ Adresse mail RH, service formation : _____ @ _____

Financement personnel (règlement(s) par chèque) à réception du titre du Trésor Public

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

Fait à : _____ le : _____

Signature :

DOSSIER MÉDICAL

à faire compléter et signer par un médecin agréé ARS



Pages 12 à 15

Autres documents à fournir pour votre inscription :

Le dossier médical complet doit être apporté dans une enveloppe non fermée indiquant :

DOSSIER MÉDICAL DE : NOM Prénom - date de naissance - adresse - téléphone

L'admission définitive à l'IFAS est subordonnée à la réception, au plus tard le 25/08/2025, du dossier médical complet, comprenant :

Certificat médical d'aptitude (page 18) à faire remplir par un médecin agréé.

Le médecin peut également fournir son propre support, néanmoins, la notion de « médecin agréé » et le tampon du praticien sont obligatoires. Sans ces deux notions, le certificat sera refusé.

Pour trouver la liste des médecins agréés, merci de vous rendre sur le site de l'ARS de votre Département ou sur le lien suivant pour la Nièvre (<https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/medecins-agrees-4>) ou sur le site internet de l'IFAS de Nevers.

Attestation médicale de vaccination (page 14)

- diphtérie
- tétanos
- poliomyélite
- hépatite B

Fiche de santé (page 15)

Preuve d'immunisation contre l'hépatite B :

Attention, nous avons besoin des résultats sérologiques :

- Résultat anti HBS OBLIGATOIRE
- Résultat anti HBC OBLIGATOIRE

Copie du carnet de santé (pages vaccinations)

Attention processus de vaccination très long,

dépôt de la preuve d'immunisation au plus tard le jour de la rentrée

DOCUMENT RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION, MERCI DE LE RETOURNER AVEC LE DOSSIER



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 :



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				

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'étudiant sera différé.

⇒ **Dosage anticorps anti-HBs :**

Date : _____ Résultat : _____ UI/L

⇒ **Dosage anticorps anti-HBc :**

Date : _____ Résultat : _____ UI/L

MERCI DE BIEN RENSEIGNER LES DEUX DOSAGES CI-CONTRE

Non répondeur à la vaccination

oui non

Fait à : _____ le : _____

Signature :

FICHE DE SANTÉ



NOM de naissance : _____ Nom d'usage : _____
Prénom(s) : _____ Sexe : F M
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 :

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE DU COUT D'UNE FORMATION AIDE-SOIGNANT, AUXILIAIRE DE PUERICULTURE, AMBULANCIER ET ACCOMPAGNANT EDUCATIF ET SOCIAL A DESTINATION DES DEMANDEURS D'EMPLOI				
Renseignements demandés				COLONNE RESERVÉE A L'ADMINISTRATION
NOM				
PRENOM				
DATE DE NAISSANCE/...../.....			
N° SECURITE SOCIALE			
ADRESSE			
TELEPHONE/...../...../...../.....			
ADRESSE EMAIL			
Dans quel institut de formation êtes-vous inscrit ? (précisez la ville)			
FORMATION	AIDE-SOIGNANT <input type="checkbox"/>	AUXILIAIRE DE PUERICULTURE <input type="checkbox"/>	AMBULANCIER <input type="checkbox"/>	AES <input type="checkbox"/>
Cochez la formation souhaitée				
Date de rentrée ?/...../.....			
Quel parcours allez-vous effectuer ?	COMPLET <input type="checkbox"/>		PARTIEL <input type="checkbox"/>	
Etes-vous redoublant ?	OUI <input type="checkbox"/>		NON <input type="checkbox"/>	
Etes-vous inscrit à Pôle Emploi ?	OUI <input type="checkbox"/>		NON <input type="checkbox"/>	
Si oui, à quelle date/...../.....			
Avez-vous démissionné d'un emploi dans les 4 mois avant l'entrée en formation ?	OUI <input type="checkbox"/>		NON <input type="checkbox"/>	
Si oui :	d'un CDD <input type="checkbox"/>	d'un CDI <input type="checkbox"/>	Temps complet <input type="checkbox"/>	Temps partiel <input type="checkbox"/>
Quels sont les diplômes ou qualifications obtenus ? A quelles dates ? Plusieurs réponses possibles			
Etes-vous en emploi ?	OUI <input type="checkbox"/>		NON <input type="checkbox"/>	
Si oui :	En CDD <input type="checkbox"/>	En CDI <input type="checkbox"/>	Temps complet <input type="checkbox"/>	Temps partiel <input type="checkbox"/>
Etes-vous en congé parental ?	OUI <input type="checkbox"/>		NON <input type="checkbox"/>	
Etes-vous fonctionnaire ?	OUI <input type="checkbox"/>		NON <input type="checkbox"/>	
Si oui :	stagiaire ou titulaire en activité <input type="checkbox"/>	stagiaire ou titulaire en disponibilité <input type="checkbox"/>	en congé sans traitement <input type="checkbox"/>	démissionnaire <input type="checkbox"/>
Je déclare sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements portés sur le présent formulaire et sur les documents que j'adresserai en pièces justificatives. Je m'engage à informer mon institut de formation et la Région de tout changement intervenant dans ma situation, dans un délai maximum d'un mois suivant le changement.	Date et signature :			
	<i>Tournez la page S.V.P</i>			

Pièces justificatives à transmettre après diffusion des résultats de la sélection et au plus tard la veille de l'entrée en formation au conseil régional BFC en priorité par mail ou par voie postale	<p>formationsanitairesociale@bourgognefranchecomte.fr ou CONSEIL REGIONAL BOURGOGNE FRANCHE COMTE Direction de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur Service formations sanitaires et sociales 17 boulevard de la Trémouille 21000 DIJON</p>	
Copie carte d'identité recto verso		
Attestation d'inscription à Pôle Emploi datant de moins de 2 mois		
Copie du dernier diplôme obtenu ou qualification obtenue		
Ce formulaire dûment complété et signé		

Vos données personnelles (nom, prénom, date de naissance, adresse, téléphone) sont traitées par la Région Bourgogne Franche Comté pour l'instruction des dossiers de financement du coût des formations de niveau 3 et 4 à destination des demandeurs d'emploi.

Ces données seront conservées pour une durée de 3 ans.

Conformément à la loi « Informatique et libertés » n°78-17 du 6 janvier 1978 et au règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (Règlement Général sur la protection des Données) vous pouvez accéder aux données vous concernant ou demander leur effacement. Vous disposez également d'un droit d'opposition, d'un droit de rectification et d'un droit à la limitation du traitement de vos données.

Ces droits peuvent être exercés par courrier à l'adresse suivante : Région Bourgogne-Franche-Comté /

Direction de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur
Service formations sanitaires et sociales
4 Square Castan CS 51857

25031 BESANCON CEDEX ou formationsanitairesociale@bourgognefranchecomte.fr

Sanctions en cas de fausses déclarations :

Quiconque aura fourni sciemment des renseignements inexacts ou incomplets dans la présente déclaration en vue d'obtenir un paiement ou avantage quelconque indu, sera puni d'un emprisonnement de quatre ans et d'une peine d'amende de 9 000 € ou de l'une de ces deux peines seulement (Loi n° 68-690 du 31 juillet 1968 - article 22 ; Ordonnance n° 2000-916 du 19 septembre 2000 portant adaptation de la valeur de certains montants exprimés en francs dans les textes législatifs).