



DOSSIER D'INSCRIPTION A L'IFAS DE TULLE FORMATION AIDE-SOIGNANTE 2025

Madame, Monsieur,

Je vous prie de trouver ci-joint un dossier d'inscription que vous devez remettre en main propre ou adresser obligatoirement par voie postale au secrétariat dûment complété avant le :

LUNDI 2 DECEMBRE 2024.

TOUTE PIÈCE MANQUANTE ET/ OU MAL REMPLIE ENTRAÎNERA LE RETARD OU L'ANNULATION DE VOTRE INSCRIPTION.

Une pré-rentrée à laquelle vous êtes tenu(e) d'assister aura lieu à l'Institut le :

LUNDI 16 DECEMBRE 2024

De 8H30 à 17 H

J'attire votre attention sur la nécessité de produire un dossier médical complet et conforme à la fiche vaccinale jointe. Tout dossier incomplet peut conduire à l'annulation de votre entrée en formation ! Votre vaccination contre l'hépatite est obligatoire et doit être conforme avant l'entrée en formation.

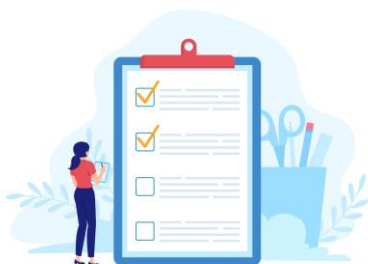
Vous trouverez ci-joint **la liste des pièces à adresser** concernant votre dossier administratif et votre dossier médical.

La rentrée scolaire aura lieu le **LUNDI 6 JANVIER 2025 à 8 h 30** à l'Institut de Formation d'aides-soignants situé sur le campus universitaire au 18, rue du 9 juin 1944 – 19000 TULLE. Un certificat de scolarité vous sera remis dès votre entrée en formation.

En attendant de vous rencontrer, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, mes sincères salutations.

La Directrice,


Corinne LESCURE



NE PAS IMPRIMER LE DOSSIER EN RECTO-VERSO

INFORMATIONS PRATIQUES

TENUES :

Un trousseau de cinq tenues de stage nominatives vous sera confié pour la durée de votre formation. La restitution complète de ce trousseau vous sera demandée en fin de formation. Toute perte ou toute tenue abîmée vous sera facturée à hauteur de 10 € par tenue. Pour les activités de simulation, vous devrez être en tenue de stage.

LOGEMENT :

Vous trouverez toutes les informations sur notre site Internet dans la rubrique « L'institut » « Vie étudiante » puis « se loger à TULLE ».

AIDES FINANCIERES :

En ce qui concerne **votre aide financière personnelle durant votre formation, elle doit être déterminée avant votre entrée en formation :**

Pôle Emploi : Information mise à jour septembre 2024

Si vous êtes âgé(e) de moins de 53 ans, et que vous avez travaillé 6 mois (soit 130 jours travaillés ou 910 h) dans les 24 mois qui précèdent la fin de votre dernier contrat de travail ou si vous êtes âgé(e) de 53 ans et plus et que vous avez travaillé 6 mois (soit 130 jours travaillés ou 910 h) dans les 36 mois qui précèdent la fin de votre dernier contrat de travail, vous devez impérativement, dès votre inscription à la formation, vous inscrire à France Travail via le site internet www.francetravail.fr.

Vous devez impérativement dès votre inscription à la formation vous inscrire à Pôle emploi via le site internet www.francetravail.fr votre dossier devra être constitué avant la rentrée en formation.

Vous devez obligatoirement reporter votre n° identifiant pôle emploi sur la fiche de renseignements ci-dessous.

Bourses :

Si vous souhaitez constituer un **dossier de bourse régionale sur critères sociaux – Bourse délivrée par le Conseil Régional Nouvelle Aquitaine**, vous trouverez sur la page de notre site internet dans la rubrique « **Dossier d'entrée en formation** » le lien en liaison avec le dépliant explicatif, le règlement régional et la «foire aux questions».

Si vous remplissez les conditions vous pourrez saisir en ligne sur le site internet de la Région Nouvelle Aquitaine votre demande de bourse courant décembre 2024 ou janvier 2025.

ATTESTATION RESPONSABILITE CIVILE VOUS COUVRANT PENDANT VOTRE FORMATION ET VOS STAGES :

Cette attestation délivrée par un assureur doit vous permettre **une couverture pendant vos stages de formation en services de soins** (hôpital, cliniques, EHPAD, etc...) **en votre qualité d'élève aide-soignant. Ces éléments devront être précisés sur la dite attestation.**

CREATION D'UNE ADRESSE MAIL PROFESSIONNELLE :

Une adresse mail est obligatoire pour bénéficier d'un accès à l'espace numérique de travail dédié au dépôt de cours durant votre formation et diverses applications. Ainsi je vous demande de respecter le modèle suivant pour faciliter notamment les échanges avec les professionnels : **prenom.nom@...** (avec rajout de chiffre autorisé si adresse déjà utilisée).

MATERIEL :

Il est conseillé de vous équiper d'un ordinateur portable et d'une connexion internet (ou de vous faire prêter un ordinateur pour la durée de la formation). **Attention nos documents pour les travaux sont compatibles avec Windows et Mac. Ils ne sont pas compatibles avec les appareils fonctionnant sous IOS, Android ni les ordinateurs de type Chromebook.**

NOM ET PRENOM :

LISTE DES PIÈCES À FOURNIR OBLIGATOIREMENT
AVANT LE 2 DÉCEMBRE 2024

DOSSIER ADMINISTRATIF :

**Case réservée à l'institut
Ne pas remplir**

- Fiche de renseignements (**toutes les rubriques doivent être renseignées**)
- 3 Photocopies de votre carte d'identité **en cours de validité**
- Photocopies de vos diplômes.....
- Attestation de responsabilité civile **qui stipule OBLIGATOIREMENT votre couverture « pour un stage de formation professionnelle en votre qualité d'élève aide-soignant »**
- 3 Photocopies de l'attestation des droits de votre caisse de sécurité sociale
- 2 Relevés d'Identité Bancaire (RIB).....
- 1 photocopie de deux permis de conduire, carte grise et assurance véhicule
- Création obligatoire d'une adresse mail professionnelle (**prenom.nom@...**)
- Copie de votre Casier judiciaire n°3 à demander sur <https://casier-judiciaire.justice.gouv.fr>
- Pour information, l'institut de formation se réserve le droit de demander le casier judiciaire n°2 du candidat*

POUR LES DEMANDEURS D'EMPLOI : (Selon la situation)

- Notification d'inscription à France Travail
- Numéro matricule France Travail
- Notification de rejet et/ou de l'octroi d'une rémunération France Travail.....

POUR LES PROMOTIONS PROFESSIONNELLES, APPRENTIS, CIF : (Selon la situation)

- Attestation de prise en charge des frais pédagogiques.....

DOSSIER MEDICAL :

- Certificat médical d'aptitude physique et psychologique (A faire établir par un **médecin agréé** – modèle ci-joint)
- Fiche médicale (A faire compléter par votre médecin traitant – Document ci-joint)
- Joindre copie des sérologies effectuées et documents demandés sur la fiche médicale**
- Copie de votre carnet de vaccination
- Compte rendu de la radiographie pulmonaire datant de moins de 6 mois

FICHE DE RENSEIGNEMENTS



Toutes les rubriques doivent être renseignées

NOM de naissance : NOM d'usage :

PRENOM : NE(E) le :

à : Nom du département : N°

SEXE : Masculin Féminin NATIONALITE :

Mail : N° de TELEPHONE fixe :

Portable : N° de Sécurité Sociale / / / / / / / / / / / / / / / /

Situation de handicap : OUI NON **Si OUI fournir un justificatif MDPH et compléter le formulaire téléchargeable sur le site internet de l'institut de formation de Tulle Onglet L' INSTITUT puis FORMATION ET HANDICAP** (présence d'un référent handicap sur l'institut de formation)

ADRESSE PERSONNELLE (ou des parents) :
.....

ADRESSE PERSONNELLE DE L'ELEVE PENDANT SA SCOLARITE :
.....
.....

AVEZ-VOUS LE PERMIS DE CONDUIRE :

- OUI Si oui, avez-vous un véhicule ? OUI NON
 NON Si non, votre permis est-il en cours ? OUI NON

SITUATION FAMILIALE : Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Pacs
Union libre

Nombre d'enfants à charge : Ages :

Personne(s) à contacter en cas d'urgence

Nom – prénom	Lien de parenté	Adresse	Téléphone fixe et portable

PARCOURS SCOLAIRE

Date de sortie du système scolaire :
Dernière classe suivie (dates – établissement - adresse) :

DIPLOMES OBTENUS (Fournir les photocopies)

- Baccalauréat : Série _____ Année : _____
- Autre diplôme : Précisez - année d'obtention et établissement :

ACTIVITES OU SITUATION OCCUPEE AVANT D'ENTRER A L'INSTITUT

Type d'activité ou d'emploi occupé	Dates	Nom Etablissement – Adresse complète -	Type de contrat
	Du au		
	Du au		
	Du au		

SITUATION A L'ENTREE EN FORMATION**1 - POURSUITE DE SCOLARITE : OUI - NON**

Si OUI précisez votre situation pour l'année 2023-2024 (enseignement secondaire, études supérieures,...) :

Précisions (classe, filière, université) :

Joindre le certificat de scolarité correspondant.

Dépôt demande bourses sur critères sociaux effectué : OUI - NON

2 – DEMANDEUR D'EMPLOI : OUI - NON

N° identifiant : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/

Date d'inscription à France Travail : _____/_____/_____

Indemnisation France Travail OUI - NON

Joindre un document France travail attestant de votre situation France Travail

3 – CONGES INDIVIDUEL DE FORMATION (CIF) OUI - NON

Organisme :

Coordonnées :

Joindre attestation ou convention de prise en charge des frais pédagogiques

4 – CONGES DE FORMATION PROFESSIONNELLE (CFP) OUI - NON

Organisme :

Coordonnées :

Joindre attestation ou convention de prise en charge des frais pédagogiques

5 – PROMOTION PROFESSIONNELLE : OUI - NON

Etablissement :

Nom du Directeur :

Service :

Adresse :

Joindre attestation ou convention de prise en charge des frais pédagogiques

HERBERGEMENT PENDANT LES PERIODES DE STAGE

Avez-vous une possibilité de lieu d'hébergement gratuit durant vos stages ? (Département 15-19-23-24-46-63-87).

CODE POSTAL	VILLE

Le signataire atteste l'exactitude des renseignements portés sur le présent document

Signature de l'élève

Signature des parents pour les mineurs

CERTIFICAT MEDICAL

A FAIRE COMPLETER PAR UN MEDECIN AGREE – ARS
Liste disponible sur le site de l'Agence Régionale de Santé

Je soussigné(e),

M.....Médecin agréé (**hors**
médecin traitant), atteste que :

Madame/Monsieur :

présente les aptitudes physiques et psychologiques nécessaires pour suivre la formation et à l'exercice futur de la profession d'aide-soignante.

CACHET

DATE :

SIGNATURE

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

Filière :
 Médecine IFSI
 Odontologie IFAS
 Pharmacie Kinésithérapie
 Sage-femme

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 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 :

Diphthérie-Tétanos-Polio (dTP)* / Diphthérie-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 contagion ultérieure 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.



FICHE ELEVE – MEDECINE DU TRAVAIL

ANNEE 2025

MERCI DE COMPLETER LISIBLEMENT EN MAJUSCULE LA PRESENTE FICHE

NOM

PRENOM

DATE DE NAISSANCE

LIEU DE NAISSANCE

DEPARTEMENT DE NAISSANCE (N° et nom)

ADRESSE ELEVE PENDANT LA SCOLARITE

N° TELEPHONE (FIXE et PORTABLE) :

E. MAIL :

Attention : Votre carnet de santé devra être présenté obligatoirement lors de votre visite médicale programmée à votre entrée en formation.

Cadre réservé IFSI

DOSSIER MEDICAL :

- Certificat médical d'aptitude physique et psychologique (A faire établir par un **médecin agréé** – (hors médecin traitant) - liste des médecins agréés disponible sur le site de l'Agence Régionale de Santé – modèle ci-joint)
- Certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation (A faire compléter par votre médecin traitant – Document ci-joint) - **Joindre copie des sérologies effectuées et documents demandés sur la fiche médicale.**
- copie de votre carnet de vaccination et joindre copie des sérologies demandées
- Compte rendu de la radiographie pulmonaire datant de moins de 6 mois
- Photocopie de l'attestation des droits de votre caisse de sécurité sociale

Pour toutes demandes de renseignements concernant votre dossier médical, vous pouvez contacter le secrétariat du service Santé au Travail du Centre Hospitalier de Tulle :

Téléphone : 05.55.29.86.84 / Mail : medprev@ch-tulle.fr

 <p>IFSI-IFAS TULLE CENTRE HOSPITALIER CŒUR DE CORRÈZE</p>	<p>FICHE DE L'ÉLÈVE (DRH) ANNÉE 2025</p>
--	---

MERCI DE COMPLETER LISIBLEMENT EN MAJUSCULE LA PRESENTE FICHE

NOM

PRENOM

DATE DE NAISSANCE

LIEU DE NAISSANCE

DEPARTEMENT DE NAISSANCE (N° et nom)

ADRESSE ETUDIANT PENDANT LA SCOLARITE

N° TELEPHONE (FIXE et PORTABLE) :

E. MAIL :

Cadre réservé IFSI

- Photocopie de la pièce d'identité en cours de validité
- Relevé identité bancaire (au nom de l'étudiant)
- Justificatif d'immatriculation sécurité sociale
- Adresse de l'étudiant durant la scolarité