

## DOSSIER D'INSCRIPTION A L'IFAS DE TULLE FORMATION AIDE-SOIGNANTE 2024

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 :

**VENDREDI 1<sup>ER</sup> DECEMBRE 2023.**

**TOUTE PIERCE 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 18 DECEMBRE 2023**

**De 9 H 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.

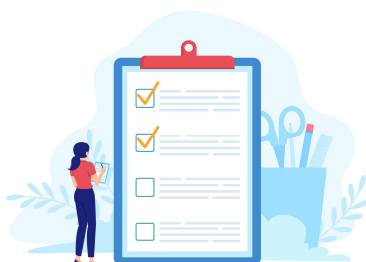
La rentrée scolaire aura lieu le **LUNDI 8 JANVIER 2024 à 9 h 00** à l'Institut de Formation d'aides-soignants situé sur le campus universitaire au 18, rue du 9 juin 1944 – 19000 TULLE. Un certificat de scolarité vous sera remis dès votre entrée en formation.

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 courant la formation, elle doit être déterminée avant votre entrée en formation :**

#### **Pôle Emploi :**

- Pour une fin de contrat depuis le 1/12/2021, si vous êtes âgé(e) de moins de 53 ans, et que vous avez travaillé 6 mois (soit 130 jours ou 910h) 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 ou 910h) 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 Pôle emploi via le site internet [www.pole-emploi.fr](http://www.pole-emploi.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-contre.

#### **Bourses :**

Si vous souhaitez constituer un **dossier de bourse régionale sur critères sociaux**, vous trouverez sur la page de notre site « Dossier d'entrée en formation » le lien internet en liaison avec le dépliant explicatif, le règlement régional et la «foire aux questions». Si vous remplissez les conditions vous pourrez saisir en ligne votre demande de bourse courant décembre 2023 ou janvier 2024.

### ATTESTATION RESPONSABILITE CIVILE :

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 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.**

**LISTE DES PIÈCES À FOURNIR OBLIGATOIREMENT  
AVANT LE 1<sup>er</sup> décembre 2023**

**DOSSIER ADMINISTRATIF :**

Case réservée à l'institut  
Ne pas remplir

- Fiche de renseignements (**toutes les rubriques doivent être renseignées**) .....
- 2 Photocopies de votre carte d'identité en cours de validité.....
- Photocopies des diplômes.....
- Attestation de responsabilité civile **qui stipule votre couverture « pour un stage de formation professionnelle en votre qualité d'élève aide-soignant »** .....
- 2 Photocopies de l'attestation des droits de votre caisse de sécurité sociale .....
- Création obligatoire d'une adresse mail professionnelle (**prenom.nom@...**).....

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

- Notification d'inscription à pôle emploi .....
- Numéro matricule pôle emploi.....
- Notification de rejet et/ou de l'octroi d'une rémunération Pôle emploi .....

**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 .....
- 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  
(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 2022-2023 (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 pole emploi : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Indemnisation pole emploi  OUI -  NON*Joindre un document pole emploi attestant de votre situation pole emploi***3 – CONGES INDIVIDUEL DE FORMATION (CIF)**  OUI -  NON

Organisme :

Coordonnées :

*Joindre attestation ou convention de prise en charge.***4 – CONGES DE FORMATION PROFESSIONNELLE (CFP)**  OUI -  NON

Organisme :

Coordonnées :

*Joindre attestation ou convention de prise en charge.*

**4 – PROMOTION PROFESSIONNELLE :  OUI -  NON**

Etablissement :

Nom du Directeur : M.

Service :

Adresse

*Joindre attestation de prise en charge.*

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

**Signature de l'élève**

**Signature des parents  
pour les mineurs**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e),

M .....

Médecin agréé, atteste que :

M .....

présente les aptitudes physiques et psychologiques nécessaires à l'exercice de la profession d'aide-soignant(e).

CACHET

DATE :

SIGNATURE

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

**Filière universitaire :** ..... **NOM :** ..... **NOM de naissance :** .....  
 Médecine **Prénom :** ..... **Date de naissance :** .. / .. / ....  
 Odontologie **Tél. :** ..... **Email :** .....  
 Pharmacie **Département de naissance :** ..... **Code postal lieu de résidence :** .....  
 Sage-femme **Année d'admission :** ..... **Commune de naissance ou pays si né(e) à l'étranger :** .....  
**ou Institut de formation :** .....

Avant votre entrée en formation, vous devez apporter la preuve que vous êtes vacciné(e) contre différents risques infectieux. 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 électronique 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\*\*, en même temps que votre dossier d'inscription (article L3111.4 du Code de la Santé Publique).

Si carnet de vaccination électronique créé et validé par un professionnel de santé : code de partage

Le médecin n'a rien de plus à compléter. Joindre uniquement les résultats demandés sous pli confidentiel.

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

Rappel dTPca si un vaccin coquelucheux n'a pas été administré dans les 5 dernières années (respecter un délai de 1 mois après le dernier dTP). Lors des rappels à âge fixe (25, 45 et 65 ans), sera réalisé systématiquement un dTPca.

**Dernier rappel dTP => Date :** .. / .. / .... **Nom :** ..... **Dernier rappel dTPca => 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)

Les différents schémas complets :

- soit classique (3 doses) : 2 doses à 1 mois d'intervalle, la 3<sup>ème</sup> au moins 5 mois après la 2<sup>ème</sup> dose
- soit à l'adolescence (de 11 à 15 ans) : 2 doses espacées de 6 mois } avec un vaccin contre l'hépatite B dosé à 20 µg
- soit accéléré (à titre exceptionnel) : 3 doses en 21 jours, rappel à 1 an
  - Première dose => Date : .. / .. / .... Nom : .....
  - Deuxième dose => Date : .. / .. / .... Nom : .....
  - Troisième dose => Date : .. / .. / .... Nom : .....
  - Injections supplémentaires => Date : .. / .. / .... Nom : .....
  - => Date : .. / .. / .... Nom : .....
  - => Date : .. / .. / .... Nom : .....

### Covid-19

**Antécédent de COVID => Date :** .. / .. / .... **Première dose => Date :** .. / .. / .... **Deuxième dose => Date :** .. / .. / .... **Rappel => Date :** .. / .. / ....

### Rougeole-Oreillons-Rubéole (ROR)

Personnes nées avant 1980 :

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

Personnes nées depuis 1980 :

- vaccination 2 doses recommandées 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 à compter du 1<sup>er</sup> avril 2019)

Je, soussigné 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.



**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 :**

**Cadre réservé IFAS**

**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 en 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
- 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**