

Oloron Sainte-Marie,
le 1^{er} juillet 2024

OBJET : ADMISSION FORMATION IFAS - PROMOTION 2024/2025

Madame, Monsieur,

Vous avez été admis à la formation d'aide-soignant de l'IFAS d'Oloron Sainte-Marie.

Nous vous prions de trouver ci-joint le dossier d'inscription.

En page 2, la liste des dossiers à remplir et à nous adresser **au plus tard le 6 août 2024 (cachet de la Poste faisant foi)**.

Adresse d'envoi ou de dépôt des documents :

IFAS
CENTRE HOSPITALIER
Avenue Fleming
BP 160
64404 OLORON SAINTE MARIE CEDEX

Si la direction de l'IFAS constate l'usage de fausse déclaration, l'admission sera annulée.

Tout dossier non renvoyé dans les délais ou incomplet compromettra l'entrée en formation.

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

La Directrice de l'IFAS



Céline CAPBERN

N.B.: Pré-rentrée obligatoire : le vendredi 23 août 2024 à 8h45

Rentrée : le lundi 26 août 2024 à 9 h

CONSTITUTION DE VOTRE DOSSIER

PIÈCES A FOURNIR

DOSSIER 1 – Médical

- Fiche médicale à valider par un médecin – Annexe 1 – A compléter
- Certificat d'aptitude pour l'entrée à l'IFAS à faire compléter par un médecin agréé ARS
A compléter (Pièce jointe) - Annexe 2 – A compléter

DOSSIER 2 – Administratif

- Fiches administratives – A compléter
- Fiches de situation – A compléter + justificatifs selon situation
- Autorisation de Droit à l'image – A compléter
- Fiche de renseignements relatifs à la mise en stage – A compléter
- Pour les personnes mineures autorisation parentale obligatoire – A compléter
- Une attestation récente d'affiliation de votre centre de couverture sociale (ex : CPAM, MSA,...)
- Une attestation d'assurance concernant la responsabilité professionnelle en stage :
souscription possible auprès de la MACSF, GMF. Obligatoire à l'entrée.
- Photocopie du ou des diplômes.

DOSSIER 3 – Frais de scolarité

DOSSIER 4 – Bourses

DOSSIER 5 – Elève en situation de handicap

DOSSIER 6 – Diplôme étranger

DOSSIER 7 – Tenue professionnelle

DOSSIER 1 - Médical

Coller cette feuille sur une enveloppe A4 fermée

DOSSIER MÉDICAL CONFIDENTIEL

A METTRE DANS UNE ENVELOPPE A4 ET LA FERMER
A RETOURNER COMPLET AVEC LE RESTE DES DOSSIERS

NOM : Mme/M.

PRÉNOM :

CONSTITUTION DE VOTRE DOSSIER

PIECES A FOURNIR :

- Fiche médicale « Inscription des étudiants en santé » - [Annexe 1](#)
- Certificat d'aptitude pour l'entrée à l'IFAS - [Annexe 2](#)
- Copie du carnet de santé (relevé des vaccinations)
- Attestation des sérologies
(Hépatite, Rougeole-Oreillons-Rubéole, Varicelle)

Toutes vos vaccinations doivent être **à jour, AU PLUS TARD, le 30 septembre 2024.**

L'admission en stage (le 7 octobre 2024) est subordonnée à ces conditions vaccinales. Vous devez donc les engager si nécessaire dès la demande d'inscription à l'IFAS, notamment la vaccination contre l'Hépatite B.

Les étudiants n'étant pas à jour de leurs vaccinations fin septembre ne seront pas admis en stage. Ils réaliseront celui-ci durant l'été 2025.



Realisation : Département communication ARS Nouvelle-Aquitaine
Mise à jour Omedit NAQG Mission Vaccination (2024)

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

Filière :
 Médecine
 Odontologie
 Pharmacie
 Sage-femme
 IFSI
 IFAS
 Kinésithérapie

NOM : **NOM de naissance :**

Prénom : **Date de naissance :**/..../.....

Tél. : **Email :**

Autre : **Département de naissance :**

Année d'admission : **Code postal lieu de résidence :**

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 :

Diphtérie-Tétanos-Polio (dTP)* / Diphtérie-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 ENGEREX® 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 contact ultérieur 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.

CERTIFICAT D'APTITUDE POUR L'ENTRÉE À L'IFAS

(À remplir par le médecin agréé ARS¹)

ÉLÈVE AIDE-SOIGNANT

Je soussigné(e) Docteur :

certifie avoir examiné ce jour,

Mme/M. (Nom et Prénom) :

J'atteste :

- Que cet(te) élève **ne présente pas** de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession d'aide-soignant(e).

A

Le

Signature et cachet du médecin

¹ Nouvelle Aquitaine : <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/medecins-agrees-11>

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

FICHE ADMINISTRATIVE (suite)

ÉCRIRE EN LETTRES MAJUSCULES

NOM ET COORDONNÉES DE LA PERSONNE A PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE (OBLIGATOIRE)

.....
.....
.....

POUR LES MINEURS

PROFESSION DU PÈRE :

PROFESSION DE LA MÈRE :

RESPONSABLE OU TUTEUR POUR LES MINEURS (*nom/prénom/téléphone*)

.....
.....

SI AGENT DE LA FONCTION PUBLIQUE :

INDIQUER VOTRE STATUT : Titulaire Stagiaire Contractuel (*Cocher la case correspondante*)

EMPLOYEUR :

ADRESSE :

.....
.....

FICHE DE SITUATION

NOM : Mme/M.

PRÉNOM :

QUELLE EST VOTRE SITUATION A CE JOUR ? *(Cocher la case correspondante)*

Etudiant/ poursuite de scolarité *(joindre certificat de scolarité)*

C.D.I - Depuis quelle date ?

Type d'emploi occupé :
(Joindre attestation employeur)

Employeur (NOM et adresse)

Congé individuel de formation, nom de l'organisme :
(Joindre attestation de prise en charge ou refus)

C.D.D, précisez date de début/ date de fin

Emploi occupé
(Joindre attestation employeur)

Intérim, depuis quelle date ?

Type d'emploi occupé :
(Joindre attestation employeur)

Reconversion Professionnelle, depuis quelle date ?
(Joindre attestation employeur)

Disponibilité de la fonction publique, à quelle date ?

Démission pour intégrer la formation *(Joindre justificatif)*

Autre : A préciser *(Joindre justificatif)*

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements indiqués

Date Signature

FICHE DE SITUATION (suite)

NOM : Mme/M.

PRÉNOM :

DEMANDEUR D'EMPLOI :

Numéro Identifiant :

Indemnisé(e)

Non indemnisé(e)

En recherche d'emploi, depuis quelle date ?

Activités antérieures :

Activité salariée exercée pendant une durée inférieure à 6 mois

Activité salariée justifiée de 910 h sur 12 mois ou de 1 820 h sur 24 mois

Stage en cours d'une durée supérieure à un an et activité professionnelle exercée durant 3 ans ou plus

Ancien agent du secteur public avec une activité salariée exercée pendant 6 mois ou 910 heures au cours d'une période de 12 mois ou pendant 12 mois ou 1 820 heures au cours d'une période de 24 mois

Veillez-vous rapprocher de FRANCE EMPLOI de votre domicile le plus rapidement possible afin d'étudier vos possibilités de rémunération.

Si FINANCEMENT RÉGION : L'entrée en formation est assujettie à un détachement de tout contrat de travail.

AUTORISATION DE DROIT À L'IMAGE

Je soussigné(e),

NOM : Mme/M.

PRÉNOM :

- Autorise, à titre gratuit l'IFAS d'Oloron Sainte-Marie, ses partenaires et prestataires,
- La captation et la diffusion de photographies ou de vidéos me représentant pour un usage interne (journal du service, diaporama, exposition...)
 - La captation et la diffusion de photographies ou de vidéos me représentant pour un usage externe (presse locale, réseaux sociaux, site web...)
- N'autorise pas La captation et la diffusion de photographies me représentant

Mon image prise sera utilisée dans le cadre de ma formation pour promouvoir l'IFAS et ses activités (projet pédagogique, rapport d'activité, site web et réseaux sociaux de l'IFAS...)

Je peux me rétracter à tout moment, sur simple demande écrite à la directrice de l'IFAS.

Je m'engage à ne pas tenir responsable la personne ou les structures précitées ainsi que ses représentants et toute personne agissant avec sa permission pour ce qui relève de la possibilité d'un changement de cadrage, de couleur et de densité qui pourrait survenir lors de la reproduction.

La présente autorisation est personnelle et incessible et ne s'applique qu'aux supports émis par l'IFAS, ses partenaires et prestataires.

Je déclare avoir 18 ans ou plus et être compétent(e) à signer ce formulaire en mon propre nom.

J'ai lu et compris toutes les implications de cette autorisation.

DATE :

SIGNATURE :

FICHE DE RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA MISE EN STAGE

Document interne à remplir de façon précise et lisible. Il peut être actualisé par l'élève autant que nécessaire.

NOM : Mme/M.

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

Promotion : **FORMATION AIDE-SOIGNANTE 2024/2025**

Adresse personnelle durant vos études (si en cours de recherche, le stipuler) :

.....
.....

Autres possibilités d'hébergement : (4 adresses complètes maximum, en précisant la ville à proximité pour petites localités)

Ces adresses peuvent donner la possibilité d'envisager des stages extérieurs (avec accord de l'équipe pédagogique), et/ou limiter les frais de déplacement et d'hébergement.

.....
.....
.....
.....

Précisez les lieux de stage à éviter (anciens employeurs, proches ou connaissances exerçant dans la structure, service lié à des évènements douloureux...)

.....
.....

PERMIS DE CONDUIRE (*cocher*) : OUI NON EN COURS

Période d'obtention prévue :

(Une confirmation est attendue par le secrétariat dès l'obtention du permis et du véhicule pour se rendre sur les lieux de stage)

MOYEN DE TRANSPORT :

.....

AUTORISATION DU REPRÉSENTANT LÉGAL SUR ENFANT MINEUR

UNIQUEMENT pour le candidat mineur

Je soussigné.e Mme/M.

demeurant :

.....

et agissant en qualité de représentant légal, autorise

ma fille

mon fils

NOM / Prénom :

qui demeure à la même adresse, ou demeurant :

.....

.....

à entrer en formation d'aide-soignant pour l'année 2024-2025 à l'Institut de Formation Aide-Soignant d'Oloron Sainte-Marie.

Je certifie avoir l'autorité parentale sur ce mineur,

Date :

Signature

DOSSIER 3 - Frais de scolarité

FRAIS DE SCOLARITÉ



En cas de désistement aucun frais engagé ne sera remboursé

UN CHEQUE DE 100 € à l'ordre de : Trésor Public

Frais de traitement dossier et d'intégration (obligatoire) : 100 €

DOSSIER 4 - Bourses

BOURSES



IL VOUS APPARTIENT DE RÉALISER VOUS-MÊME LES DÉMARCHES

- Constitution de votre dossier, en ligne sur le site de la Région Nouvelle-Aquitaine : boursesanitairesociale.fr

ou à partir du lien suivant :

<https://les-aides.nouvelle-aquitaine.fr/amenagement-du-territoire/bourses-etudes-sur-criteres-sociaux-etudiants-en-formationen-sociales-paramedicales-et-de-sante>

Contacts

Service relation aux usagers

Du lundi au vendredi de 9h à 18h sans interruption

Tel : 05.49.38.49.38

- Inscription à compter de juin 2024 (date sur le site : Région Nouvelle-Aquitaine)
- Fiche explicative (à télécharger dès mise en ligne par la Région)

DOSSIER 5 - Elève en situation de handicap

ÉLÈVE EN SITUATION DE HANDICAP DEMANDE D'AMÉNAGEMENT

NOM : Mme/M.

PRÉNOM :

Si vous souhaitez bénéficier d'aménagement comme par exemple, un tiers temps ou une mise en forme spécifique des cours vous devez compléter la partie ci-dessous et joindre les documents demandés.

Je sollicite un aménagement ; j'ai bénéficié de mesures d'aménagement l'année précédente.
(Joindre obligatoirement la copie de la décision)

Je vais solliciter une Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé auprès de la MDPH

Fait à Le

Signature de l'élève :

Pour les étudiants mineurs
Signature du représentant légal
Précisez le nom et le prénom

NB : Vous pouvez, si vous le souhaitez, être mis en contact avec la formatrice « Référente Handicap » du Centre Hospitalier d'Oloron Sainte-Marie.

DOSSIER 6 - Diplôme étranger

POUR LES DIPLÔMES ÉTRANGERS

A RETOURNER COMPLET PAR COURRIER AU SECRÉTARIAT DE L'I.F.A.S.

NOM : Mme/M.

PRÉNOM :

PRÉ-REQUIS À L'ADMISSION

- Copie de la carte d'identité ou titre de séjour en cours de validité
- Parler, écrire et comprendre le Français
- Attestation de niveau de langue B2
- Le cas échéant : copie des diplômes étrangers avec traduction faite par un traducteur agréé auprès des tribunaux français et une attestation de comparabilité d'études (ancienne attestation de niveau) de ce diplôme, délivrée par le Centre ENIC-NARIC

DOSSIER 7 - Tenue Professionnelle

Vous devez vous procurer pour la rentrée, 2 tenues professionnelles de couleur blanche (tunique + pantalon) pour les cours de travaux pratiques.