

DOSSIER D'INSCRIPTION A L'ENTREE EN FORMATION AIDE-SOIGNANT SITE FAZANIS PROMOTION 2023

RENTREE JANVIER 2023

Votre inscription sera effective à compter de la réception de ce dossier complété et accompagné de toutes les pièces demandées.

Il doit être renvoyé au plus tard le **Mercredi 30 novembre 2022** par voie postale à l'adresse suivante :

**INSTITUT DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE
DU CHIC MARMANDE-TONNEINS**
11-15 Rue Albert Camus – BP 311
47207 MARMANDE cedex

Pour toute demande de renseignements
Joindre le secrétariat au 05.53.64.81.50

PRE-RENTREE :
VENDREDI 13 JANVIER 2023 à 9 H 00
Votre présence est obligatoire

RENTREE :
LUNDI 16 JANVIER 2023 à 9 H 00

Institut de Formation des Professionnels de Santé - 11-15 rue Albert Camus - BP 311 - 47207 MARMANDE CEDEX
Tél : 05.53.64.81.50, Fax : 05.53.64.81.66

Mail : secretariat.ifsi@chicmt.fr – Site Web: <https://www.chicmt.fr/ifsi-ifas/>

Prestataire de formation enregistré sous le n° 72 47 P0058 47 auprès du Préfet de la Région Nouvelle-Aquitaine, certifié selon le Référentiel National sur la Qualité sous le n° 2100321.1

Siret : 2 64 70 36 12 001 03 – APE : 8542 Z

INFORMATIONS GENERALES

Frais de scolarité : tarif 2023

Coût pédagogique CURSUS COMPLET : **7 000 € (non assujetti à la TVA)**

Frais annuels de formation : non remboursables

	Elève en formation initiale ⁽¹⁾	Elève salarié relevant de la formation continue ⁽²⁾
Frais pédagogiques	Conseil Régional Nouvelle Aquitaine	7 000 €
<u>Frais liés au dispense de formation</u>		
Titulaire du DEAP 2006 Titulaire du DEAP 2021		3290 € 2240 €
Titulaire du BAC PRO ASSP 2011		3710 €
Titulaire du BAC PRO SAPAT 2011	Conseil Régional Nouvelle Aquitaine	5110 €
Titulaire du Titre Professionnel ADVF		5670 €
Titulaire du Titre Professionnel ASMS		6020 €
Titulaire du DEAES 2016 Titulaire du DEAES 2021		5530 € 4550 €
Titulaire de l'ARM 2019		5530 €
Titulaire du DEA		5740 €

⁽¹⁾ Sont considérés « Elèves en formation initiale » :

- Elèves en poursuite d'études
- Demandeurs d'emploi inscrits à Pôle Emploi au moment de leur inscription aux épreuves de sélection (attestation à fournir)
- Cas d'une rupture conventionnelle de contrat : le candidat doit justifier d'un refus de prise en charge financière et être inscrit à Pôle Emploi (cf. fiche inscription, attestation à fournir)
- Bénéficiaires du RSA

⁽²⁾ Sont considérés « élèves relevant de la formation continue » : Les candidats en reconversion professionnelle salariés ou non

Dans ce contexte trois modes de financement existent :

- ☞ La promotion professionnelle : dossier à constituer auprès de votre employeur
- ☞ La prise en charge par un organisme financeur du type CIF (Transition-Pro, ANFH...)
- ☞ L'autofinancement : vous financez vous-même vos études. Vous signez alors un contrat de formation à titre individuel vous engageant financièrement

Repas/Hébergement

Les élèves peuvent prendre leur repas du midi au self du Lycée FAZANIS au tarif de 4,35 €. Des informations complémentaires vous seront données sur place à la rentrée.

Il est également possible d'être hébergé à l'internat du lycée aux tarifs suivants :

- Forfait 4 nuits avec draps fournis : 62€
- Petit déjeuner : 1,55€
- Déjeuner/diner : 4,35€ le repas

Bourse Régionale d'Etudes

La campagne de demande de bourse est ouverte. La demande est à faire sur le site du Conseil Régional de Nouvelle – Aquitaine : boursesanitairesociale.fr – Mes démarches en Nouvelle-Aquitaine- accessible à partir du portail jeunes de la Région.

Assurance

Une assurance :

- « Responsabilité civile personnelle » est obligatoire pour suivre la formation. Veuillez-vous rapprocher de votre assureur afin de vérifier vos garanties.
- « Responsabilité professionnelle » est obligatoire pour la mise en stage. (souscription possible sur les sites internet suivants : MACSF – MNH – GMF...)

Sécurité Sociale

Vous restez affilié(e) en tant qu'assuré(e) autonome à votre régime actuel de protection sociale. Vous n'avez aucune démarche à effectuer pour cette affiliation.

Cours théoriques

La formation se déroulera **du 16 janvier 2023 au 15 décembre 2023 inclus** comprenant les périodes de congés et de rattrapages éventuels.

Les cours ont lieu du lundi au vendredi à raison de 35 heures par semaine. Amplitude horaire : 8 h – 17 h.

Le dispositif détaillé de formation est présenté à la rentrée.

Vacances scolaires

- Vacances de printemps : du 10/04/2023 au 16/04/2023
- Vacances d'été : du 07/08/2023 au 27/08/2023

Divers

Deux certificats de scolarité seront délivrés dans le courant du mois de janvier, **dès lors que le dossier d'inscription sera complet.**

DOCUMENTS A REMPLIR ET A FOURNIR

NOM : Prénom :	Colonne réservée à l'IFAS
DOSSIER ADMINISTRATIF	
Fiche de renseignements administratifs complétée et signée (annexe 1) Attestation pour les élèves aides-soignants mineurs (annexe 2)	
L'acceptation des conditions générales d'entrée à l'IFAS signée (annexe 3)	
2 photocopies de la carte d'identité ou passeport ou titre de séjour <u>en cours de validité (RECTO VERSO SUR UNE MEME PAGE)</u>	
1 photocopie du ou des diplômes (Ex : Baccalauréat Professionnel ASSP, SAPAT) etc...	
1 photo d'identité (format 3.5 x 4.5 – inscrire au dos votre nom - prénom)	
1 attestation d'assurance responsabilité civile couvrant l'année scolaire jusqu'au 31/12/2023 inclus	
1 attestation d'ouverture des droits à la sécurité sociale (pas la carte verte d'assuré social)	
1 chèque de 100 € à l'ordre du trésor public pour les droits d'inscriptions (non remboursé en cas de désistement)	
DOSSIER MEDICAL	
Le certificat médical (annexe 4) rempli par un médecin agréé (listes des médecins agréés pour les départements du 33 et 47 sur notre site Internet)	
La fiche médicale de l'ARS (ci-jointe) à remplir par votre médecin traitant	
Le résultat de la sérologie de l'Hépatite B 1 copie du carnet de santé pour les pages «vaccinations» mentionnant votre nom et prénom 1 copie du carnet de santé pour les pages des maladies infantiles (Varicelle) mentionnant votre nom et prénom 1 copie du pass sanitaire	
DOSSIER STAGE	
1 attestation d'assurance responsabilité civile professionnelle portant la mention « en milieu hospitalier, médical et paramédical » couvrant l'année scolaire jusqu'au 31/12/2023	
DIPLOMES PERMETTANT L'ALLEGEMENT OU LA DISPENSE DE MODULES (Annexe VII de l'Arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'Aide-soignant)	
☞ Les photocopies des diplômes originaux détenus. ☞ Un courrier de demande d'allégement et/ou de dispense de modules	

ATTENTION DOSSIER MEDICAL

Article L.3111-4 du code de la santé publique :

« Une personne qui, dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention de soins ou hébergeant des personnes âgées, exerce une activité professionnelle l'exposant à des risques de contamination doit être immunisée contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite ».

Instruction interministérielle n° DGOS/RH1/DGESIP/A1-4-DFS/2021/192 du 07 septembre 2021 relative à la mise en œuvre de l'obligation vaccinale pour les étudiants et élèves en santé.

« Les étudiants/élèves concernés par cette obligation ne peuvent suivre leur formation théorique ni effectuer leurs stages s'ils ne présentent pas un schéma vaccinal complet, concernant la COVID 19».

Certaines vaccinations ou sérologies nécessitent d'être commencées plusieurs mois avant la rentrée : Hépatite B et COVID 19

En conséquence, si vous n'êtes pas vacciné(e), **COMMENCEZ LA PROCEDURE DES A PRESENT**

Schéma COVID 19 : (fournir les justificatifs)

- 1 dose à J0
- 1 dose à J21
- 1 dose 3 mois après la seconde dose
- Ou 2 doses et 1 test COVID positif

Un élève ne pourra pas entrer en formation s'il n'est pas vacciné contre la COVID 19

Schémas Hépatite B :

- Schéma accéléré : 3 doses en 21 jours (J0, J7 et J21) et un rappel à un an. Dans ce cas, la sérologie n'est à effectuer qu'après le rappel à un an.
En cas d'absence de vaccination contre l'Hépatite B dans l'enfance : obligation de réaliser un schéma accéléré
- Schéma normal : 3 doses en plusieurs mois (J0, M1, M6 et sérologie minimum 1 mois après la dernière dose de vaccin). **En cas de vaccination contre l'Hépatite B effectuée dans l'enfance, fournir impérativement un résultat de la sérologie mentionnant le taux d'anticorps anti HBS. Ce taux doit être supérieur à 100 UI/L.**

Un élève ne pourra pas partir en stage s'il n'a pas effectué :

- **Au minimum la seconde injection du vaccin contre l'Hépatite B d'un schéma normal et réalisé une sérologie mentionnant le taux d'anticorps anti HBS (réalisée 1 mois après la seconde dose)**
- **Ou les 3 doses du schéma vaccinal accéléré**

Varicelle :

- Fournir la photocopie nominative du carnet de santé des pages « maladies infantiles » mentionnant une date de la maladie
- Ou réaliser une sérologie de la varicelle

Tous les élèves devront répondre aux exigences médicales et avoir fourni l'intégralité des documents demandés au plus tard une semaine après la date de la rentrée, soit le lundi 23 janvier 2023. Passé ce délai, ils ne seront pas autorisés à partir en stage. Celui-ci devra être effectué à la fin de la formation, retardant l'obtention du diplôme d'Etat.

Scolarité :

Niveau scolaire inférieur au baccalauréat, précisez le niveau d'études et les diplômes obtenus :

.....

Titulaire du baccalauréat :- date d'obtention : – lieu d'obtention :

Série :

Spécialités : 1).....2).....3).....

Diplôme de l'Enseignement Supérieur :

Bac + 2 (DEUG, DEUST, BTS, DUT, ...)

Bac + 3 (Licence,...)

Bac + 4 (Maîtrise, Master I, ...)

Bac + 5 (Master II, DESS, DEA, ...)

Diplôme obtenu et domaine : Année :

Lieu d'obtention (ville) : Département :

Autres :

Préparation au concours d'admission : OUI NON

Etablissement fréquenté :

Etes-vous titulaire de l' A.F.G.S.U. : niveau 1 niveau 2 (joindre la photocopie)

Moyen de locomotion pour les stages :

- Permis de conduire OUI NON en cours
- Véhicule OUI NON Puissance fiscaleCV

Possibilité d'hébergement durant les stages :

La formation se déroule en alternance. Nos terrains de stage sont répartis dans l'Aquitaine et dans plusieurs départements limitrophes. Merci de nous préciser le nom des communes sur lesquelles vous pouvez vous faire héberger :

.....

.....

.....

.....

Etablissements de santé fréquentés en tant que professionnel (indiquez le nom de la structure, les services dans lesquels vous avez exercé ainsi que votre fonction) :

.....

.....

.....

.....

INFORMATIONS POUR LE CONSEIL REGIONAL

☛ Situation professionnelle à l'entrée en formation (16 janvier 2023)

Apprenant en parcours de formation initiale (n'a pas quitté le milieu scolaire depuis plus d'un an)

Demandeur d'Emploi ou en cours d'inscription :

- Démissionnaire Non démissionnaire
- Indemnisé par Pôle Emploi (percevant l'allocation chômage)
- Non indemnisé
- En attente

Salarié(e)

- En formation
- En disponibilité
- En congé individuel de formation (CIF)

Apprentis

Autres (militaire, libéral ...) :

N° d'identifiant Pôle Emploi :

Agence (ville) :

Département :

☛ Mode de financement de la formation

Financement individuel Personnel Prêt

Financement employeur :

- o Nom et coordonnées de l'Employeur :

.....
.....

Organisme de financement de l'apprentissage

Organisme de financement (transition Pro, OPACIF, OPCA, ...)

Financement Région Nouvelle Aquitaine

Autre

Les données à caractère personnel recueillies dans ce formulaire respectent le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD).

Je soussigné(e)
reconnais que les informations transmises dans ce document sont sincères et exactes.

Fait à,

Le,

Signature,

(Annexe 2)

ATTESTATION POUR L'ELEVE AIDE-SOIGNANT(E) MINEUR(E)

Je soussigné(e), Monsieur, Madame,

Représentant légal de Monsieur, Madame,

Elève mineur(e) à l'Institut de Formation d'Aide-Soignant du CHIC Marmande-Tonneins,
autorise mon enfant à signer les documents relatifs à sa formation après qu'il se soit
engagé à me les communiquer.

Fait à Marmande,

Le,

Signature de l'élève,

Signature du représentant légal,

ACCEPTATION DES CONDITIONS GENERALES D'ENTREE A L'IFAS

Monsieur, Madame,..... inscrit(e) en formation
aide-soignant(e) à l'IFSI du CHIC Marmande-Tonneins au sein de la promotion 2023
accepte les conditions générales suivantes :

Obligations et devoirs de l'élève durant son cursus

Je m'engage à :

- Présenter tous les documents demandés dans le dossier d'inscription, sous peine de sanction
- A respecter les divers règlements et chartes (règlement intérieur, charte anti-plagiat, charte numérique, charte wifi, charte d'enseignement à distance et CDI) téléchargeables sur notre site internet

J'ai lu le règlement intérieur de l'IFAS et m'engage à le respecter.

Fait à

Le

Signature

CERTIFICAT MEDICAL

*Ce certificat est à faire **remplir et signer impérativement** par un médecin agréé par la délégation territoriale de l'Agence Régionale de la Santé.*

Liste des médecins agréés de Nouvelle-Aquitaine :

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

Je soussigné(e) Docteur (nom – prénom) :

Agréé(e) sur le Département de :

certifie que :

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

présente les aptitudes physiques et psychologiques nécessaires à l'exercice de la profession d'Aide-soignant.

Fait à, le

Signature et cachet du médecin

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

Filière universitaire : **NOM :** **NOM de naissance :**
 Médecine Odontologie Pharmacie Sage-femme
Prénom : **Date de naissance :** .. / .. /
Tél. : **Email :**
ou Institut de formation : **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 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 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.

Diphtérie-Tétanos-Polio (dTP)* / Diphtérie-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 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)

Les différents schémas complets :

- soit classique (3 doses) : 2 doses à 1 mois d'intervalle, la 3^{ème} au moins 5 mois après la 2^{ème} 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^{er} avril 2019) recueillir uniquement des éléments ci-dessous

BCG

=> Date : .. / .. /

Test tuberculinique (IDR) quelle que soit la date de réalisation

(une valeur de référence post-vaccinale est indispensable)

- Taille de l'induration en mm :

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.