

DOSSIER D'INSCRIPTION FORMATION AIDE-SOIGNANT SITE MARMANDE PROMOTION 2023-2024

RENTRÉE SEPTEMBRE 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 **07 AOUT 2023** par voie postale à l'adresse suivante :

IFPS du CHIC MARMANDE-TONNEINS
11-15 Rue Albert Camus – BP 311
47207 MARMANDE Cedex

Pour toute demande de renseignements
Contacter le secrétariat au : 05.53.64.81.50

PRE-RENTREE :
Lundi 28 août 2023 à 9 H 00
Votre présence est obligatoire

RENTRÉE :
Mardi 29 août 2023 à 9 H 00

INFORMATIONS GENERALES

Frais de scolarité : tarif 2023 - 2024

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		3290 €
Titulaire du DEAP 2021		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		5530 €
Titulaire du DEAES 2021		4550 €
Titulaire de l'ARM 2019		5530 €
Titulaire du DEA		5740 €

⁽¹⁾ **Sont considérés « Elève 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)
- Dans le 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 « Elève 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

Les élèves peuvent prendre leur repas du midi :

- Au restaurant du personnel du Centre Hospitalier Intercommunal Marmande-Tonneins, au tarif du personnel du CHIC. Les informations seront disponibles sur place à la rentrée.
- Dans la salle de repas prévue pour les apprenants

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 28 août 2023 au 19 juillet 2024 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 30.

Le dispositif détaillé de formation est présenté à la rentrée.

Vacances scolaires

- Vacances de Noël : du 23/12/2023 au 07/01/2024
- Vacances de Printemps : du 20 avril au 28 avril 2024

Divers

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

Avant la rentrée, chaque candidat doit acheter une tenue professionnelle : pantalon blanc et tunique blanche pour réaliser les Travaux Pratiques à l'institut.

Pour les stages, les tenues professionnelles sont mises à disposition par les établissements d'accueil.

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</u> <u>(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 31/07/2023 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 frais de dossier (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 et les pages des maladies infantiles (Varicelle).	
1 copie du pass sanitaire (3 doses)	
DOSSIER STAGE	
1 attestation d'assurance responsabilité civile professionnelle portant la mention « en milieu hospitalier, médical et paramédical » couvrant l'année scolaire jusqu'au 31/07/2024 inclus	
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'allègement et/ou de dispense de modules	

L'admission à l'Institut de Formation d'AIDE-SOIGNANT n'est définitive qu'après la remise de l'ensemble des documents listés ci-dessus.

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 ».

Un élève ne pourra pas partir en stage s'il n'a pas effectué la seconde injection du vaccin contre l'Hépatite B.

2 situations :

- Si vous avez déjà été vacciné dans l'enfance, fournir impérativement le résultat de la sérologie mentionnant le taux d'anticorps anti HBs. Ce taux doit être supérieur à 100 UI/L.
- Si vous n'avez jamais été vacciné, réaliser obligatoirement un schéma accéléré de 3 doses en 21 jours et un rappel à un an (avec ENGERIX B20). Dans ce cas, la sérologie n'est à effectuer qu'après le rappel à un an



FORMATION AIDE-SOIGNANT Rentrée Septembre 2023-2024

INFORMATIONS GENERALES

NOM de naissance : Nom d'usage

Prénoms :

Né(e) le /_/_/_-/_/_/_-/_/_/_/_/ à Département /_/_/_/
Pays

Age : Nationalité.....

Situation familiale : Célibataire Marié(e) Concubin(e) PACS Divorcé(e) Veuf(ve)

Nombre d'enfants : /_/_/ Parent isolé : OUI NON

Age des enfants :

Personne à prévenir en cas de nécessité : (Nom et téléphone obligatoire)

.....

Pour les étudiants mineurs, préciser le représentant légal :

NOM- Prénom Lien de parenté : n°

Situation de handicap : souhaitez-vous signaler une situation de handicap qui nécessiterait des adaptations pour le suivi de la formation ? OUI NON

Si vous répondez oui, prendre contact avec Mme PERIN Carole, référent handicap (carole.perin@chicmt.fr / 05 53 64 81 62)

Adresse initiale :

N° Rue / Lieu-dit :

Code postal : /_/_/_/_/_/ Ville : : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/

Adresse de l'élève durant les études :

Mode d'hébergement : Domicile parental Logement personnel
 Chambre chez particulier Autre

N° Rue / Lieu-dit :

Code postal : /_/_/_/_/_/ Ville : : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/

Portable : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/ Courriel :@gmail.com

(adresse à créer par vous-même lors de la constitution de ce dossier)

Obligatoire durant votre formation sous la forme suivante : nomdejeunefille.prénom2023.2024@gmail.com

N° de sécurité sociale :

/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/

Caisse d’Affiliation (CPAM, RSI, MSA ...) : Département :

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 (5 septembre 2022)

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 étudiant

financement employeur :

- 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,



INSTITUT DE FORMATION
DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

(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,



(annexe 3)

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 – 2024 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.
- 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 **Prénom :** **Date de naissance :** .. / .. /
 Odontologie **Tél. :** **Email :**
 Pharmacie **Département de naissance :** **Code postal lieu de résidence :**
 Sage-femme **Commune de naissance ou pays si né(e) à l'étranger :**
ou Institut de formation : **Année d'admission :**

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)

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.