

## Formation Aide-Soignante - Promotion 2024/2025

# DOSSIER D'INSCRIPTION D'ENTREE EN FORMATION

Aide-Soignante

**PROMOTION 2024/2025**

A imprimer en Recto / Verso et à rapporter complet  
lors de votre rendez-vous d'inscription.

Dates des demi-journées d'inscription uniquement sur rendez-vous :  
**Merci de contacter le secrétariat au 04.67.09.21.60 afin de prendre un  
rendez-vous pour votre inscription administrative**

Mardi 23 Juillet 2024 matin

Jeudi 25 Juillet 2024 matin

## Formation Aide-Soignante - Promotion 2024/2025

### Informations Pratiques :

- Une photo sera réalisée le jour de votre inscription administrative, merci d'adapter votre tenue.
- L'Institut de Formation aux Métiers de la Santé sera fermé :

Du Samedi 03 août 2024 au Dimanche 18 août 2024 inclus

- En cas de désistement, de demande d'informations, de report d'entrée en formation, d'envoi de documents ou toute autre question, merci de nous adresser un mail à l'adresse suivante :

[ifms@ch-beziers.fr](mailto:ifms@ch-beziers.fr)

- La rentrée scolaire aura lieu le 26 Aout 2024 pour la formation Aide-Soignante.
- Le règlement intérieur, le projet pédagogique et l'alternance de l'IFMS pour 2024-2025 seront mis en ligne sur notre site internet au plus tard le vendredi 23 août 2024, vous devrez en prendre connaissance pour la rentrée.

Comme indiqué dans le dossier d'inscription à la sélection, votre vaccination contre l'hépatite B doit être à jour au plus tard avant l'entrée en stage.  
En cas contraire, votre formation sera suspendue.

### **Aucun stationnement n'est autorisé dans l'enceinte de l'établissement**

ainsi que sur les parkings privés ou commerçants alentours, sous peine de mise en fourrière.

## Formation Aide-Soignante - Promotion 2024/2025

### LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR



**TOUTES LES PIÈCES DEMANDÉES SONT ATTENDUES LORS DE VOTRE INSCRIPTION ADMINISTRATIVE.**

**DANS LE CAS CONTRAIRE, VOTRE INSCRIPTION SERA CONFIRMÉE UNIQUEMENT À RÉCEPTION DE LA TOTALITÉ DES PIÈCES.**

### FICHES DU DOSSIER D'INSCRIPTION A TELECHARGER, A COMPLETER, A SIGNER ET A FOURNIR

- Fiche d'inscription (page 5 et 6)
- Fiche de renseignement de prise en charge financière de formation (page 11)
- Fiche de renseignement pour les stages (page 15)
- Certificat médical d'aptitude complété et tamponné par un **Médecin Agréé** (modèle page 9)  
*NB : les listes des médecins agréés sont disponibles sur les sites des ARS de votre Département*
- Attestation d'assurance responsabilité civile (modèle page 7)
- Fiche de renseignement pour les allègements ASHQ/Agent de service (**obligatoire pour tous**, page 13)
- Dossier du service de santé au travail, à *faire compléter et signer par votre Médecin Traitant* (page 19 à 21)

### DOCUMENTS A FOURNIR

- 2 photocopies **sur une feuille au format A4** de votre pièce d'identité avec photo, recto/verso **en cours de validité** : *Carte Nationale d'Identité ou Passeport pour les candidats français ; Carte de séjour avec la mention « Autorisé » à travailler » pour les candidats étrangers (La présence en formation est possible uniquement durant la validité du titre de séjour)*  
**Pour information, vous ne pourrez être présenter au Diplôme d'Etat sans pièce d'identité valide au moment de la diplomation, nous vous conseillons donc de faire renouveler dès maintenant votre pièce d'identité si celle-ci n'est plus valide à la date de fin de formation.**
- 1 attestation de **désinscription ou de non-inscription de Parcoursup** fournie automatiquement au candidat sur la plateforme (que vous y soyez inscrit ou pas)
- 2 copie de votre / vos diplôme(s) obtenu(s), le cas échéant (ainsi que l'attestation délivrée par le site:  
<https://diplome.gouv.fr/sanddiplome/login> confirmant la validité de votre diplôme)  
**Merci de vous présenter avec l'original de votre/vos diplômes**

## Formation Aide-Soignante - Promotion 2024/2025

**SELON VOTRE SITUATION, MERCI DE FOURNIR OBLIGATOIREMENT L'UN DES JUSTIFICATIFS SUIVANTS :**

- Un certificat de scolarité (année 2023/2024)
- Ou une « Notice d'inscription à France Travail » et un « Avis de situation » disponible sur votre espace personnel France Travail
- Ou une attestation d'accord de financement pour une autre prise en charge (employeur / OPCO / financement personnel / autre)

### LE CAS ECHEANT

- Attestation des 2 parents ou du tuteur/tutrice légal.e pour les élèves mineurs/mineurs à l'entrée en formation (page 17)
- Si vous en êtes titulaire**, 1 copie de l'Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgences Niveau 2 (AFGSU) datant de moins de 4 ans.

**AUCUNE PHOTOCOPIE NE SERA REALISEE SUR PLACE.**

## Formation Aide-Soignante - Promotion 2024/2025

### FICHE D'INSCRIPTION FORMATION AIDE-SOIGNANT.E PROMOTION 2024-2025

(MERCI D'ECRIRE LISIBLEMENT EN MAJUSCULE)  
INFORMATIONS DURANT LA SCOLARITE

Madame  Monsieur

Nom de naissance : .....

Nom d'usage : .....

Prénoms : .....

Né/née le : ..... à : ..... N°dép :  
.....

Nationalité : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Portable : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      Fixe : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Merci de créer, pour la durée de la formation, une adresse mail selon le modèle suivant :**  
[nomdenaissance.prénom.ifas@gmail.com](mailto:nomdenaissance.prénom.ifas@gmail.com) (à inscrire ci-dessous)

Email : \_\_\_\_\_ .ifas@gmail.com (ECRIRE EN MAJUSCULE)

- Avez-vous besoin d'un aménagement de temps de formation ?  Oui     Non  
**Si oui, fournir le justificatif de reconnaissance MDPH.**

## Formation Aide-Soignante - Promotion 2024/2025

### DIPLOME(S) A L'INSCRIPTION

- 
- Baccalauréat ASSP \_\_\_\_\_ Année d'obtention : \_\_\_\_\_
- Baccalauréat SAPAT \_\_\_\_\_ Année d'obtention : \_\_\_\_\_
- Diplôme d'Aide Médico-Psychologique \_\_\_\_\_ Année d'obtention : \_\_\_\_\_
- DE Auxiliaire de Puériculture \_\_\_\_\_ Année d'obtention : \_\_\_\_\_
- Diplôme d'Accompagnant Educatif et Social \_\_\_\_\_ Année d'obtention : \_\_\_\_\_
- Diplôme D'auxiliaire de Vie Sociale \_\_\_\_\_ Année d'obtention : \_\_\_\_\_
- Titre Professionnel d'Assistant de Vie aux Familles \_\_\_\_\_ Année d'obtention : \_\_\_\_\_
- Titre professionnel d'Agent de Service Médico-Social \_\_\_\_\_ Année d'obtention : \_\_\_\_\_
- Diplôme d'Ambulancier \_\_\_\_\_ Année d'obtention : \_\_\_\_\_
- Diplôme d'Assistant de Régulation Médicale \_\_\_\_\_ Année d'obtention : \_\_\_\_\_
- 
- Autre diplôme niveau IV (à préciser) : \_\_\_\_\_ Année d'obtention : \_\_\_\_\_
- Diplôme sanitaire et social niveau V : \_\_\_\_\_ Année d'obtention : \_\_\_\_\_
- Mention complémentaire d'aide à domicile \_\_\_\_\_ Année d'obtention : \_\_\_\_\_
- Candidat inscrit en terminale : Série : \_\_\_\_\_ Année d'obtention : 2024
- Baccalauréat : Série : \_\_\_\_\_ Année d'obtention : \_\_\_\_\_
- Année d'obtention : \_\_\_\_\_ Année d'obtention : \_\_\_\_\_
- Autres (à préciser) : \_\_\_\_\_ Année d'obtention : \_\_\_\_\_
- Sans diplôme

### PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

---

Nom et Prénoms Personne 1 : .....

Lien (père / mère / conjoint / autre à préciser) : .....

Adresse : .....

.....

Code Postal : ..... Ville : .....

Portable : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      Fixe : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nom et Prénoms Personne 2 : .....

Lien (père / mère / conjoint / autre à préciser) : .....

Adresse : .....

.....

Code Postal : ..... Ville : .....

Portable : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      Fixe : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## Formation Aide-Soignante - Promotion 2024/2025

### ATTESTATION DE RESPONSABILITE CIVILE (MODELE)

Je soussigné Société .....  
(Nom de la Compagnie d'assurance) atteste que M. / Mme. (NOM et Prénoms de l'assuré/assurée)  
.....  
est assuré/assurée dans le cadre de ses études d'Aide-Soignante et ce durant l'année scolaire  
2024/2025 tant lors **des stages** que des :

- Trajets occasionnés par ceux-ci ;
- Accidents corporels causés aux tiers ;
- Accidents matériels causés aux tiers ;
- Dommages immatériels.

Nom du contrat d'assurance  
.....

Numéro de contrat  
.....

Fait à  
.....

Le  
.....

Cachet et signature de la Compagnie  
d'Assurance

## Formation Aide-Soignante - Promotion 2024/2025

# NE RIEN INSCRIRE SUR CETTE PAGE

## Formation Aide-Soignante - Promotion 2024/2025

### CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE

Je, soussigné/soussignée Docteur/Docteure....., **médecin agréé** du département de .....atteste que M..... ne présente pas de contre-indication physique ou psychologique à l'exercice de la profession d'**Aide-Soignante**.

Fait à .....  
Le .....

Signature et cachet du Médecin Agréé

## Formation Aide-Soignante - Promotion 2024/2025

# NE RIEN INSCRIRE SUR CETTE PAGE

## Formation Aide-Soignante - Promotion 2024/2025

### Fiche de renseignements de prise en charge financière de la Formation AS Promotion 2024-2025

Nom de naissance : ..... Nom d'usage : .....  
Prénoms : .....  
N° de sécurité sociale : .....

#### CURSUS

- Complet  
 Allègement diplôme : ..... Année : .....  
 ASH.Q/Agent de service  
 Apprentissage  
 Diplôme le plus élevé ..... Année : ..... Niveau : .....

#### STATUT EN ENTREE EN FORMATION

- Poursuite de Scolarité  
 Demandeur d'emploi  
     o Date d'inscription : ...../...../.....  
     o N° identifiant France Travail : .....  
     o **Indemnisation : oui  non**   
 Salarié.e en CDI ou Fonctionnaire en activité  
 Salarié.e en CDI ou Congé sans solde ou fonctionnaire en disponibilité  
 Contractuel, CDD en activité  
 Contractuel, CDD en congé sans solde  
 CDI, CDD en congé parental  
 Autres : .....

#### FORMATION PRISE EN CHARGE PAR

- La Région  
 Employeur / OPCO  
     o Nom : .....  
     o Adresse : .....  
     o Téléphone : .....  
     o Personne de contact au RH : .....  
     o Adresse mail RH, service formation (OBLIGATOIRE)  
 Financement personnel (chèque)  
     o Montant : .....

#### **CADRE RESERVE A L'IFMS**

- Kairos  
 Bourses o Oui / Non  
 PPH o CHB / CH .....  
 Transition Pro  
 OPCO .....  
 Autres .....  
 Financement personnel

Le signataire atteste la sincérité de tous les renseignements portés sur le présent document et s'engage à informer l'IFMS de tout changement.

Fait à : .....  
 Le : .....  
 Signature :

## Formation Aide-Soignante - Promotion 2024/2025

# NE RIEN INSCRIRE SUR CETTE PAGE

## Formation Aide-Soignante - Promotion 2024/2025

### Allègement ASHQ

Nom de Naissance : .....

Nom d'usage : .....

Prénoms : .....

Dans le cadre des allègements de formation, conformément à l'article 15 du chapitre 3 de l'arrêté du 10 juin 2021, relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'aide-soignant, vous pouvez bénéficier d'un allègement de votre parcours et formation.

« *art15-les agents des services hospitaliers qualifiés de la fonction publique hospitalière et les agents de service mentionnés au 2° de l'article 11 de l'arrêté du 7 avril 2020 modifié susvisé sont dispensés de la réalisation d'une période de stage de cinq semaine mentionnée à l'article 3 du présent arrêté.* »

« *2° les agents des services hospitaliers qualifiés de la fonction publique hospitalière et les agents de service justifiant à la fois du suivi de formation continue de soixante-dix heures relative à la participation aux soins d'hygiène, de confort et de bien-être de la personne âgée et d'une ancienneté de services cumulée d'au moins six mois en équivalent temps plein, effectués au sein d'un ou plusieurs établissement sanitaire et médico-sociaux des secteurs public et privé ou dans des services d'accompagnement et d'aide au domicile des personnes.* »

Je confirme avoir suivi la formation de 70 heures pour les ASHQ/ASH/agent de service, **avant août 2022** et avoir au minimum 6 mois d'ancienneté dans une structure de soins\*

durée d'exercice : .....

Lieu d'exercice : .....

Non concerné

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations.

Date : ...../...../.....

Signature :

**\* joindre obligatoirement l'attestation de formation des 70 heures**

## Formation Aide-Soignante - Promotion 2024/2025

# NE RIEN INSCRIRE SUR CETTE PAGE

## Formation Aide-Soignante - Promotion 2024/2025

### Fiche de renseignements pour les stages AS 2024-2025

Nom de naissance : .....

Nom d'usage : .....

Prénoms:.....

Adresse à l'inscription : .....

Adresse durant la formation : .....

Afin de construire un parcours de stage favorisant au mieux votre formation, merci de compléter le tableau ci-dessous (**expérience professionnelle/stage dans le domaine sanitaire et/ou social et/ou médico-social d'au moins 3 mois**) :

Profession	Etablissement	Service	Temps d'exercice (mois et année)
Exemple : AS	Centre Hospitalier de Béziers	Urgences	3 ans et 4 mois

Les stages sont :

- Organisés et planifiés par l'IFMS,
- S'effectuent sur l'Hérault et les départements limitrophes, **Vous devez donc être autonome dans vos déplacements,**
- Les horaires correspondent aux horaires de service (matin, soir, nuit, coupé, week-end ...). **Vous devez donc vous rendre disponible sur les horaires organisés par le service,**

**Je soussigné, atteste avoir pris connaissance des informations relatives aux stages et m'engage à être autonome lors de ma formation, tant pour venir en cours que pour me rendre sur mes lieux de stage. J'atteste de la véracité de la complétude de ce document.**

Fait à : .....

Le : .....

Signature :

## Formation Aide-Soignante - Promotion 2024/2025

# NE RIEN INSCRIRE SUR CETTE PAGE

## Formation Aide-Soignante - Promotion 2024/2025

### ATTESTATION DES PARENTS / TUTEUR LEGAL POUR UN ELEVE MINEUR LE JOUR DE LA RENTREE

Nom et Prénom de l'élève : .....

Nous soussignés :

Le père : ..... Nom .....

Prénom .....

Adresse postale : .....

Numéro de téléphone : .....

La mère : Nom ..... Prénom .....

Adresse postale : .....

Numéro de téléphone : .....

Le tuteur/tutrice légal (le cas échéant) :

Nom Prénom .....

Adresse postale : .....

Numéro de téléphone : .....

- Donnons notre accord pour que notre enfant, mineur le jour de la rentrée, reçoive les vaccinations obligatoires à son affectation sur les terrains de stages hospitaliers ;
- Autorisons la Direction de l'IFMS à déclencher la prise en charge médicale immédiate de notre enfant, mineur le jour de la rentrée, en cas d'accident du travail et/ou en cas d'urgence ;
- Attestons que notre enfant, mineur le jour de la rentrée, sera autonome pour effectuer ses stages qui se situent sur l'ensemble de la Région (ex. Languedoc Roussillon) dont les horaires de début et fin de journée de stage peuvent être variables et peuvent se dérouler sur les 7 jours de la semaine.

Fait à : .....

Le : .....

Le père

Signature

Fait à : .....

Le : .....

La mère

Signature

Fait à : .....

Le : .....

Le tuteur/tutrice légal (le cas échéant)

Signature

## Formation Aide-Soignante - Promotion 2024/2025

# NE RIEN INSCRIRE SUR CETTE PAGE

## Formation Aide-Soignante - Promotion 2024/2025

# PARTIE A RESTITUER POUR LE SERVICE DE SANTE AU TRAVAIL

Pour tous renseignements vous pouvez nous joindre au **Service de Santé au Travail** :

- 04 67 35 74 29 Section infirmière
- 04 67 35 78 69 Section Aide-Soignante

## DOSSIER SERVICE DE SANTE AU TRAVAIL ELEVES AS ET AP – ETUDIANTS IDE

*Merci de consulter dès à présent votre médecin traitant avec ce document, pour mise à jour des vaccinations.*

*LE PASSEPORT MEDICAL (page 20) est à faire remplir par votre médecin traitant.*

Le jour de l'inscription à l'IFMS, merci d'apporter :

- La **fiche de renseignements** remplie (page 19)
- Le **PASSEPORT MEDICAL** complété par **votre Médecin Traitant** (page 20)
- Les photocopies des **pages vaccinations** et la photocopie de la **page Maladies Infantiles** du carnet de santé
- Les résultats de la **sérologie complète de l'Hépatite B** (prise de sang à faire)

Pour tous renseignements vous pouvez joindre le **Service de Santé au Travail** :

- 04 67 35 70 13 Secrétariat
- 04 67 35 74 29 Section infirmière (Infirmière Vanessa STERN)
- 04 67 35 78 69 Section Aide-Soignante ou Auxiliaire de Puériculture (Infirmière Corinne BERTIGNON)

## Formation Aide-Soignant.e - Promotion 2023/2024

### FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Nom (de naissance) : .....

Nom d'usage : .....

Prénoms : .....

Sexe : Femme  Homme

Né(e) le : .....

Ville : ..... N° Dép : .....

Pays : .....

Nationalité : .....

Célibataire  Concubinage  Séparé.e  Divorcé.e  Marié.e  Veuf / Veuve

Adresse durant votre scolarité :

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

Téléphone : .....

Mail : .....

Numéro de sécurité Sociale : .....

Enfants : (Nom, Prénom, Date de naissance)

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

Avez-vous une Reconnaissance Travailleur Handicapé – **RQTH** ? oui  non

Si oui du ..... au .....

Rentrée en **Promotion Professionnelle Hospitalière** ? oui  non

Si oui, Employeur

.....

Section d'étude :  **Auxiliaire de Puériculture 2024-2025**

**Aide-Soignant.e 2024-2025**

**Infirmière 2024-2027**

## Formation Aide-Soignant.e - Promotion 2023/2024

# PASSEPORT MEDICAL

(à faire remplir par votre Médecin Traitant)

Nom de naissance : .....

Nom d'usage : .....

Prénoms : .....

Date de Naissance : .....

Section :  Auxiliaire de Puériculture

Aide-Soignant.e

Infirmière

<p style="text-align: center;"><b>La vaccination Hépatite B</b> <b>(OBLIGATOIRE)</b> 3 injections sont <b>nécessaires et une immunisation obligatoire avant le départ</b> en stage Art L3111-4 du CSP</p>	<p>1<sup>ère</sup> injection, date : .....</p> <p>2<sup>ème</sup> injection, date : .....</p> <p>3<sup>ème</sup> injection, date : .....</p> <p>Injection(s) supplémentaire(s) : .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p><b>Sérologie de l'Hépatite B</b> <b>(OBLIGATOIRE)</b> Faire la sérologie de l'hépatite B après la 3<sup>ème</sup> injection (attendre au moins 6 semaines après cette 3<sup>ème</sup> injection)</p>	<p>Sérologies, date : .....</p> <p>Résultats :</p> <p>Ag HBS : .....</p> <p>Ac anti-HBS : .....</p> <p>Ac anti-HBC : .....</p>
<p>Rappel <b>DTP</b> ou <b>DTPC</b> (si rappel à faire, privilégier le DTPC)</p>	<p>Date : .....</p> <p>Nom du vaccin : .....</p>
<p>La <b>vaccination BCG</b> n'est plus obligatoire (décret n°2019-149 du 27/02/2019). Merci de noter la date en cas de vaccination</p>	<p><b>Date BCG :</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p><b>Tubertest</b> ou <b>IDR</b> datant de <b>moins de 3 mois</b> (si négatif, ne pas refaire de BCG)</p>	<p><b>Date tubertest :</b></p> <p>.....</p> <p><b>Résultat (en mm) :</b></p> <p>.....</p>
<p><b>ROR</b> (vaccination recommandée) Nécessaire pour l'aptitude en pédiatrie, maternité et crèche</p>	<p><b>Date ROR</b></p> <p>1<sup>ère</sup> injection : .....</p> <p>2<sup>ème</sup> injection : .....</p> <p><b>Contre-indication en cas de grossesse</b></p>
<p><b>Maladies infantiles</b> contractées (noter la date si connue)</p>	<p><b>Varicelle</b> : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non ; Date : .....</p> <p><b>Rougeole</b> : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non ; Date : .....</p> <p><b>Rubéole</b> : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non ; Date : .....</p> <p><b>Oreillons</b> : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non ; Date : .....</p>

Cachet et signature du Médecin Traitant :