

Dossier d'inscription à l'entrée en Formation Auxiliaire de Puériculture Promotion 2025-2026

Inscription sur RDV, veuillez contacter le secrétariat, le dossier sera à rapporter complet et conforme pour validation de votre inscription.

Dates inscriptions :
21/07/2025
22/07/2025

Nous contacter :

IFMS du CHB
21 boulevard Kennedy
34 500 BEZIER

Tél : 04 67 09 21 60

Mail : ifms@ch-beziers.fr
Site : www.ifsibeziens.fr

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 04/08/2025 au 17/08/2025 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
- La rentrée scolaire aura lieu le 25 Aout 2025 pour la formation Auxiliaire de Puériculture.
- Le règlement intérieur, le projet pédagogique et le déroulé calendaire de l'IFMS pour 2025-2026 seront mis en ligne sur notre site internet au plus tard le vendredi 22 août 2025, vous devrez en prendre connaissances 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.

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 À TÉLÉCHARGER, À COMPLÉTER, À SIGNER ET À 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 13)
- Certificat médical d'aptitude complété, signé 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)
- Dossier du service de santé au travail, à *faire compléter et signer par votre Médecin Traitant* (page 17 à 19)

DOCUMENTS À 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 présenté 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 copies 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
- Attestation d'honorabilité** obligatoire pour travailler ou réaliser un stage auprès de mineurs. Cette attestation est accessible depuis une plateforme via France Connect ou sur le site du ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles, dans un délai d'environ 3 semaines. Elle doit dater de moins de 6 mois.

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

- Un certificat de scolarité (année 2024/2025)
- 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/légale pour les élèves mineures/mineurs à l'entrée en formation (page 15)
- 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.

FICHE D'INSCRIPTION FORMATION Auxiliaire de Puériculture PROMOTION 2025-2026

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

Madame Monsieur

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénoms :

Né.e le : à : N°dép :

Nationalité :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Numéro de Plaque d'immatriculation :

Portable : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ Fixe : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

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

Email : _____[.ifap@gmail.com](mailto:_____ifap@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.

DIPLOME(S) A L'INSCRIPTION

-
-
- Baccalauréat ASSP _____ Année d'obtention : _____
- Baccalauréat SAPAT _____ Année d'obtention : _____
- CAP AEPE _____ Année d'obtention : _____
- DE Aide-soignant _____ 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

Titulaire de l'AFGSU de niveau II : non oui, date :

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom et Prénom Personne 1 :

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

Adresse :

.....

Code Postal : Ville :

Portable : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ Fixe : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Nom et Prénom Personne 2 :

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

Adresse :

.....

Code Postal : Ville :

Portable : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ Fixe : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

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'Auxiliaire de puériculture 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** ;
- Dommmages immatériels.**

Nom du contrat d'assurance
.....

Numéro de contrat
.....

Fait à
.....

Le
.....

Cachet et signature de la Compagnie
d'Assurance

En l'absence de ces mentions, votre Responsabilité Civile ne pourra être acceptée. Nous vous prions donc de vous présenter, le jour de l'inscription, muni(e) d'une attestation d'assurance les incluant explicitement

NE RIEN INSCRIRE SUR
CETTE PAGE

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE

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

Fait à

.....

Le

.....

Signature et cachet du Médecin Agréé

**NE RIEN INSCRIRE SUR
CETTE PAGE**

Fiche de renseignements de prise en charge financière de la Formation AP Promotion 2025-2026

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

CURSUS

- Complet
- Allègement diplôme : Année :
- 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 :

NE RIEN INSCRIRE SUR
CETTE PAGE

Fiche de renseignements pour les stages AP 2025-2026

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 :

NE RIEN INSCRIRE SUR
CETTE PAGE

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 :

- Acceptons que notre enfant, mineur le jour de la rentrée, effectue les vaccinations obligatoires (cf. se rapporter au passeport médical p.17-19) ;
- 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

**NE RIEN INSCRIRE SUR
CETTE PAGE**

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 Auxiliaire de Puériculture

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 18)
- Le **PASSEPORT MEDICAL** complété par **votre Médecin Traitant** (page 19)
- 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 Auxiliaire de Puériculture - Promotion 2025-2026

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 2025-2026**

Aide-Soignant.e 2025-2026

Infirmière 2025-2028

21 Boulevard du Président Kennedy – 34 500 BEZIERS

Tel : 04 67 09 21 60 – Fax : 04 67 09 21 63

Mail : ifms@ch-beziers.fr – Site : www.ifsibeziers.com

Formation Auxiliaire de Puériculture - Promotion 2025-2026

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>La vaccination Hépatite B (OBLIGATOIRE) 3 injections sont nécessaires et une immunisation obligatoire avant le départ en stage , art L 3111-4 du CSP</p>	<p>1^{ère} injection, date : 2^{ème} injection, date : 3^{ème} injection, date : Injection(s) supplémentaire(s) :</p>
<p>Sérologie de l'Hépatite B (OBLIGATOIRE) Faire la sérologie de l'hépatite B après la 3^{ème} injection (attendre au moins 6 semaines après cette 3^{ème} injection)</p>	<p>Sérologies, date : Résultats : Ag HBS : Ac anti-HBS : Ac anti-HBC :</p>
<p>Rappel DTP ou DTPC (si rappel à faire, privilégier le DTPC)</p>	<p>Date : Nom du vaccin :</p>
<p>La vaccination BCG n'est plus obligatoire (décret n°2019-149 du 27/02/2019). Merci de noter la date en cas de vaccination</p>	<p>Date BCG : </p>
<p>Tubertest ou IDR datant de moins de 3 mois (si négatif, ne pas refaire de BCG)</p>	<p>Date tubertest : Résultat (en mm) : </p>
<p>ROR (vaccination recommandée) Nécessaire pour l'aptitude en pédiatrie, maternité et crèche</p>	<p>Date ROR 1^{ère} injection : 2^{ème} injection : Contre-indication en cas de grossesse</p>
<p>Maladies infantiles contractées (noter la date si connue)</p>	<p>Varicelle : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non ; Date : Rougeole : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non ; Date : Rubéole : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non ; Date : Oreillons : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non ; Date :</p>

Date, cachet et signature du Médecin Traitant :/...../2025