

DOSSIER D'INSCRIPTION EN FORMATION
Aide-Soignant.e
PROMOTION 2023/2024

Dossier ***à imprimer en Recto / Verso*** et à rapporter complet lors de votre inscription.

Les journées d'inscription pour les AS seront le 25 et le 26 juillet 2023, une convocation par mail vous sera envoyé.

Informations Pratiques :

- L'Institut de Formation aux Métiers de la Santé sera fermé :
du Samedi 29 juillet 2023 au Dimanche 20 Aout 2023 inclus.
- En cas de désistement, de demande de report d'entrée en formation, de demandes d'informations, d'envoi de documents ou toute autre question, merci de nous envoyer un mail à l'adresse suivante :
ifsi@ch-beziers.fr
- La rentrée scolaire aura lieu le 28 Aout 2023 pour la formation Aide-Soignant.e.
- Le règlement intérieur, le projet pédagogique et l'alternance de l'IFMS pour 2023-2024 seront mis en ligne sur notre site internet au plus tard le vendredi 28 juillet 2023, vous devrez en prendre connaissances pour la rentrée.

**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 DEVRONT ÊTRE FOURNIES
LORS DU RENDEZ-VOUS POUR VOTRE INSCRIPTION.**

**DANS LE CAS CONTRAIRE VOTRE INSCRIPTION NE POURRA ÊTRE
FINALISÉE**

Pour votre dossier Administratif :

- La « Fiche d'inscription » (page 5 et 6)
- 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 « Autoriser à travailler » pour les candidats étrangers*
Pour information, votre pièce d'identité devra être valide au moment de votre présentation au Diplôme d'Etat, nous vous demandons donc de faire renouveler dès maintenant votre pièce d'identité si celle-ci n'est plus valide.
- 1 attestation d'assurance responsabilité civile. L'attestation doit mentionner « la couverture des accidents matériels et corporels causés aux tiers, les dommages immatériels tant lors des stages que des trajets occasionnés par celui-ci » (modèle page 7)
- Le « Certificat médical d'aptitude », complété par un Médecin Agréé avec le tampon du praticien. (Sans ces éléments, le certificat ne sera pas recevable). (Page 9)
Pour trouver la liste des médecins agréés, merci de vous rendre sur le site de l'ARS de votre Département ou sur le lien en dessous du dossier d'inscription.
- La « Fiche de renseignement pour les stages » (page 15)
- 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 pour vérification

- Le cas échéant**, Le « Document spécifique aux mineurs » (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.

Pour votre dossier Financier :

- La « Fiche de renseignement de prise en charge financière de formation » (page 11)
- La fiche de renseignement pour les allègements ASHQ/Agent de service (obligatoire pour tous, page13)

Selon votre situation, merci de fournir l'un des justificatifs suivants (**Obligatoire**):

- Un certificat de scolarité (année 2022/2023)
- Ou une « Notice d'inscription à Pôle Emploi » et un « Avis de situation » disponible sur votre espace personnel Pôle Emploi
- Ou une attestation d'accord de financement pour une autre prise en charge (employeur / OPCO / financement personnel / autre)

Autres documents à fournir pour votre inscription :

- Le dossier complété et signé par votre Médecin Traitant à l'attention du Service de Santé au Travail (page 19 à 22)

AUCUNE PHOTOCOPIE NE SERA REALISEE SUR PLACE.

Pour information :

La formation peut être accessible sous certaines conditions **à l'apprentissage**.

Contact pour plus d'informations :

CFA Sanitaire et Social

44 avenue Saint-Lazare
34000 MONTPELLIER
04.67.69.04.36

CFA de l'Hospitalisation Privée

288, Rue Hélène Boucher
34 174 CASTELNAU LE LEZ Cedex
04.99.51.22.30

**FICHE D'INSCRIPTION FORMATION AIDE-SOIGNANT.E PROMOTION
2023-2024**

(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 :

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

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

Email : _____[.ifas@gmail.com](mailto:_____ifas@gmail.com) (ECRIRE EN MAJUSCULE)

- Permis de conduire : Oui Non En cours
 - 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 :
 - 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 : 2023
 - 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 : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

**ATTESTATION DE RESPONSABILITE CIVILE
(MODELE)**

Je soussigné Société
(Nom de la Compagnie d'assurance) atteste que M. / Mme. (NOM et Prénoms de l'assuré.e)

.....
est assuré.e dans le cadre de ses études d'Aide-Soignant.e et ce durant l'année scolaire 2023/2024
tant lors **des stages** que **des trajets** occasionnées par celui-ci. L'assuré.e est également couvert.e
dans le cadre des :

- 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-Soignant.e Promotion 2023/2024



Institut de Formation aux Métiers de la Santé du Centre Hospitalier de Béziers
21 Boulevard du Président Kennedy – 34 500 BEZIERS
Tel : 04 67 09 21 60 – Fax : 04 67 09 21 63
Mail : ifsi@ch-beziers.fr – Site : www.ifsibeziere.com

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE

Je, soussigné.e Docteur,
médecin agréé du département deatteste que
M.....
ne présente pas de contre-indication physique ou psychologique à l'exercice de la
profession **d'Aide-Soignant.e**.

Fait à

.....

Le

.....

Signature et cachet du Médecin Agréé



Formation Aide-Soignant.e Promotion 2023/2024



Institut de Formation aux Métiers de la Santé du Centre Hospitalier de Béziers
21 Boulevard du Président Kennedy – 34 500 BEZIERS
Tel : 04 67 09 21 60 – Fax : 04 67 09 21 63
Mail : ifsi@ch-beziers.fr – Site : www.ifsibeziers.com

Fiche de renseignements de prise en charge financière de la Formation AS Promotion 2023-2024

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 Pôle Emploi :
 - 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-Soignant.e Promotion 2023/2024



Institut de Formation aux Métiers de la Santé du Centre Hospitalier de Béziers
21 Boulevard du Président Kennedy – 34 500 BEZIERS
Tel : 04 67 09 21 60 – Fax : 04 67 09 21 63
Mail : ifsi@ch-beziers.fr – Site : www.ifsibeziere.com

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 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-Soignant.e

Promotion 2023/2024

Fiche de renseignements pour les stages AS 2023-2024

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-Soignant.e Promotion 2023/2024

A remplir uniquement pour les personnes mineures le jour de la rentrée

Madame, Monsieur,

Vous allez vous inscrire dans notre Institut de Formation et vous serez mineur.e le jour de la rentrée scolaire.

Vous devrez pour le jour des inscriptions être muni.e :

- D'une autorisation de vos parents ou de votre tuteur légal précisant leur accord pour que vous puissiez recevoir les vaccinations obligatoires à votre affectation dans les terrains de stages hospitaliers ;
- D'une autorisation de vos parents ou de votre tuteur légal autorisant la Direction de l'IFMS à déclencher votre prise en charge médicale immédiate :
 - En cas d'accident du travail
 - En cas d'urgence
- D'une attestation de vos parents ou de votre tuteur légal attestant que vous serez autonome pour effectuer vos 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 très variables et qui peuvent se dérouler sur les 7 jours de la semaine.

Ces autorisations doivent comporter l'identité complète de vos deux parents ou de votre tuteur légal, leur adresse précise et leur téléphone afin de faciliter les contacts que nous pourrions avoir à établir en urgence.

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

Le Secrétariat

Formation Aide-Soignant.e Promotion 2023/2024

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)

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 2023-2024**

Aide-Soignant.e 2023-2024

Infirmière 2023-2026

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 L3111-4 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>

Cachet et signature du Médecin Traitant :