



Lavaur, le 20 Octobre 2023

OBJET : Rentrée en IFAS le Lundi 8 Janvier 2024

Madame, Monsieur,

Vous avez confirmé votre intention d'entreprendre vos études à l'IFAS de Lavaur. Félicitations et bienvenue dans notre établissement.

Vous devez à présent, effectuer votre inscription administrative dans notre établissement, en renvoyant le dossier d'inscription, par mail, par courrier postal à l'adresse suivante : Centre Philippe Pinel- Route de Toulouse- 81500 LAVAUR, ou, en le déposant dans la boîte aux lettres de l'IFAS de Lavaur.

DELAI D'INSCRIPTION :
A COMPTER DE CE COURRIER,
VOUS AVEZ JUSQU'AU 13 NOVEMBRE 2023

Rentrée de la promotion 2023 : **Lundi 8 Janvier 2024 à 8h30**

Une matinée de pré rentrée aura lieu le **lundi 4 décembre 2023**

⇒ Sous réserve de modification, vérifier votre boîte mail.

 **Attention, TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA REJETE. Tous les documents demandés sont obligatoires, aucune entrée en formation ne sera autorisée, si votre dossier est incomplet, Aucun certificat de scolarité ne pourra être délivré.**

A réception de votre dossier le secrétariat vous adressera un mail pour accuser réception de celui-ci.

Soyez assuré (e), Madame, Monsieur, de ma considération la plus parfaite.

La Directrice des Soins,
Coordonnatrice Générale du GCS des Instituts
de Formation aux Métiers de la Santé d'Albi,
IFSI et IFAS,

Catherine MULLER

DOSSIER D'INSCRIPTION A L'ENTREE EN FORMATION AIDE SOIGNANT 2024 - IFAS LAVAUUR

NOM DE NAISSANCE	Prénom(s)	NOM D'USAGE

Je confirme mon entrée en formation aide-soignant

Je demande un report de formation → fournir une attestation de demande de report.
Article 13 nouveau du référentiel de formation profession AS du 7 avril 2020 (modifié par les arrêtés du 12 avril 2021 et du 10 juin 2021)

VAE	Unités de formation validées en VAE	
	Unités de formation à réaliser en formation	
	Date 1 ^{ère} présentation 1 ^{er} jury plénier	

LISTE DE DOCUMENTS A FOURNIR

ADMINISTRATIF	RÉSERVÉ A L'IFAS	
	COMPLET	A COMPLETER
FICHE 1 : Administrative - complétée		
2 photocopies de la carte d'identité ou du passeport ou de la carte de séjour en cours de validité		
1 photo d'identité (nom et prénom au dos de la photo)		
1 justificatif de votre lieu d'habitation pendant les études (quittance loyer, EDF...)		
1 demande d'aménagement des épreuves pour les apprenants en situation de handicap		
FICHE 2 : Pédagogique - complétée		

SANTE	COMPLET	A COMPLETER
1 Certificat médical établi par un médecin agréé (*) attestant que le candidat ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession d'aide-soignante (*) La liste des médecins agréés est détenue par l'A.R.S. du département de résidence (à consulter sur internet : « médecins agréés sur département de résidence »).		
FICHE 3 : Certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation d'immunisation en vigueur, fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France.		

ASSURANCE	COMPLET	A COMPLETER
Couverture sociale		
1 photocopie de l'attestation de droit sur laquelle figure votre nom		
Assurance personnelle		
FICHE 4 : Modèle d'attestation 1 attestation « responsabilité civile et risques professionnels » libellée au nom de l'apprenant, pour l'ensemble des risques suivants qui pourraient survenir tant lors des stages en établissement de santé, que lors des trajets occasionnés par ceux-ci : Accidents corporels causés aux tiers/Accidents matériels causés aux tiers/Dommages matériels Pour la période du 8 Janvier au 6 Décembre 2024.		
FICHE 5 : Information bourse		
FICHE 6 : Information prise en charge FPC		



FICHE 1 : ADMINISTRATIVE ANNEE 2024

IDENTITÉ

NOM :

Prénom

NOM d'usage

Date de naissance : Lieu de naissance : Dpt :

Nationalité :

N° sécurité sociale (ou n° INSEE) : - - - - - (13 chiffres + clé)

J'autorise le service organisateur, la DREETS à publier mes Nom et Prénom sur internet dans le cadre de la diffusion des résultats :

Oui

Non

ADRESSE POSTALE

N°, rue, libellé voie... :

Code Postal : Ville :

N° de téléphone Portable : N° de téléphone Fixe :

Adresse mail :

ADRESSE POSTALE DE RESIDENCE PENDANT VOS ETUDES A L'IFAS (si différente)

N°, rue, libellé voie... :

Code Postal : Ville :

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom – Prénom :Lien :

Téléphone :Mail :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARENTS (pour les apprenants mineurs)

Nom et prénom du père :

N° de téléphone : Adresse mail :

Nom et prénom de la mère :

N° de téléphone : Adresse mail :

NIVEAU D'ÉTUDE - DIPLÔME – TITRE

NIVEAU D'ETUDES INTITULÉ DIPLÔMES ou TITRES	Série	Année	Obtention diplôme ou titre	
			OUI	NON

FORMATIONS SUIVIES Merci de compléter ce tableau avec précisions

INTITULÉ DE LA FORMATION	Année	Obtention diplôme	
		OUI	NON

SITUATION PROFESSIONNELLE AVANT L'ENTREE EN FORMATION

A. J'occupe un emploi actuellement : OUI NON

Précisez l'emploi occupé : _____

Je suis salarié(e) sous contrat à durée déterminée : OUI NON

Date début : _____ Date fin : _____

Je suis salarié(e) sous contrat à durée indéterminée OUI NON

Avez-vous demandé un congé individuel de formation OUI NON

Nom de l'organisme : _____

B. Je suis inscrit(e) au Pôle Emploi : OUI NON

Date de votre dernière inscription _____ N° identifiant Pôle Emploi _____

C. Je vais m'inscrire au Pôle Emploi : OUI NON

J'ai des droits ouverts au Pôle Emploi OUI NON

Du _____ au _____

Type d'allocation : _____

D. Personne sans emploi, non inscrite au Pôle Emploi, non indemnisée par le Pôle Emploi :

OUI NON

FORMATION INITIALE – POURSUITE DE SCOLARITE

→ **Prise en charge des frais de scolarité par la région**

Néo-bachelier (bac en 2023 donc poursuite d'études)

Etes-vous demandeur de bourses

→ *Fiche 5 : Information bourses*

Demandeur d'emploi

Numéro identifiant : _____ Date d'inscription à Pôle Emploi : _____

Ouverture des droits : _____ Durée de l'indemnisation : _____

Salarié rémunéré pendant la formation

Coordonnées de l'employeur et Nom du contact : _____

Adresse postale : _____

Adresse mail : _____ Téléphone : _____

- Fonctionnaire en activité Fonctionnaire en disponibilité
 Salarié (CDI ou CDD en congés parental)* Contractuel (CDD) en activité*
*Secteur médico-social Autre Préciser : _____
 Contractuel (CDD) en congé sans solde
Percevrez-vous une rémunération pendant la formation OUI NON En cours

Prise en charge de la formation : Coût pédagogique = 7100 €

- AUTOFINANCEMENT
 EMPLOYEUR OPCO AUTRE préciser :

Préciser l'organisme ou la Structure qui finance la formation → **Fiche 6** : Attestation de prise en charge de l'organisme ou de la structure qui finance la formation à défaut d'autofinancement.

Coordonnées employeurs ou OPCO Nom du contact

Coordonnées employeurs ou OPCO et Nom du contact : _____

Adresse postale : _____

Adresse mail : _____ Téléphone : _____

La convention doit être établie et signée avec l'IFAS et/ou l'organisme et l'apprenant avant l'entrée en formation. Votre entrée en formation est subordonnée à la signature de la convention.

- Demandeur d'emploi → **Prise en charge des frais de scolarité par la région**

Numéro identifiant : _____ Date d'inscription à Pôle Emploi : _____

Ouverture des droits : _____ Durée de l'indemnisation : _____



FICHE 2 : PEDAGOGIQUE

Cette fiche a pour objectif de mieux vous connaître et de permettre à l'équipe pédagogique d'établir votre parcours de stage.

1. IDENTITE

NOM DE NAISSANCE : _____ NOM D'USAGE : _____

Prénom(s) : _____

Date de naissance : _____ Âge : _____

Aménagement d'épreuves OUI NON si oui, fournir un justificatif de la MDPH

2. SITUATION DE FAMILLE

Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Concubinage Veuf /veuve Divorcé(e)

Nombre d'Enfants : _____ Âges enfants : _____

3. ADRESSE POSTALE

N°, rue, libellé voie... : _____

Code Postal : _____ Commune : _____

Téléphone Portable : _____ Téléphone fixe : _____

Adresse Mail _____ @ _____

ADRESSE POSTALE DE RESIDENCE PENDANT VOS ÉTUDES A L'IFAS (si différente)

N°, rue, libellé voie... : _____

Code Postal : _____ Commune : _____

Téléphone Portable : _____ Téléphone fixe : _____

Adresse Mail _____ @ _____

Recherches en cours Lieu souhaité : _____

4. MOBILITÉ

Mobilité indispensable

Permis voiture : OUI NON. Si passage en cours, préciser date du passage de l'examen : _____

Véhicule : OUI NON.

5. DIPLÔME(S) EN DEHORS DU DOMAINE SANITAIRE OU MEDICO-SOCIAL

Diplôme		Date obtention	
Diplôme		Date obtention	

6. DIPLÔME DANS LE DOMAINE DU SANITAIRE OU MEDICO-SOCIAL

Diplôme		Date obtention	
Diplôme		Date obtention	

7. AFGSU de niveau 2

Etes-vous titulaire de l'AFGSU de niveau 2 : OUI NON Si oui : Date obtention : _____

Joindre la photocopie certifiée conforme.

8. VOTRE PARCOURS PROFESSIONNEL – HORS SECTEUR SANITAIRE OU MEDICO-SOCIAL

Fonction	Etablissement - Ville	Date	Durée (mois/années)

9. VOTRE PARCOURS PROFESSIONNEL – EN SECTEUR SANITAIRE OU MEDICO-SOCIAL

Fonction (ASH – FFAS...)	Structure - Ville	Service	Date	Durée (mois/années)

10. PARCOURS DE STAGE - EN SECTEUR SANITAIRE OU MEDICO- SOCIAL

STAGE qualité (BAC PRO, BEP, Prépa, Pôle emploi...)	Structure - Ville	Service	Date	Durée (mois/années)

11. PARCOURS DE STAGE - EN SECTEUR SANITAIRE OU MEDICO- SOCIAL

Votre parcours de stage est réalisé en fonction de vos expériences et dans le respect du référentiel de formation. Les stages peuvent être réalisés sur l'ensemble du territoire.

Au moins un stage sera réalisé en dehors de votre commune de résidence lors de la formation.

Le choix du parcours de votre stage est réalisé par l'équipe pédagogique.

Vous pouvez, proposer trois vœux précis de stage si vous le souhaitez. Indispensable pour les cursus partiels.

Vœu 1	Vœu 2	Vœu 3
Important : Merci de citer ci-dessous les structures et services dans lesquels une de vos connaissances (parents, amis...) travaille et/ou est décédée...		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

12. PROJET PROFESSIONNEL

Après l'obtention de votre diplôme, savez-vous auprès de quel établissement ou organisme vous souhaiteriez poser votre candidature ?

⇒

DATE ET SIGNATURE :

NB. : Toutes les données et informations portées sur ce document sont strictement confidentielles. Elles sont nécessaires au besoin du service.

En application de la loi française "Informatique et Liberté" du 6 Janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données vous concernant. Pour l'exercice de ces droits, vous pouvez nous contacter

FICHE 3 : CERTIFICAT MEDICAL DE VACCINATIONS

Fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France.

NOM : **PRENOM :** **Né (e) le :**

DIPHTERIE, TETANOS ET POLIOMYELITIS

Dernier rappel effectué le :

Nom du vaccin :	Date :	N° lot :
------------------------	---------------	-----------------

HEPATITE B

Nom du Vaccin :	Date :	N° lot :
1^{ère} injection		
2^{ème} injection		
3^{ème} injection		

Sérologie de l'Hépatite B (dosage des Ac anti-HBs pour le contrôle obligatoire de l'immunisation)

Date de la sérologie :

Immunisé(e) contre l'Hépatite B : OUI NON

Si injections supplémentaires, selon les conditions définies au verso

Nom du Vaccin	Date :	N° lot :	Immunisation après sérologie
4^{ème} injection			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
5^{ème} injection			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
6^{ème} injection			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Non répondeur(se) à la vaccination après les 6 injections : OUI NON

VACCINATIONS RCOMMANDEES

(Selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour ces professionnels de santé, il est par ailleurs recommandé d'être immunisé contre la coqueluche, la rougeole, la rubéole, la varicelle, la grippe saisonnière et le COVID 19)

Nom du vaccin	Date	N° lot

➔ Au vu de ces éléments, Je, soussigné(e), **Dr Nom Prénom** :

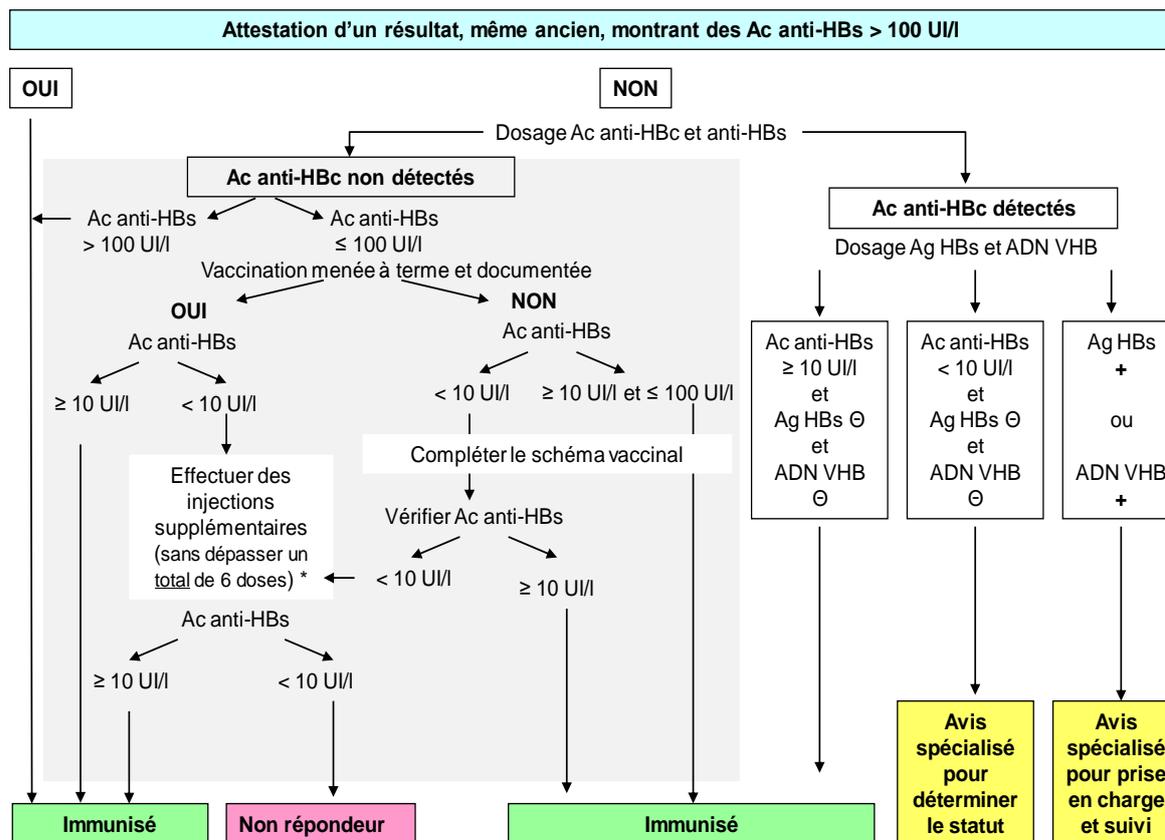
Atteste que : M / Mme Nom : Prénom : Né(e) le :

A un calendrier vaccinal compatible avec la mise en stage (immunisé(e) contre Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, et immunisé(e) ou non répondant à la 6^{ème} injection Hépatite B)

N'a pas un calendrier vaccinal compatible avec la mise en stage

Fait à : le : Signature et cachet du médecin

Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 et dont les conditions sont fixées par l'arrêté du 2 août 2013



* Sauf cas particulier voir 4° de l'annexe 2 de l'arrêté

Légende : Ac : anticorps ; Ag : antigène ; VHB : virus de l'hépatite B

Textes de référence

- Articles L.3111-1, L.3111-4 et L.3112-1 du code de la santé publique (CSP)
- Arrêté du 15 mars 1991 fixant la liste des établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins dans lesquels le personnel exposé doit être vacciné, modifié par l'arrêté du 29 mars 2005 (intégration des services d'incendie et de secours)
- Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiques
- Arrêté du 6 mars 2007 relatif à la liste des élèves et étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des autres professions de santé pris en application de l'article L.3111-4 du CSP
- Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux (Titre III)
- **Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L.3111-4 du CSP**
- Calendrier vaccinal en vigueur (cf. Site du ministère chargé de la santé : <http://www.sante.gov.fr/vaccinations-vaccins-politique-vaccinale.html>)



FICHE 4 : D'ATTESTATION D'ASSURANCE

(Instruction DGOS/RH1/2010/243 du 5 juillet 2010 et de la Circulaire DGS/PS 3 n°2000-371 du 5 juillet 2000)

Modèle d'Attestation d'Assurance, couvrant Les Risques Professionnels
et la Responsabilité Civile des Stagiaires Paramédicaux pour l'année 2024

Vous devez être couvert pour les risques mentionnés ci-dessous :

Risques Professionnels :

- Accidents corporels causés aux tiers
- Accidents matériels causés aux tiers
- Dommages matériels

Responsabilité Civile

- Lors des stages
- Lors des trajets

Veuillez faire remplir l'attestation ci-dessous par votre assureur OU fournir une attestation de votre assureur qui précise les risques couverts

(En complément de l'assurance souscrite par l'Institut des Formations Paramédicales couvrant les risques professionnels et la responsabilité civile des stagiaires paramédicaux conformément à l'article L.412-8 du Code de la Sécurité Sociale):

Je soussigné (directeur assurance) _____

Adresse :

Atteste au nom de la Compagnie d'assurance : _____

Que Madame ou Monsieur _____

Inscrit en formation à l'Institut de Formation Aide-Soignant de Lavour, Centre Philippe Pinel, Route de Toulouse, 81500 LAVAUR.
Est garanti pour l'année 2023 pour l'ensemble des risques mentionnés ci-dessus

Fait à _____ le, _____

Signature et tampon assureur :

La mise en stage de l'étudiant et/ou de l'élève est conditionnée à la production de cette attestation annuelle d'assurance.



INSTITUT DE FORMATION AIDE-SOIGNANT
Centre Hospitalier de Lavaur- BP 85 – 81500 LAVAU
Tél. : 05.63.83.30.59- Courriel : secretariat.eas@ch-lavaur.fr



FICHE 5 : INFORMATION BOURSES

La procédure pour les apprenants souhaitant faire une demande de bourse est la suivante :

- Suivre le Lien du site de dépôt des demandes :
<https://www.laregion.fr/bourses-etudes-sanitaires-sociales>
- Ouverture du site :

- **Courant Janvier 2024**

Tout dépôt de dossier hors délai, au-delà des dates butoirs visées ci-dessus, sera définitivement rejeté.

Code établissement : LAVAU2023

à compter de janvier 2024



FICHE 6

ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE FPC

DE LA FORMATION AIDE SOIGNANT DIPLOME D'ETAT

ANNEE 2024

Je soussigné (e), (Nom et adresse de la structure ou OPCA ou Apprenant pour un autofinancement),

Atteste prendre en charge le coût pédagogique de la formation de 7100 € pour un parcours complet, conduisant au Diplôme D'Etat d'Aide-Soignant, dispensée par l'Institut de Formation Aide-Soignante de Lavaur, concernant M. ou Mme _____

Fait à....., Le

Signature et cachet
(pour l'organisme ou la structure)

Signature de l'apprenant
(pour autofinancement)

NB : joindre le devis signé à cette attestation