

INSTITUT DE FORMATION D'AIDES-SOIGNANTS ALPES PROVENCE
SITE DE DIGNE : IFAS DU LYCÉE BEAU DE ROCHAS

FICHE D'INSCRIPTION AUX ÉPREUVES D'ADMISSION
EN INSTITUT DE FORMATION D'AIDES-SOIGNANTS

À remplir en lettres capitales au stylo noir ou bleu

NOM DE NAISSANCE :

NOM D'USAGE :

PRENOMS :

DATE de NAISSANCE :

LIEU DE NAISSANCE : Dpt :

SEXE masculin féminin

NATIONALITE :

ADRESSE :

.....

CODE POSTAL : VILLE :

N° TELEPHONE :

N° PORTABLE :

MAIL : @

Situation actuelle :

Demandeur d'emploi Pôle Emploi

Élève de Terminale Bac Pro ASSP

Autre

Préciser :

Diplômes ou attestations :

BAC ASSP

Option : Structure Domicile

Année du Bac :

PRAP SST

Je demande mon inscription et je m'engage à suivre la totalité de la formation sous statut scolaire

Je devrai être en possession de l'AFGSU de niveau 2 dont le montant est à ma charge, pour obtenir mon diplôme

Je devrai être à jour des vaccinations obligatoires pour l'entrée en formation d'aide-soignant

Je devrai être déclaré.e par un médecin agréé apte au métier d'aide-soignant

Je devrai impérativement être titulaire du bac pro ASSP

Je devrai avoir 17 ans à la rentrée

La demande de place à l'internat ne signifie pas que j'obtiendrai celle-ci, cela me sera confirmé ultérieurement.

Coller ici
une photo
d'identité
récente

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Pièce d'identité en cours de validité

Titre de séjour valide à l'entrée en formation

Lettre de motivation **manuscrite**

Curriculum Vitae

Document **manuscrit** relatant une situation personnelle ou professionnelle

Copie du Baccalauréat ASSP

Certificat de scolarité 2023-2024 (pour les TASSP)

Copie des bulletins scolaires (2nde à la TASSP)

Copie des PFMP (2nde à la TASSP)

Attestation.s de travail, appréciations

Autres justificatifs

Enveloppe timbrée

Niveau de langue B2 ou document permettant d'évaluer les capacités et les attendus en français

DEMANDE UNE PLACE À L'INTERNAT :

OUI

NON

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations mentionnées sur ce document.

Les résultats peuvent être diffusés sur le site de l'institut. La réglementation vous autorise à vous opposer à ce que votre nom apparaisse.

Merci de cocher la case correspondant à votre choix.

Affichage autorisé

Affichage non autorisé

Fait à, le

Signature :

ATTESTATION MÉDICALE D'IMMUNISATION ET DE VACCINATIONS

(à remettre dûment complétée à l'IFAS)

Je soussigné(e), Drcertifie que M / Mme

Nom : Prénom :, né(e) le,
candidat(e) à l'inscription pour la formation D'AIDE-SOIGNANT(E) a été vacciné(e) :

- **CONTRE LA COVID -19 :** Non obligatoire mais fortement recommandé

1ère injection	Date :
2ème injection	Date :
3ème injection	Date :
Si antécédent COVID +	Date de l'injection (justificatif à fournir) :

- **CONTRE LA DIPHTÉRIE, LE TÉTANOS ET LA POLIOMYÉLITE, ET LA COQUELUCHE**
(ce dernier simplement recommandé) ou DTPCoq (cf. Calendrier vaccinal 2014 _ Rappels à 25, 45, et 65 ans)

Dernier Rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N° lot

- **CONTRE L'HÉPATITE B,** selon les conditions réglementaires en vigueur :

1ère injection	Date :
2ème injection	Date :
3ème injection	Date :
4ème injection	Date :
5ème injection	Date :
6ème injection	Date :

- Sérologie complète réalisée le :
- Résultats chiffrés Anticorps anti Hbs :

(ENTOUREZ LA RÉPONSE)

- Antigène Hbs : Date : Positif Négatif
- Anticorps anti Hbc : Date : Positif Négatif

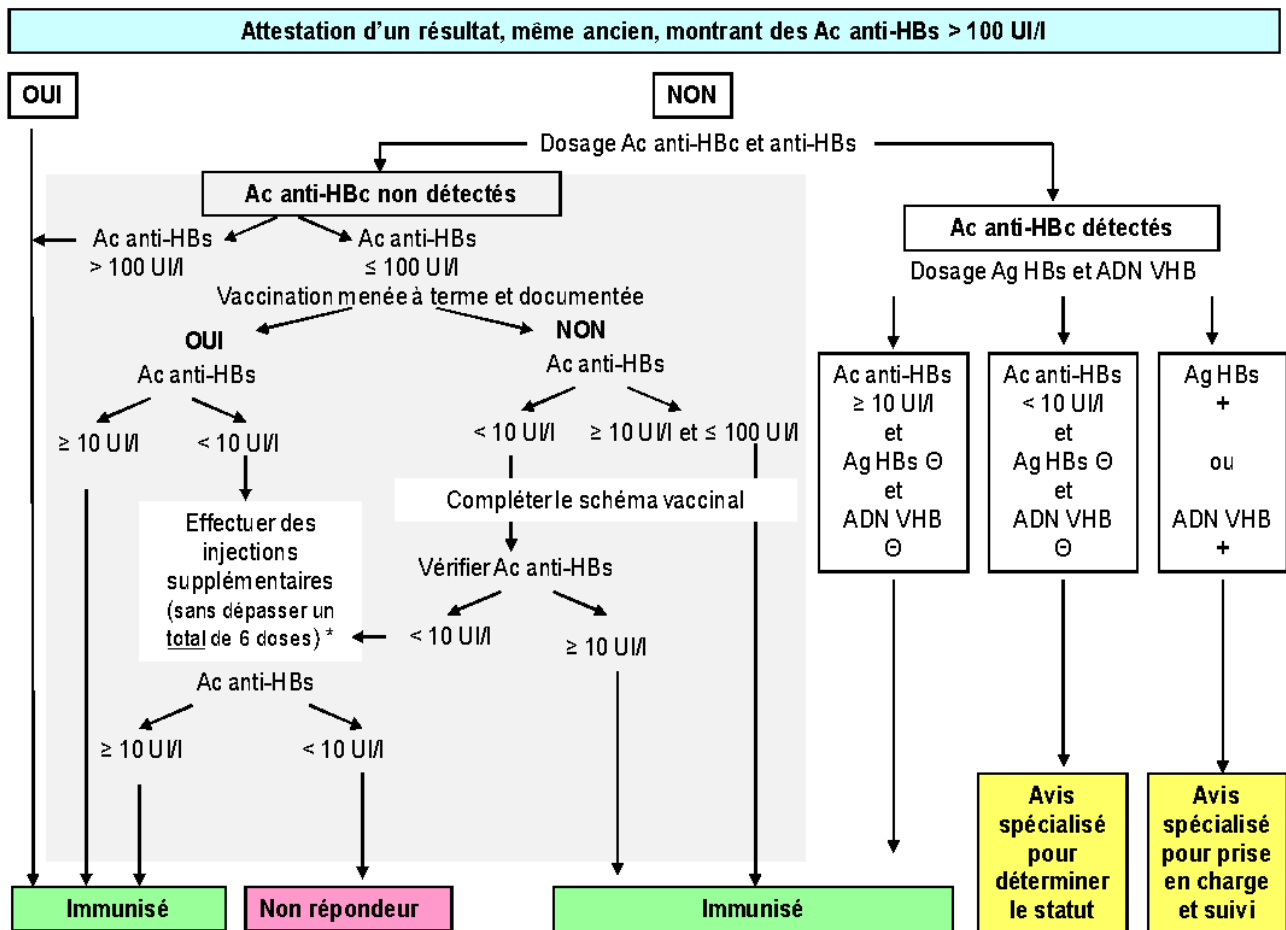
- immunisé(e) contre l'hépatite B : **oui non**
 - non répondeur (se) à la vaccination : **oui non**
 - Autre :

- Par le BCG : test tuberculinique à faire dans les 3 mois qui précèdent la rentrée.

Vaccin intradermique ou Monovax®	Date	N° lot
IDR à la tuberculine	Date	Résultat (en mm)
Test QUANTIFERON (éventuel)	Date	Résultats

Date, 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.gouv.fr/vaccinations-vaccins-politique-vaccinale.html>)

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A L'EXERCICE DE LA PROFESSION D'AIDE SOIGNANT

(Arrêté du 7 Avril 2020 relatif aux modalités d'admission aux formations conduisant aux diplômes
d'État d'Aide-soignant et auxiliaire de puériculture)

Je soussigné (e), Docteur

Médecin agréé ARS, certifie avoir examiné ce jour :

Madame, Monsieur

J'atteste que le (la) candidat (e) n'est atteint (e) d'aucune affection d'ordre physique

ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession d'aide-soignant.

Fait à

Le

Cachet et signature du Médecin Agréé par l'ARS :