



INSTITUTS DE FORMATION  
D'AIDES-SOIGNANTS DU GHT DE  
LA NIEVRE

RÉGION  
BOURGOGNE  
FRANCHE  
COMTE

Nom de naissance: \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Promotion 20242025

ANNÉE SCOLAIRE 2024-2025

**DOSSIER D'INSCRIPTION**

Formation Aide-Soignante

RENTREE PRÉVUE LE

**LUNDI 26 AOÛT 2024 A 8H30**

### **ATTENTION**

***Toutes les pièces demandées dans ce dossier devront parvenir au secrétariat de  
l'IFAS de NEVERS***

À défaut de réception de tous les documents demandés dans les délais requis, vous serez considéré(e)  
comme ayant renoncé à votre place, qui sera alors attribuée à un(e) autre candidat(e).

*(Envoi par voie postale ou dépôt dans la boîte aux lettres de l'IFAS de **NEVERS**)*

INSTITUT DE FORMATION  
D'AIDES-SOIGNANTS NEVERS

15, rue du Donjon  
58000 NEVERS  
Tel : 03 86 71 84 20  
chan.ifsi.sec@ght58.fr  
[www.ifsi-nevers.fr](http://www.ifsi-nevers.fr)

INSTITUT DE FORMATION  
D'AIDES-SOIGNANTS COSNE

96 Rue du Maréchal Leclerc  
58200 COSNE COURS/LOIRE  
Tel : 03 86 26 55 05  
chcl.ifas@ght58.fr  
[www.ifsi-nevers.fr](http://www.ifsi-nevers.fr)

INSTITUT DE FORMATION  
D'AIDES-SOIGNANTS DECIZE

26 Route de Moulins  
58300 DECIZE  
Tel : 03 86 77 76 30  
chde.ifas@ght58.fr  
[www.ifsi-nevers.fr](http://www.ifsi-nevers.fr)

# SOMMAIRE



- *Présentation de la formation et frais liés à celle-ci* *page 1*
- *Aides financières, couverture sociale et assurance* *page 2*
- *Hébergement et restauration* *page 3*
- *Dispositions matérielles et informations complémentaires* *page 4*
- *Équivalences de compétences et allègements de formation* *page 5*
- *Dossier administratif avec fiche récapitulative des pièces à fournir* *pages 6 à 11*
- *Dossier médical avec fiche récapitulative des pièces à fournir* *pages 12 à 15*
- *Dossier de demande de prise en charge Région* *pages 16 et 17*



Définition du métier (arrêté du 10 juin 2021—annexe I— modifié relatif aux études conduisant au diplôme d'État d'aide-soignant) :

« L'aide-soignant exerce son activité sous la responsabilité de l'infirmier, dans le cadre du rôle propre dévolu à celui-ci, conformément aux articles R. 4311-3 à R. 4311-5 du code de la santé publique.

*Dans ce cadre, l'aide-soignant réalise des soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution de l'autonomie de la personne ou d'un groupe de personnes. Son rôle s'inscrit dans une approche globale de la personne soignée et prend en compte la dimension relationnelle des soins. L'aide-soignant accompagne cette personne dans les activités de sa vie quotidienne, il contribue à son bien-être et à lui faire recouvrer, dans la mesure du possible, son autonomie.*

*Travaillant le plus souvent dans une équipe pluri professionnelle, en milieu hospitalier ou extrahospitalier, l'aide-soignant participe, dans la mesure de ses compétences et dans le cadre de sa formation aux soins infirmiers préventifs, curatifs ou palliatifs. Ces soins ont pour objet de promouvoir, protéger, maintenir et restaurer la santé de la personne, dans le respect de ses droits et de sa dignité. »*

## FRAIS DE FORMATION

- **LES DROITS D'INSCRIPTION**

Les droits d'inscription s'élèvent à 184€.

Les élèves qui obtiendront une bourse dans le cadre de leurs études en seront exonérés. Pour les **élèves en attente de commission**, le chèque ne sera pas encaissé avant celle-ci. Si vous êtes boursier, votre chèque vous sera restitué en échange de votre notification de bourse, sinon il sera encaissé.

**L'inscription définitive est soumise au règlement de ces frais d'inscription dans les délais impartis. En cas de désistement, la somme encaissée reste acquise par l'Institut.**



# AIDES FINANCIERES

Les possibilités d'aides financières sont les suivantes :

⇒ **Bourses**

Les bourses sont attribuées par le Conseil Régional de Bourgogne Franche Comté. La saisie des demandes de bourses devra se faire avant le **11 octobre 2024** sur le site :

<https://www.bourgognefranche-comte.fr/demande-de-bourse-sanitaire-et-sociale>

**Adresse mail** : formationsanitairesociale@bourgognefranche-comte.fr

⇒ **Pôle emploi**

Les élèves demandeurs d'emploi doivent s'inscrire à Pole Emploi dès que possible afin de planifier leur premier rendez-vous avec un conseiller. Pour prétendre au financement de la formation, il ne faut pas être démissionnaire d'un CDI durant les 4 mois qui précèdent votre entrée en formation.

⇒ Aides accordées par certains organismes aux personnes justifiant d'une expérience professionnelle

⇒ Mission locale

## ASSURANCE RISQUES PROFESSIONNELS ET RESPONSABILITE CIVILE

Les nouveaux élèves restent rattachés à leur organisme de couverture sociale.

**Sont couverts par la Sécurité Sociale :**

- Les accidents survenus en atelier ou laboratoire.
- Les accidents survenus en stage ainsi que durant le trajet pour se rendre en stage.
- Les maladies professionnelles et les risques de tuberculose.

**L'adhésion à une mutuelle individuelle est facultative mais recommandée.**

**Sont couverts par une société d'assurances souscrite par le Centre Hospitalier de l'Agglomération de Nevers :**

- Les accidents survenus durant le trajet du domicile à l'institut.
- Les accidents survenus en salle de cours.

La Police d'Assurance Générale « Responsabilité Civile » du Centre Hospitalier de l'Agglomération de Nevers, établissement support de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers, inclut les dommages que pourraient causer à des tiers les élèves lors des stages pratiques.

**Néanmoins, les élèves doivent souscrire une assurance personnelle :**

« Responsabilité Civile Individuelle » couvrant l'année de formation, à renouveler tous les ans auprès de son assureur.

## • HÉBERGEMENT

Les IFAS ne possèdent pas d'internat, voici quelques pistes pour trouver un logement :

☞ Vous trouverez des offres de logement en ligne, sur notre site internet  
[www.ifsinevers.fr/vivre-a-nevers/se-loger/](http://www.ifsinevers.fr/vivre-a-nevers/se-loger/)

☞ Résidences étudiantes sur :

**UXCO : [www.uxco.com/fr/logement-etudiant/nevers/34/nevers/](http://www.uxco.com/fr/logement-etudiant/nevers/34/nevers/)**

☞ Résidence Habitat Jeunes "Les Loges"	☎ 03 86 93 03 80
☞ Gîte étudiants Espace Sainte Bernadette	☎ 03 86 71 79 50
☞ Office de tourisme	☎ 03 86 68 46 00
☞ CCAS de Nevers	☎ 03 86 71 80 00

## • RESTAURATION

☞ Sur les sites de l'IFAS de Cosne et de l'IFAS de Decize, les élèves ont la possibilité de déjeuner au self de l'hôpital.

☞ Sur le site de l'IFAS de Nevers, les élèves peuvent déjeuner :

- Au self-service de l'ESPE (Boulevard St Exupéry), entre 11h45 et 13h, au tarif CROUS. Les tickets sont vendus à l'ESPE uniquement (voir modalités sur place)
- Au restaurant universitaire à la salle des fêtes des Montôts à Nevers (30, rue Pablo Neruda) les lundis, mardis, mercredis et jeudis entre 11h15 et 13h30 au tarif de 3,30€ par repas pour les non-boursiers et 1€ par repas pour les boursiers
- Au restau-U / site ISAT à Nevers (22, rue de l'Université) entre 11h15 et 13h30 au tarif de 3,30€ par repas pour les non-boursiers et 1€ par repas pour les boursiers
- Au self de l'hôpital Pierre Bérégovoy à Nevers (avenue Patrick Guillot) aux mêmes tarifs. Les tickets sont à acheter auprès des services économiques de l'établissement.

## • VIE ETUDIANTE

☞ L'association des étudiants « Les Seringues de Nevers » sera en mesure de vous proposer des activités et des rencontres avec les autres élèves de Nevers. Vous aurez davantage d'informations lors de la rentrée.



- **DISPOSITIONS MATÉRIELLES**

⇒ Un ordinateur personnel ou une tablette, et une connexion à distance afin de pouvoir accéder à la plateforme pédagogique des instituts et aux enseignements en visioconférence sont indispensables (**possibilité de cours et d'évaluations à distance**)

⇒ Les stages organisés et planifiés par l'IFAS, s'effectuent sur l'ensemble du département, chaque élève doit donc être en mesure de se rendre sur l'ensemble des structures d'accueil. L'utilisation d'un véhicule personnel, implique de vérifier auprès de son assureur d'avoir souscrit la garantie nécessaire.

- **INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES**

**Pièce d'identité :**

*En 2014, la durée de la validité de la pièce d'identité est passée de 10 à 15 ans. La carte d'identité est prolongée automatiquement et reste valable 5 ans **si la personne était majeur au moment de sa délivrance et que la carte d'identité était encore valide le 1er janvier 2014.***

**Vaccinations :**

En cas d'absence de vaccination pour l'hépatite B, il est possible de faire pratiquer **la vaccination accélérée** (J0 – J7 – J21). Si les vaccinations ne sont pas à jour ou qu'aucune preuve d'immunisation contre l'hépatite B n'est fournie comme demandé dans ce dossier, votre départ en stage sera différé.

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ atteste avoir pris connaissance des informations mentionnées dans ce dossier et en accepte les modalités.

Fait à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

Signature :

# ÉQUIVALENCES DE COMPÉTENCES ET ALLÈGEMENTS DE FORMATION



**Arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux - Titre 1 - chapitre 3 - Art. 14 :**

*« Sous réserve d'être admis à suivre la formation dans les conditions fixées par l'arrêté du 7 avril 2020 modifié susvisé, des équivalences de compétences, de blocs de compétences ou des allègements partiels ou complets de certains modules de formation sont accordés aux élèves titulaires des titres ou diplômes suivants :*

- ⇒ Le diplôme d'État d'auxiliaire de puériculture
- ⇒ Le diplôme d'assistant de régulation médicale
- ⇒ Le diplôme d'État d'ambulancier
- ⇒ Le baccalauréat professionnel Service aux personnes et aux territoires (SAPAT)
- ⇒ Le baccalauréat professionnel Accompagnement, soins et services à la personne (ASSP)
- ⇒ Les diplômes ou certificats mentionnés aux articles D.451-88 et D.451-92 du code de l'action sociale et des familles
- ⇒ Le titre professionnel d'assistant de vie aux familles
- ⇒ Le titre professionnel d'agent de service médico-social

*Les personnes susmentionnées bénéficient des mesures d'équivalences et ou d'allègement de suivi ou de validation de certains blocs de compétences selon les modalités fixées à l'annexe VII du présent arrêté.*

## **Art. 15**

*Les agents de 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 semaines mentionnée à l'article 3 du présent arrêté. »*





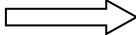

## DOSSIER ACCOMPAGNÉ DES PIÈCES SUIVANTES A RETOURNER DANS SON INTÉGRALITÉ AU PLUS TARD LE LUNDI 16 AOUT 2024

**TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS ACCEPTÉ ET ENTRAÎNERA L'INVALIDITÉ DE L'INSCRIPTION**

⇒ **Merci de bien prendre connaissance des documents page 1 à 5, ils contiennent toutes les informations nécessaires à la complétude de votre dossier. Ces informations pourront également répondre à un grand nombre d'interrogations.**

Vous devrez rendre, dûment complétés, toutes les pièces et documents demandés, soit :

### **DOSSIER ADMINISTRATIF**

- Fiche de renseignements complétée (pages 7 et 8)
- Autorisations de reportage complétée et signée (page 9)
- Document spécifique pour les mineurs le cas échéant (page 10)
- 4 photos d'identité (format standard), elles doivent impérativement être découpées, nom de naissance et prénom inscrits lisiblement au dos de chacune des photos (stylo bille)
- 4 pochettes plastiques transparentes avec un angle ouvert format A4  
- Certificat de scolarité (2023/2024) le cas échéant
- Copie du livret de famille pour les élèves ayant un ou des enfant(s) à charge
- Copie des diplômes obtenus (pour les bacheliers de 2024, relevé de notes - ***copie du diplôme à fournir impérativement dès réception***)
- Copie de la pièce d'identité, recto/verso, en cours de validité (hors permis de conduire), sur une feuille au format A4 (pas de découpage/collage s'il vous plaît)
- Copie de votre attestation responsabilité civile personnelle, à renouveler tous les ans
- Copie du diplôme d'AFGSU Niveau 2 (Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence) datant de moins de 4 ans, si vous en êtes titulaire
- Attestation d'inscription à Pôle Emploi le cas échéant
- Notification de refus ou d'ouverture de droit à Pôle Emploi le cas échéant
- Photocopie RIB
- Photocopie de l'attestation de droits, justifiant de l'affiliation à l'Assurance Maladie

**Pour information, la pièce d'identité devra être valide au moment de  
la présentation au Diplôme d'État**



# FICHE DE RENSEIGNEMENTS



Madame  Monsieur  Nom de naissance: \_\_\_\_\_

Nom d'usage : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ Département : \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_ Validité Carte Nationale d'Identité : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

N° de Sécurité Sociale : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Situation de handicap : Oui  Non  **si oui, fournir un justificatif MDPH**

Aménagement d'épreuve : Oui  Non  Précisez \_\_\_\_\_

Situation familiale : \_\_\_\_\_ Enfant(s) à charge : Oui  Non

Adresse durant votre formation :

\_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

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

Email : \_\_\_\_\_ .ifas58@gmail.com

⇒ **Un compte va être créé à votre nom à réception de votre dossier, il est impératif de créer une adresse mail sous ce format : [nomdenaissance.prenom.ifas58@gmail.com](mailto:nomdenaissance.prenom.ifas58@gmail.com)**

***N'oubliez pas d'activer cette nouvelle adresse mail au plus tard le jour de l'envoi de votre dossier***

Permis de conduire : Oui  Non  En cours

Moyen de locomotion : Oui  Non  Modèle véhicule : \_\_\_\_\_

Immatriculation : \_\_\_\_\_ Chevaux fiscaux : \_\_\_\_\_

Si vous êtes mineur, nom, prénom, adresse et numéro de téléphone d'un responsable légal, lien à préciser (père / mère / autre) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

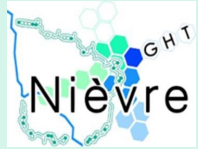
\_\_\_\_\_



**Toute modification de coordonnées en cours de formation doit être impérativement signalée au secrétariat.**



# FICHE DE RENSEIGNEMENTS



## PERSONNE(S) À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom et Prénom Personne 1 : \_\_\_\_\_

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

Profession : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

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

Nom et Prénom Personne 2 : \_\_\_\_\_

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

Profession : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

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

# AUTORISATION DE REPORTAGE et d'utilisation de l'image des élèves de l'IFAS



Je soussigné(e),

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Accepte la prise et la publication de photos, sons et vidéos, sur tous supports papier ou numérique, connus ou inconnus, de communication du CHAN, du CH de Decize, du CH de Cosne, et de l'IFAS (outils de formation, de communication interne ou grand public, ou sur un évènement à l'IFAS et de tout autre besoin de communication institutionnelle du CHAN pour une durée d'utilisation de 5 ans à compter de ce jour.

Date : \_\_\_\_\_

L'intéressé(e) ou son représentant légal

*(Signature complétée de la mention « Lu et approuvé »)*



# A REMPLIR UNIQUEMENT POUR LES MINEURS LE JOUR DE LA RENTRÉE

Document valable jusqu'à la majorité de l'élève



NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

Madame, Monsieur,

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

Vous devez pour le jour des inscriptions être muni(e) :

- D'une autorisation de vos parents ou de votre tuteur légal autorisant la Direction de l'IFAS 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 sur l'ensemble de la Région dont les horaires de début et de fin de journée de stage peuvent être très variables et qui peuvent se dérouler sur les 7 jours de la semaine.
  
- D'une prise en charge par l'assurance responsabilité civile vous couvrant pour dommages aux tiers et à leur environnement. Cette assurance complète l'assurance souscrite par l'IFAS pour votre couverture durant les stages et doit vous couvrir notamment dans le cas où vous seriez à l'origine d'un dommage survenant sur des effets personnels ou au domicile des personnes que vous aurez à prendre en charge.

**Ces autorisations doivent comporter l'identité complète de vos 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.**





# FICHE DE RENSEIGNEMENTS DE PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE



## TITRE D'INSCRIPTION

DIPLÔMES OBTENUS <i>(joindre obligatoirement une copie du/des diplômes obtenus)</i>	ANNÉE D'OBTENTION

## STATUT LE JOUR DE VOTRE ENTREE EN FORMATION

Poursuite de scolarité suite à l'année scolaire/Universitaire 2023 -2024

Demandeur d'emploi

• Date d'inscription au Pôle Emploi \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

• N° identifiant Pôle Emploi \_\_\_\_\_

• Percevrez-vous une indemnisation :  Oui  Non

Si oui, percevez-vous :  ARE  ASS  RSA

Salarié en activité :  CDI  CDD  INTÉRIM

Autre \_\_\_\_\_ :

⇒ DEMANDE DE BOURSE  Oui  Non

## FORMATION PRISE EN CHARGE PAR

La Région (demandeurs d'emploi, étudiants) **Merci de compléter le document de demande de prise en charge financière de la Région joint en pages 16 et 17**

Un Employeur

♦ Nom \_\_\_\_\_

♦ Adresse \_\_\_\_\_

♦ Téléphone \_\_\_\_\_

♦ Personne de contact au RH \_\_\_\_\_

♦ Adresse mail RH, service formation : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Financement personnel (règlement(s) par chèque)

**LE SIGNATAIRE ATTESTE LA SINCERITE DE TOUS LES RENSEIGNEMENTS PORTES SUR LE PRESENT DOCUMENT ET S'ENGAGE A NOUS INFORMER DE TOUT CHANGEMENT.**

Fait à : _____ le : _____  Signature : _____
--



# DOSSIER MÉDICAL

à faire compléter et signer par un médecin agréé ARS



Pages 12 à 15

## Autres documents à fournir pour votre inscription :

Le dossier médical complet doit être apporté dans une enveloppe non fermée indiquant :

**DOSSIER MÉDICAL DE : NOM Prénom - date de naissance - adresse - téléphone**

**L'admission définitive à l'IFAS est subordonnée à la réception, au plus tard le 26/08/2024, du dossier médical complet, comprenant :**

Certificat médical d'aptitude (page 18) à faire remplir par un médecin agréé.

Le médecin peut également fournir son propre support, néanmoins, la notion de « médecin agréé » et le tampon du praticien sont obligatoires. Sans ces deux notions, le certificat sera refusé.

Pour trouver la liste des médecins agréés, merci de vous rendre sur le site de l'ARS de votre Département ou sur le lien suivant pour la Nièvre (<https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/medecins-agrees-4>) ou sur le site internet de l'IFAS de Nevers.

Attestation médicale de vaccination (page 14)

- diphtérie
- tétanos
- poliomyélite
- hépatite B

Fiche de santé (page 15)

Preuve d'immunisation contre l'hépatite B :

Attention, nous avons besoin des résultats sérologiques :

- Résultat anti HBS OBLIGATOIRE
- Résultat anti HBC OBLIGATOIRE

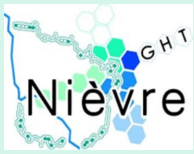
Copie du carnet de santé (pages vaccinations)

Attention processus de vaccination très long,

dépôt de la preuve d'immunisation au plus tard le jour de la rentrée

**DOCUMENT RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION, MERCI DE LE RETOURNER AVEC LE DOSSIER**





## CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE

Je, soussigné(e) Docteur \_\_\_\_\_  
médecin agréé ARS du département de \_\_\_\_\_  
atteste que \_\_\_\_\_  
ne présente pas de contre-indication physique ou psychologique à l'exercice de la profession d'aide-soignant(e).

Fait à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

Signature :





# ATTESTATION MÉDICALE DE VACCINATION

Article 44 de l'arrêté du 21 avril 2007 modifié relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux : « L'admission définitive dans un institut de formation préparant à l'un des diplômes visés à l'article 1<sup>er</sup> du présent arrêté est subordonnée :

- à la production, au plus tard le premier jour de la rentrée, d'un certificat établi par un médecin agréé attestant que l'étudiant ne présente pas de contre-indication physique ou psychologique à l'exercice de la profession ;
- à la production, au plus tard le jour de la première entrée en stage, d'un certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France.

Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L. 3111-4 du code de la Santé Publique. »

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ Docteur en médecine, certifie que (nom de naissance, nom d'usage, prénom) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ né(e) le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Est immunisé(e) contre :  **DIPHTERIE – TETANOS – POLIOMYELITIS**

	Injections	Spécialité	N° de lot	Dose	Date injection
<b>Diphtérie Tétanos Poliomyélite</b>	1 <sup>re</sup>				
	2 <sup>e</sup>				
	3 <sup>e</sup>				
	Rappel				
	Rappel				
	Rappel				
	Rappel				

Immunisé(e) contre :  **HEPATITE**

	Injections	Spécialité	N° de lot	Dose	Date injection
<b>Hépatite B</b>	1 <sup>ère</sup>				
	2 <sup>ème</sup>				
	3 <sup>ème</sup>				
	4 <sup>ème</sup>				
	5 <sup>ème</sup>				
	6 <sup>ème</sup>				

**En cas d'absence de vaccination, faire pratiquer la vaccination accélérée (J0 – J7 – J21)**

**Rappel** : En cas de vaccination non à jour ou d'absence de preuve d'immunisation, le départ en stage de l'étudiant sera différé.

⇒ **Dosage anticorps anti-HBs :**

Date : \_\_\_\_\_ Résultat : \_\_\_\_\_ UI/L

⇒ **Dosage anticorps anti-HBc :**

Date : \_\_\_\_\_ Résultat : \_\_\_\_\_ UI/L

**MERCI DE BIEN RENSEIGNER LES DEUX DOSAGES CI-CONTRE**

**Non répondeur à la vaccination**

oui  non

Fait à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

Signature :





# FICHE DE SANTÉ



NOM de naissance : \_\_\_\_\_ Nom d'usage : \_\_\_\_\_  
Prénom(s) : \_\_\_\_\_ Sexe :  F  M  
Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Ville de naissance : \_\_\_\_\_  
Situation familiale : \_\_\_\_\_

**JE DÉCLARE NE DISSIMULER AUCUN FAIT DE MALADIE**

## Antécédents :

### ♦ Familiaux :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### ♦ Personnels :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

♦ Maladies infantiles :  rubéole  oreillons  autres : \_\_\_\_\_

## Problème vertébral :

scoliose  rééducation  autres : \_\_\_\_\_

## Problème veineux :

varices

Accidents, si oui lesquels : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fait à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

Signature :



DEMANDE DE PRISE EN CHARGE DU COUT D'UNE FORMATION AIDE-SOIGNANT, AUXILIAIRE DE PUERICULTURE, AMBULANCIER ET ACCOMPAGNANT EDUCATIF ET SOCIAL A DESTINATION DES DEMANDEURS D'EMPLOI				
Renseignements demandés				COLONNE RESERVEE A L'ADMINISTRATION
NOM				
PRENOM				
DATE DE NAISSANCE	-----/-----/-----			
N° SECURITE SOCIALE	-----			
ADRESSE	----- ----- -----			
TELEPHONE	-----/-----/-----/-----			
ADRESSE EMAIL	-----			
Dans quel institut de formation êtes-vous inscrit ? (précisez la ville)	-----			
FORMATION	AIDE-SOIGNANT <input type="checkbox"/>	AUXILIAIRE DE PUERICULTURE <input type="checkbox"/>	AMBULANCIER <input type="checkbox"/>	AES <input type="checkbox"/>
Cochez la formation souhaitée				
Date de rentrée ?	-----/-----/-----			
Quel parcours allez-vous effectuer ?	COMPLET <input type="checkbox"/>		PARTIEL <input type="checkbox"/>	
Etes-vous redoublant ?	OUI <input type="checkbox"/>		NON <input type="checkbox"/>	
Etes-vous inscrit à Pôle Emploi ?	OUI <input type="checkbox"/>		NON <input type="checkbox"/>	
Si oui, à quelle date	-----/-----/-----			
Avez-vous démissionné d'un emploi dans les 4 mois avant l'entrée en formation ?	OUI <input type="checkbox"/>		NON <input type="checkbox"/>	
Si oui :	d'un CDD <input type="checkbox"/>	d'un CDI <input type="checkbox"/>	Temps complet <input type="checkbox"/>	Temps partiel <input type="checkbox"/>
Quels sont les diplômes ou qualifications obtenus ? A quelles dates ? Plusieurs réponses possibles	----- ----- -----			
Etes-vous en emploi ?	OUI <input type="checkbox"/>		NON <input type="checkbox"/>	
Si oui :	En CDD <input type="checkbox"/>	En CDI <input type="checkbox"/>	Temps complet <input type="checkbox"/>	Temps partiel <input type="checkbox"/>
Etes-vous en congé parental ?	OUI <input type="checkbox"/>		NON <input type="checkbox"/>	
Etes-vous fonctionnaire ?	OUI <input type="checkbox"/>		NON <input type="checkbox"/>	
Si oui :	stagiaire ou titulaire en activité <input type="checkbox"/>	stagiaire ou titulaire en disponibilité <input type="checkbox"/>	en congé sans traitement <input type="checkbox"/>	démissionnaire <input type="checkbox"/>
Je déclare sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements portés sur le présent formulaire et sur les documents que j'adresserai en pièces justificatives. Je m'engage à informer mon institut de formation et la Région de tout changement intervenant dans ma situation, dans un délai maximum d'un mois suivant le changement.	Date et signature :			
	Tournez la page S.V.P			



Pièces justificatives à transmettre après diffusion des résultats de la sélection et au plus tard la veille de l'entrée en formation au conseil régional BFC en priorité par mail ou par voie postale	formationsanitairesociale@bourgognefranchecomte.fr OU CONSEIL REGIONAL BOURGOGNE FRANCHE COMTE Direction de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur Service formations sanitaires et sociales 17 boulevard de la Trémouille 21000 DIJON		
Copie carte d'identité recto verso			
Attestation d'inscription à Pôle Emploi datant de moins de 2 mois			
Copie du dernier diplôme obtenu ou qualification obtenue			
Ce formulaire dûment complété et signé			

Vos données personnelles (nom, prénom, date de naissance, adresse, téléphone) sont traitées par la Région Bourgogne Franche Comté pour l'instruction des dossiers de financement du coût des formations de niveau 3 et 4 à destination des demandeurs d'emploi.

Ces données seront conservées pour une durée de 3 ans.

Conformément à la loi « Informatique et libertés » n°78-17 du 6 janvier 1978 et au règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (Règlement Général sur la protection des Données) vous pouvez accéder aux données vous concernant ou demander leur effacement. Vous disposez également d'un droit d'opposition, d'un droit de rectification et d'un droit à la limitation du traitement de vos données.

Ces droits peuvent être exercés par courrier à l'adresse suivante : Région Bourgogne-Franche-Comté /

Direction de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur

Service formations sanitaires et sociales

4 Square Castan CS 51857

25031 BESANCON CEDEX ou formationsanitairesociale@bourgognefranchecomte.fr

Sanctions en cas de fausses déclarations :

Quiconque aura fourni sciemment des renseignements inexacts ou incomplets dans la présente déclaration en vue d'obtenir un paiement ou avantage quelconque indu, sera puni d'un emprisonnement de quatre ans et d'une peine d'amende de 9 000 € ou de l'une de ces deux peines seulement (Loi n° 68-690 du 31 juillet 1968 - article 22 ; Ordonnance n° 2000-916 du 19 septembre 2000 portant adaptation de la valeur de certains montants exprimés en francs dans les textes législatifs).