

DOSSIER D'INSCRIPTION
FORMATION AIDE-SOIGNANTE
RENTREE JANVIER 2025

La rentrée scolaire se déroulera le lundi 6 janvier 2025 à 10h00

**L'ENSEMBLE DES DOCUMENTS DEMANDÉS EST A RETOURNER PAR
COURRIER (pas de courrier recommandé, lettre suivie possible)
OU DÉPÔT AU SECRÉTARIAT :**

(Horaire de 09h à 12h et de 13h30 à 16h)

Le secrétariat sera fermé du 23 décembre 2024 au 1er janvier 2025

IFSI – IFAS -IFAP
28, Avenue Victor Hugo – 77120 COULOMMIERS

Téléphone : 01.64.65.73.11 – Mail : ifsighef.clm@ghef.fr

**NOUS VOUS CONSEILLONS D'ENVOYER VOTRE DOSSIER LE PLUS
RAPIDEMENT POSSIBLE AFIN D'EN VERIFIER LA CONFORMITE.**

PRISE EN CHARGE COÛT DE LA FORMATION
A RETOURNER PAR MAIL POUR LE 4 DECEMBRE 2024 DERNIER DÉLAI

- ✓ Prise en charge du coût de la formation (document ci-joint)

DOSSIER ADMINISTRATIF
A RETOURNER POUR LE 11 DECEMBRE 2024 DERNIER DÉLAI

- ✓ 2 photos d'identité (dont une à coller sur la fiche dossier administratif, inscrire votre nom au dos de l'autre photo),
- ✓ Photocopie de votre pièce d'identité **en cours de validité** (Carte identité, passeport, titre de séjour),
- ✓ Photocopie de vos diplômes ou du relevé de notes si bachelier en 2024,
- ✓ Fiche Dossier Administratif AS complétée (ci-joint)
- ✓ Fiche de renseignement (ci-joint)
- ✓ Fiche gestion des stages dûment remplie (ci-joint)
- ✓ Photocopie de l'AFGSU niveau 2 (si obtenue),
- ✓ Photocopie de l'attestation de la sécurité sociale avec droits ouverts pour l'année scolaire (n° sous lequel vous êtes couvert(e)),
- ✓ Formulaire de personne en situation de handicap complété,
- ✓ Attestation d'assurance spécifique précisant **impérativement** :

Assurance « Responsabilité Civile » couvrant les élèves dans le cadre de stages hospitaliers et extrahospitaliers pour l'année scolaire du 06/01/2025 au 05/12/2025.

Les élèves doivent être garantis pour l'ensemble des risques suivants couvrant la responsabilité civile, tant lors du stage que des trajets occasionnés par celui-ci :

- **Accidents corporels causés aux tiers ;**
- **Accidents matériels causés aux tiers ;**
- **Dommages immatériels.**

FRAIS D'INSCRIPTION

Les frais d'inscription d'un montant de 80 Euros sont à régler :

- ✓ Soit par chèque à l'ordre de « Régie IFSI site C »,
- ✓ Soit par virement bancaire : PRECISER DANS LE LIBELLE DE VOTRE VIREMENT BANCAIRE : NOM, PRENOM, OBJET DU VIREMENT : FRAIS D'INSCRIPTION

(RIB sur demande par mail ifsighef.clm@ghef.fr)

(JOINDRE OBLIGATOIREMENT LE JUSTIFICATIF DE VIREMENT)

DOSSIER MEDICAL

A RETOURNER POUR LE 11 DECEMBRE 2024 DERNIER DÉLAI

- ✓ Certificat médical de vaccinations (ci-joint) – **OBLIGATOIRE POUR LE DÉPART EN STAGE**

Il est impératif de mettre à jour dès à présent vos vaccinations, notamment l'hépatite B qui s'inscrit dans un schéma vaccinal plus long.

- ✓ Certificat médical d'aptitude physique et psychique établi par un MEDECIN AGREE ARS (ci-joint liste 77)

OBLIGATOIRE POUR LE JOUR DE LA RENTRÉE

Si hors Seine-et-Marne, la liste des médecins agréés est à demander auprès de l'ARS de votre département et consultable sur internet.

ATTENTION : LE CERTIFICAT MEDICAL DU MEDECIN AGRÉE CONDITIONNE L'INSCRIPTION DEFINITIVE EN FORMATION

DOSSIER DE BOURSE

Les demandes de bourse pour l'année 2025 se feront jusqu'au 31 janvier 2025 par inscription sur : www.iledefrance.fr/fss.

Le matricule de l'IFP de Coulommiers pour les demandes de bourse est à demander auprès du secrétariat.

ÉLEVE EN SITUATION DE HANDICAP

L'institut de formation de Coulommiers est partiellement accessible aux personnes à mobilité réduite.

Les apprenants en situation de handicap ou ayant des problématiques de santé peuvent solliciter une demande d'aménagement pour les examens et le suivi des études.

Le référent pour les personnes en situation de handicap est Madame Stéphanie DELHAYE-MONROSE :
mail : smonrose@ghef.fr – Tél : 01 64 65 73 11

**TOUTES LES PIÈCES DEMANDÉES DEVRONT ÊTRE FOURNIES
LORS DE VOTRE INSCRIPTION ADMINISTRATIVE**

DANS LE CAS CONTRAIRE VOTRE INSCRIPTION SERA REJETÉE

L'IFAS-IFAP DU GHEF-Site de Coulommiers traite vos données personnelles pour l'accomplissement de ses missions : Gestion des dossiers de candidatures à la formation, gestion des dossiers administratifs et pédagogiques, suivi des cursus de stages, de la sélection jusqu'à la fin de la formation. Les bases légales de ces traitements sont l'exécution d'une mission d'intérêt public ou le respect d'obligations légales. Les données sont conservées pendant le temps de votre cursus et sont archivées conformément aux dispositions réglementaires.

Vos données sont transmises aux personnels administratifs et formateurs ainsi qu'aux organismes extérieurs participant à la prise en charge des formations et autorités de tutelle. A titre d'exemple, l'IFAS-IFAP du GHEF- Site de Coulommiers peut partager des informations relatives à votre dossier avec la Région ILE DE France, si ces informations sont nécessaires à la coordination et au suivi de votre parcours de formation.

Certaines données personnelles doivent obligatoirement être fournies pour permettre votre inscription et la gestion de votre dossier. Le refus de fournir ces données pourrait entraîner l'impossibilité de vous inscrire ou de vous fournir certains services.

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) n° 2016/679 du 27 avril 2016, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, d'effacement de vos données et de limitation des traitements effectués. Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant au secrétariat de l'institut : ifsighef.clm@ghef.fr

Aucun transfert de vos données personnelles en dehors de l'Union Européenne n'est effectué.

Si vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à l'autorité de contrôle compétente (en France, la CNIL) : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL)

PRISE EN CHARGE DU COUT DE LA FORMATION – RENTRÉE JANVIER 2025

[A RETOURNER PAR MAIL AVANT LE 4 DECEMBRE 2024 à ifsighef.clm@ghef.fr](mailto:ifsighef.clm@ghef.fr)

FORMATION AIDE SOIGNANTE

NOM PATRONYMIQUE..... NOM ÉPOUSE.....

PRÉNOMS :

Adresse :

.....

Téléphone : Mail :

Diplôme(s) Obtenu (s) :

FORMATION COMPLETE ☐

FORMATION PARTIELLE ☐

FORMATION PARTIELLE ASHQ ou Agent de Service ☐

SI FORMATION PARTIELLE DIPLOME OBTENU :

BAC PRO ASSP ☐

BAC PRO SAPAT ☐

CAP AEPE ☐

(Les élèves titulaires des Baccalauréats professionnels ASSP / SAPAT et les élèves titulaires d'un CAP « Accompagnant Educatif de la Petite Enfance » sont éligibles à la subvention régionale s'ils répondent aux critères d'éligibilité.)

FORMATION EN CURSUS PARTIEL NON PRISES EN CHARGE PAR LA RÉGION ÎLE DE FRANCE

DEAP ☐

Titre professionnel AVF ☐

Titre professionnel ASMS ☐

DEAES ☐

DEAS ☐

ARM ☐

DEA ☐

Cocher la case qui correspond à votre situation (Critères éligibilité page 3)

Dans tous les cas joindre le justificatif

- ☐ Demandeur d'emploi **inscrit à France TRAVAIL à l'entrée en formation, dont le coût de la formation n'est pas pris en charge par France TRAVAIL** (joindre attestation)

Indiquer la région : N° allocataire :

Date inscription France Travail :

Bénéficiaire ARE, ou autre allocation France Travail: oui ☐ non ☐

Inscrit à France Travail et salarié du secteur privé en CDI ou CDD de plus de 78 heures par mois :
(Joindre votre contrat de travail) oui ☐ non ☐

- ☐ Bénéficiaire du **RSA** (joindre justificatif)
- ☐ Elève ou étudiant **âgé de moins de 26 ans** en poursuite d'études sans interruption (joindre certificat de scolarité)
- ☐ Elève ou étudiant **âgé de moins de 26 ans** avec interruption de scolarité de moins de 2 ans avant l'entrée en formation (joindre certificat de scolarité)
- ☐ Elève ou étudiant dont le **service civique** s'est achevé dans un délai d'un an avant l'entrée en formation (joindre justificatif)
- ☐ Bénéficiaire d'un **PEC – Parcours Emploi Compétences** (joindre justificatif)
- ☐ Les apprenants relevant du **SPRF – Service Public Régional de Formation** (joindre justificatif)

- ☐ **Salarié** (vous avez un employeur) Secteur Privé ☐ Secteur Public ☐

Vous êtes en : ☐ CDI ☐ CDD Date fin CDD :

Coordonnées employeur et Téléphone :

.....

Prise en charge de la formation par votre employeur oui ☐ non ☐ (joindre le justificatif)

Précisez si vous bénéficiez d'une **prise en charge** : Transition Pro, CPF, Formap, Uniformation, ANFH, AIF par France travail, etc.....

- ☐ **Paiement personnel**
- ☐ **Autres** (à préciser) (joindre justificatif)

DATE :

Signature :

Critères de prise en charge de la formation par la Région Ile-de-France

A titre indicatif, le coût de la formation complète pour l'année 2024-2025 est de 8.000 €

Le statut est considéré à l'entrée en formation et vaut pour toute la durée de la formation.

Sont éligibles au financement :

- ➔ Les jeunes de moins de 26 ans en poursuite d'études sans interruption (y compris ceux ayant un contrat de travail étudiant);
- ➔ Les jeunes de moins de 26 ans avec interruption de scolarité de moins de 2 ans avant l'entrée en formation ;
- ➔ Les jeunes dont le service civique s'est achevé dans un délai d'un an avant l'entrée en formation ;
- ➔ Les demandeurs d'emploi inscrits à France Travail à l'entrée en formation, dont le coût de formation n'est pas pris en charge par France Travail.
- ➔ Les bénéficiaires d'un PEC (Parcours Emploi Compétences) ;
- ➔ Les bénéficiaires du RSA (Revenu de Solidarité Active) ;
- ➔ Les apprenants relevant du SPRF (Service Public Régional de Formation) ;

Les élèves titulaires des Baccalauréats professionnels ASSP / SAPAT et les élèves titulaires d'un CAP « Accompagnant Educatif de la Petite Enfance » sont éligibles à la subvention régionale s'ils répondent aux critères d'éligibilité.

Ne peuvent prétendre à ce financement :

- Les agents publics (y compris en disponibilité) ;
- Les salariés du secteur privé en CDD ou CDI de plus de 78 heures par mois ;
- Toute personne ayant bénéficié d'une prise en charge partielle par Transition Pro ;
- Les abandons de formation intervenus dans le mois suivant l'entrée en formation ;
- Les apprentis ;
- Les personnes en validation des acquis de l'expérience (VAE) ;
- Les cursus partiels hormis les titulaires d'un BAC ASSP, SAPAT ou CAEPE s'ils répondent aux critères d'éligibilité ;
- Les médecins et les sages-femmes diplômés à l'étranger.

Pour une prise en charge totale ou partielle du coût de la formation autre que la Région :

- Personne ayant un employeur : financement par l'employeur, Transition Pro, Uniformalion, ANFH, CPF etc...
- Personne inscrite à France Travail faire une demande auprès de cet organisme pour une AIF (allocation individuelle de formation), CPF

Instituts de Formations Paramédicales

Coordinatrice générale des soins, pédagogique et de la qualité
Sandrine WICK

Coordinatrice Générale Pédagogique (CGP)
Marie-Laure LE CAPITAIN

Coordonnateurs pédagogiques, adjointe à la CGP
Rémi SPRYCHA
IFSI-IFAS-IFAP de Coulommiers

CERTIFICAT MEDICAL – 1^{ère} année IDE / AS - AP **(Datant de moins de 3 mois)**

ETABLI PAR UN MEDECIN AGREE PAR L'AGENCE REGIONALE DE SANTE

Je soussigné(e),

Docteur en Médecine, agréé, certifie que :

M.....

Né(e) le

Ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession :

- ☐ Aide-Soignant(e)
- ☐ Auxiliaire de Puériculture
- ☐ Infirmier(e)

Fait à..... le

Signature et cachet du médecin

CERTIFICAT MEDICAL DE VACCINATIONS

***A compléter par le médecin traitant ou le
médecin agréé ARS***

Pour l'entrée en formation :

- D'AIDE-SOIGNANTE ☐
- D'AUXILIAIRE DE PUERICULTURE ☐
- INFIRMIERE ☐

NOM PATRONYMIQUE :

NOM D'EPOUSE :

PRENOM :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE

ADRESSE :

.....

TELEPHONE :

SELON LE CALENDRIER DES VACCINATIONS ET RECOMMANDATIONS VACCINALES 2024

4.4 Tableau 2024 des vaccinations pour les populations spécifiques

4.4.1 Tableau 2024 des vaccinations en milieu professionnel*

SANTÉ	D T P	Coque- luche	Grippe	Covid-19	Hépatite A	Hépa- tite B	Leptospi- rose	Rage	ROR	Varicelle	FJ	IIM
Étudiants des professions médicales, paramédicales ou pharmaceutiques assistant dentaire	Obl	Rec	Rec	Rec		Obl						
Professionnels des établissements ou organismes de prévention et/ou de soins (liste selon arrêté du 15 mars 1991) dont les services communaux d'hygiène et de santé et les entreprises de transports sanitaires	Obl	Rec	Rec	Rec		Obl (si exposés)			Rec y compris si nés avant 1980, sans ATCD	Rec sans ATCD, séronégatif		
Professionnels libéraux n'exerçant pas en établissements ou organismes de prévention et/ou de soins	Rec	Rec	Rec	Rec		Rec (si exposés)						

1. ATTESTATION DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES

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 (document joint)

Je soussigné(e) Docteur :

Adresse :

Téléphone :

Certifie que M..... Né(e) le :
a été vacciné(e) :

• Contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et la coqueluche :

Dernier rappel DTP effectué			
Nom du vaccin	Dose	Date	N° lot

Dernière injection / Rappel DTP et coqueluche			
Nom du vaccin	Dose	Date	N° lot

• Contre l'hépatite B, selon les conditions définies au verso, il / elle est considéré(e) comme (cocher les mentions utiles) :

- immunisé(e) contre l'hépatite B (minimum 3 injections rapprochées) : oui ☐ non ☐
- non répondeur(se) à la vaccination (au terme de 6 injections max): oui ☐ non ☐

2. • FORTEMENT RECOMMANDE

ROUGEOLE OREILLON RUBEOLE		
Nom du vaccin	Date	N°lot

3. ATTESTATION DE VACCINATIONS RECOMMANDEES

• Par le BCG : 2 cas de figure (cf. décret du 27 février 2019 ci-joint)

1- Vaccination antérieure

Vaccin intradermique ou Monovax®	Date (dernier vaccin)	N°lot

2- Si non vacciné(e) BCG ou si absence de preuve : laissé à l'appréciation du médecin

IDR à la tuberculine 5 U (si pas de vaccination BCG ou risque d'exposition)	Date	Résultat (en mm)
Vaccination BCG (si non antérieurement réalisé ou si risque)	Date	Résultat (en mm)

A CONTRACTE LA VARICELLE : OUI ☐ NON ☐

VARICELLE		
Nom du vaccin	Date	N°lot

GRIPPE SAISONNIERE		
Nom du vaccin	Date	N°lot

Fait à.....

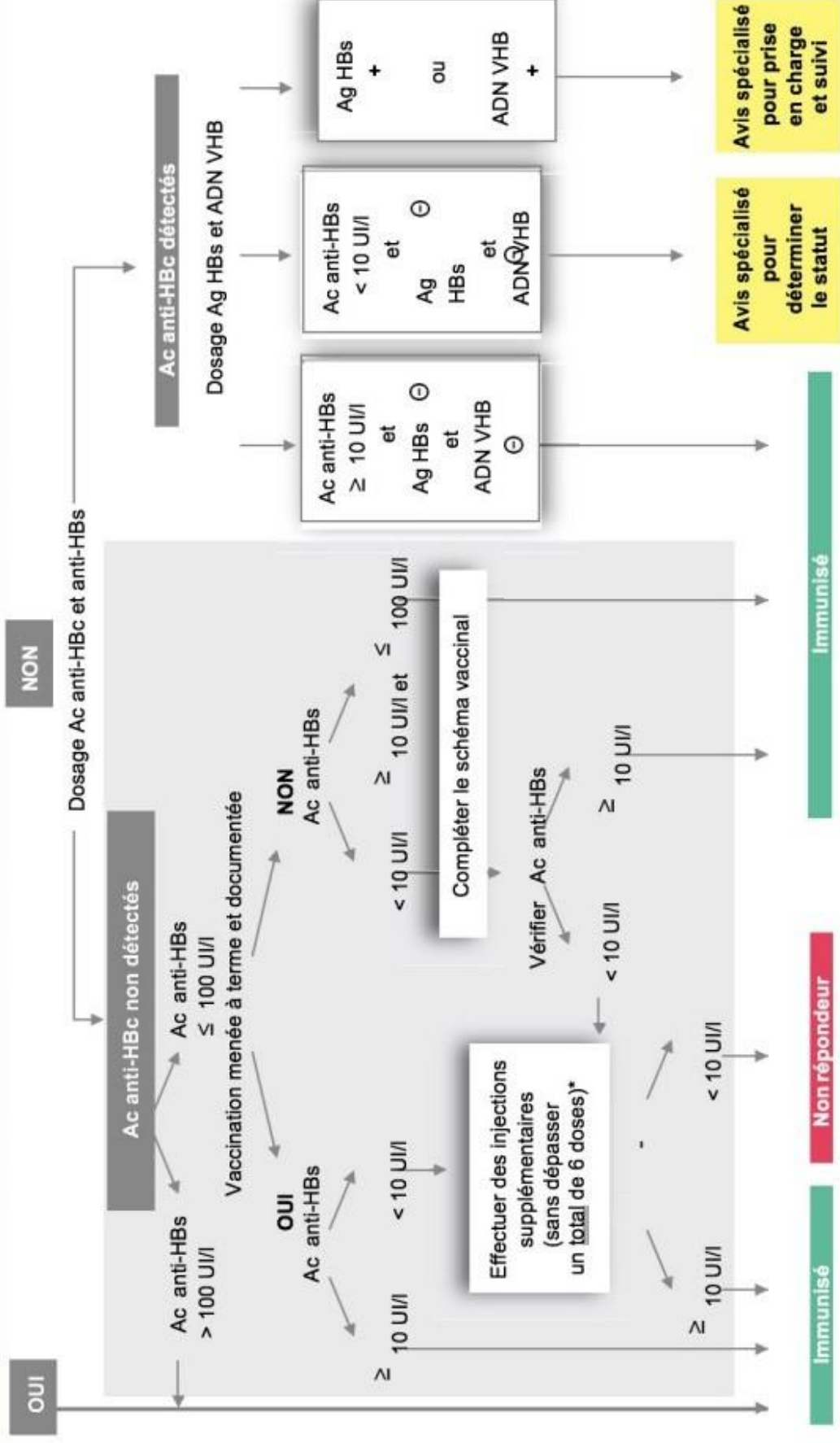
Cachet et signature du médecin

Le.....

4.8 Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des professionnels de santé

Instruction no DGS/R11/R12/2014/21 du 21 janvier 2014 relative aux modalités d'application de l'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 <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027830751&categorieLien=id>

Attestation d'un résultat, même ancien, montrant des Ac anti-HBs > 100 UI/l



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

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

DOSSIER ADMINISTRATIF
FORMATION AIDE SOIGNANT

DATE DE LA FORMATION DU : 06/01/2025 au 05/12/2025

☐ COMPLETE ☐ ASSP –SAPAT ☐ CURSUS PARTIEL

Titre :

Modules :

Coût :

Interruption le |__|_|_| Reprise le |__|_|_|_|

Cadre réservé à l'administration

Coller votre
photo ici

NOM PATRONYMIQUE : NOM EPOUSE :

PRENOM :

Date de Naissance : Lieu : Dépt :

Nationalité :

Adresse 1

.....

Tél |__|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Portable |__|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

ADRESSE MAIL :

N° S.S. |__|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| - |__|_|_|

Avez-vous déjà bénéficié d'un aménagement dans le cadre d'une formation et/ou passation des examens
ou toute autre épreuve d'évaluation oui ☐ non ☐

Souhaitez-vous un aménagement en lien avec un handicap ? oui ☐ non ☐

Situation de famille

CELIBATAIRE ☐ MARIE(E) ☐ VEUF(VE) ☐ Nbre d'enfants.....

DIVORCE(E) ☐ CONCUBINAGE ☐ PACS ☐ Ages

Personne à contacter en cas d'urgence :

NOM..... PRENOM.....

Portable |__|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Tél Personnel |__|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Tél Professionnel |__|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Dates Du .././.. au .././...	PROFESSION exercée	STRUCTURE (Etablissements et services)

Référent handicap

Formation aide-soignante

Formation auxiliaire de puériculture

Formation infirmière

Mme Stéphanie DELHAYE-MONROSE

Tél : 01 64 65 73 11

E-mail : smonrose@ghef.fr

Formulaire de demande d'aménagement de la formation pour un apprenant en situation de handicap*

** Il existe une grande variété de handicap : les déficiences (auditives, visuelles, motrices), les maladies chroniques (asthme ; diabète, ...), les troubles « DYS » (dyslexie, dyspraxie, ...), les troubles de l'apprentissage, TDAH ...*

NOM :	Formation aide-soignante	☐
PRÉNOM :	Formation auxiliaire de puériculture	☐
DATE D'ENTRÉE EN FORMATION : / /	Formation infirmière	☐

Ce formulaire de demande d'aménagement de la formation est à compléter par tous les apprenants dès leur entrée en formation. Il sera transmis au référent handicap qui vous proposera un accompagnement personnalisé et qui vous guidera dans les démarches à accomplir lors d'un rendez-vous.

Etes-vous en situation de handicap* ? OUI ☐ NON ☐

Si oui, avez-vous une notification en cours de validité ? OUI ☐ NON ☐

Si oui, laquelle (joindre obligatoirement la notification) ?

- MDPH ☐

- Autres ☐ Précisez :

Avez-vous besoin d'aménagements de la formation ? OUI ☐ NON ☐

Si oui, lesquels ?

.....

Date :

Signature de l'apprenant :

(Et de ses parents s'il est mineur)

FICHE GESTION DES STAGES JANVIER 2025

ELEVE AS ☐

ELEVE AP ☐

NOM PATRONYMIQUE :

NOM D'EPOUSE :Prénom(s) :

Adresse :

Etes-vous titulaire du permis de conduire ? ☐ OUI ☐ NON

Disposez-vous d'un véhicule ? ☐ OUI ☐ NON

Les stages s'effectuent sur la Région Ile de France et départements limitrophes à la Seine et Marne (hors demande personnelle) et vous devez vous rendre autonome pour vos déplacements.

Avez-vous un diplôme professionnel dans le domaine sanitaire social, si oui lequel ?

.....

Avez-vous une expérience professionnelle antérieure dans le milieu des soins, précisez votre fonction :

- ☐ Aide-soignant
- ☐ Auxiliaire de puériculture
- ☐ ASH ou ASH soins
- ☐ Brancardier
- ☐ Autre (précisez) :

Veillez nous indiquer la (ou les) structure(s) (*établissement et service*) dans laquelle vous avez exercé :

STRUCTURE	SERVICE

Signature de l'élève :