

Dossier d'inscription à l'entrée en formation d'aide-soignant

Formation professionnelle continue/ ASH 70 heures

Rentrée du 28 août 2023

PLACES DISPONIBLES : 10

- Un minimum de 20 % des places autorisées par la Région, par institut de formation ou pour l'ensemble du groupement d'instituts de formation, est réservé aux agents relevant de la formation professionnelle continue visés à l'article 11, quels que soient les modes de financement et d'accès à la formation visée. Les places non pourvues sont réattribuées aux autres candidats relevant de la formation initiale.¹

Dépôt des dossiers	Entre le 13 février et le 10 juin 2023 à minuit (<i>cachet de la poste faisant foi</i>)
Confirmation des inscriptions	A compter du 20 juin 2023

Dépôt du dossier de candidature

- à l'IFAS : 25 rue Jean Lautredou – 29120 PONT L'ABBE
- ou par courrier en Recommandé avec Accusé de Réception

¹ Art 12-II Arrêté du 7/04/2020 modifié le 12/04/2021

CONDITIONS D'ACCES À LA FORMATION

Arrêté du 7 avril 2020 modifié par l'arrêté du 12 avril 2021 relatif aux modalités d'admission aux formations conduisant aux diplômes d'Etat d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture.

Art. 1 : « La formation conduisant au Diplôme D'état Aide-Soignant est accessible, sans condition de diplôme, par les voies suivantes :

- La formation initiale, dans les conditions fixées par le présent arrêté.
- La formation professionnelle continue, dans les conditions fixées par le présent arrêté.

Les candidats doivent être âgés de 17 ans au moins à la date d'entrée en formation

Art. 8 ter : « L'admission définitive est subordonnée :

1° A la production, au plus tard le premier jour de la rentrée, d'un **certificat médical par un médecin agréé** ① attestant que le candidat n'est atteint d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession à laquelle il se destine.

2° A la production, avant la date d'entrée au premier stage d'un **certificat médical de vaccinations** ② attestant que l'élève remplit les obligations d'immunisation et de vaccinations prévues par les dispositions du [...] du code de la santé publique. »

- Hépatite B
- Diphtérie
- Tétanos
- DT polio
- COVID 19

N'attendez pas l'admission pour prendre contact avec votre médecin traitant car 6 mois sont à prévoir pour effectuer le protocole complet des vaccinations.

Art. 9 : « Après admission en formation, pour les candidats ayant déjà acquis un ou plusieurs blocs de compétences communs avec la certification professionnelle visée, ou lorsque leur parcours de formation antérieur leur permet de bénéficier d'un allègement de formation, le directeur de l'institut de formation met en place, en accord avec l'agence régionale de santé, des parcours individualisés de formation. Les cursus mis en place dans ce cadre peuvent débiter à tout moment de l'année.

Les titres et les certifications professionnelles conduisant à des équivalences de blocs de compétences ou à des allègements de formation dans les certifications visées au I de l'article 1er sont listés dans un arrêté du ministre chargé de la santé. »

Je suis ASH ET j'ai travaillé au moins une année en équivalent temps plein cumulé (*plusieurs employeurs*) :

Liste des pièces à fournir :

- Une copie de pièce d'identité ;**
- Attestations de travail justifiant l'ancienneté dans la fonction d'ASH, accompagnées, éventuellement, des appréciations de(s) l'employeur(s) ;**
- Attestation de prise en charge financière de la formation ;**
- Un curriculum vitae ;**
- La fiche d'inscription (*recto-verso*).**

Je suis ASH ET j'ai suivi la formation 70h ET j'ai travaillé au moins 6 mois en équivalent temps plein cumulé (*plusieurs employeurs*) :

Liste des pièces à fournir :

- Une copie de pièce d'identité**
- Attestations de travail justifiant l'ancienneté dans la fonction d'ASH, accompagnées, éventuellement, des appréciations de(s) l'employeur(s) ;**
- Attestation de prise en charge financière de la formation ;**
- Attestation de suivi de la formation 70h ;**
- Un curriculum vitae ;**
- La fiche d'inscription (*recto-verso*).**

FPC AIDE-SOIGNANT 2023

FICHE D'INSCRIPTION

Toutes les rubriques sont à compléter impérativement

ETAT CIVIL :

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénom :

Autres prénoms :

Date de naissance :/...../..... Ville :

Département (en chiffres et en toutes lettres) :

Sexe : Nationalité :



Adresse mail **ECRIRE TRES LISIBLEMENT**@.....

N° Sécurité Sociale clé

Adresse du candidat(e) :

Code Postal : Ville :

SITUATION FAMILIALE DU CANDIDAT :

Célibataire - Marié(e) - Pacsé(e) - Divorcé(e) - Veuf(ve) *

* rayer les mentions inutiles

Nombre d'enfants : Age(s) :

ACTIVITE PROFESSIONNELLE :

Emploi actuel

Nom et coordonnées de votre employeur

.....

.....

Adresse mail :@.....

DIPLOMÉS :

<input type="checkbox"/>	D'un titre ou diplôme homologué au niveau 4 (ex. baccalauréat)	Série Année
<input type="checkbox"/>	D'un titre ou diplôme du secteur sanitaire et social homologué au minimum au niveau 3 en France (BEP CAP ...)	Lequel Année
<input type="checkbox"/>	Diplôme étranger leur permettant d'accéder directement à des études universitaires dans le pays où il a été obtenu	Lequel Année

Titres ou diplômes permettant des allègements partiels ou complets de certains modules de formation		
	DE Auxiliaire de Puériculture	Année
	DE Ambulancier	Année
	Bac pro SAPAT	Année
	Bac pro ASSP	Année
	DE AES (AMP/AVS/ MCAD)	Année
	TP ADVF	Année
	TP ASMS	Année
	Diplôme Assistant de régulation Médicale	Année

Etudes suivies : (niveau le plus élevé atteint)

.....

Je soussigné(e) atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document.

Fait à le.....

Signature du candidat

CERTIFICAT MEDICAL

**ETABLI PAR UN MEDECIN AGREE
EN VUE DE L'ADMISSION DANS UN INSTITUT
DE FORMATION AIDE SOIGNANT**

Je soussigné(e)

Docteur.....

Médecin Agréé par la Préfecture du Département

Exerçant à

Atteste que Madame, Monsieur

Né(e) le

Demeurant à

.....

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

Fait à

Le

Signature et cachet du médecin

**ATTESTATION MEDICALE D'IMMUNISATION ET DE
VACCINATIONS OBLIGATOIRES**
des personnes mentionnées à l'article L3111-4 du code de la santé publique
et dans le cadre de la crise sanitaire COVID-19

Je, soussigné(e) Docteur

Certifie que : Nom de naissance Nom d'usage

Prénom : Né(e) le...../...../.....

En formation de :

Est immunisé(e) :

- Contre la DIPHTERIE, le TETANOS et la POLIOMYELITIS :

Dernier rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N° lot

- Contre l'HEPATITE B, selon les conditions définies au verso, il/elle est considéré(e) comme : (rayer les mentions inutiles)

- Immunisé(e) contre l'HEPATITE B :	oui	non
- Non répondeur (se) à la vaccination (après l'administration de 6 doses) :	oui	non
- Nécessitant un avis spécialisé	oui	non

- Par le BCG* OUI NON

Nom du vaccin intradermique ou Monovax®	Date du vaccin	N° lot

*Un arrêté du 27 février 2019 a **suspendu** l'obligation de vaccination par le BCG.

IDR à la tuberculine*	Date	Résultat (en mm)

*L'IDR de référence est **obligatoire** : Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiques.

- Contre la COVID-19 : Loi relative à la crise sanitaire-5 aout 2021 - 3 stimulations obligatoires contre la COVID19 (dont au moins 1 dose de vaccin dans les 2 premières stimulations) - 2^{ème} puis 3^{ème} rappel recommandés

Nom du vaccin	Date	N° lot

Infection	Date	

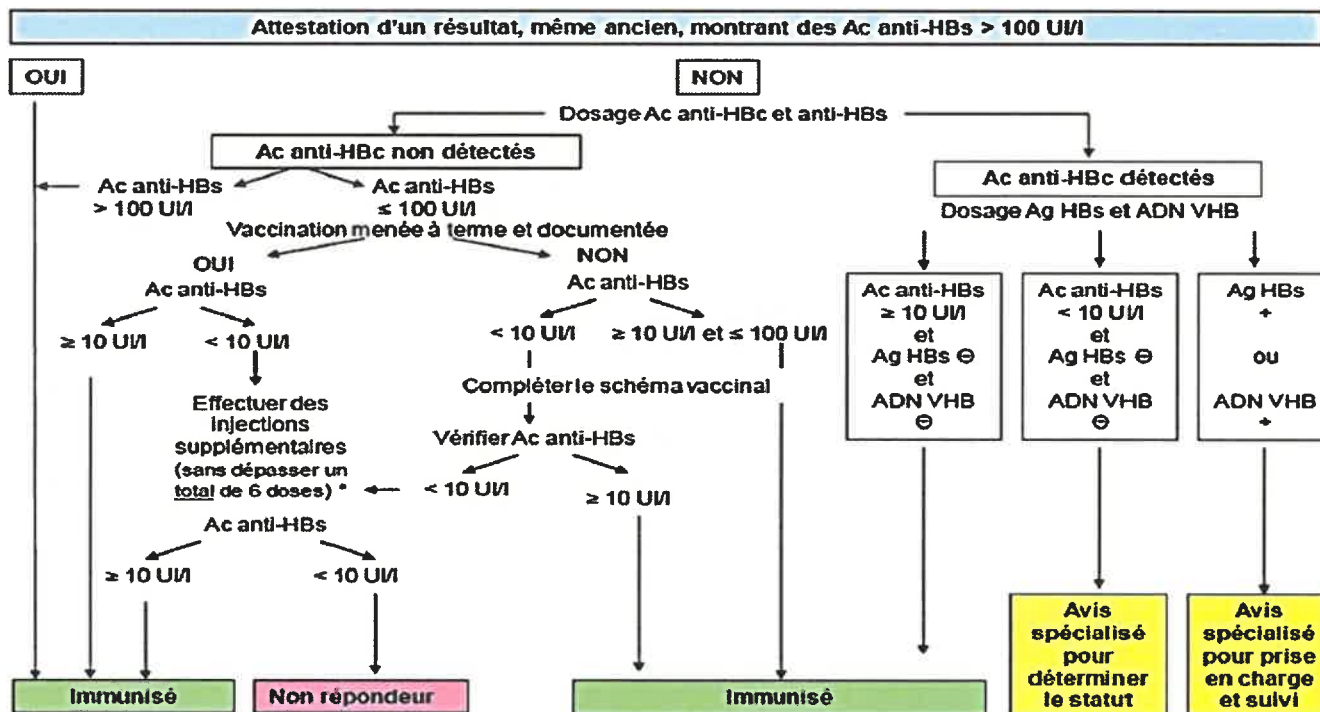
TRANSMETTRE LES CERTIFICATS DE VACCINATION/CERTIFICAT DE RETABLISSEMENT (Passé vaccinal à jour...)

Annexe ②

SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN

Nota bene : Selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour les étudiants et professionnels de santé, il est par ailleurs recommandé d'être immunisé contre la coqueluche, la rougeole, la rubéole et les oreillons (ROR), la varicelle et la grippe saisonnière, ainsi que contre l'hépatite A pour les personnes s'occupant d'enfants n'ayant pas atteint l'âge de la propreté (par exemple personnels des crèches, assistants maternels...) et – des structures collectives d'accueil pour personnes handicapées.

Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des personnes mentionnées à l'article L.311-4 et dont les conditions sont fixées par l'arrêté du 2 août 2013



* Sauf cas particulier voir 4^e 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.
- Loi n°2021-1040 du 5 août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire et 3^{ème} dose recommandée pour le pass vaccinal après passage devant le conseil constitutionnel
- Calendrier vaccinal en vigueur (cf. www.vaccination-info-service.fr)