

IFAS HSTV 25 Rue Jean Lautredou 29120 PONT L'ABBE



02 98 56 04 01

ifas@hstv.fr

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

Formation professionnelle continue (ASH)

Rentrée du 26 août 2024

PLACES DISPONIBLES : 10

N.B : L'inscription n'engage aucun frais pour le candidat.

- 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 16 février et le 10 juin 2024 <i>à minuit (cachet de la poste faisant foi)</i>
Confirmation des inscriptions	A compter du 20 juin 2024

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. »

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. »

① ② Documents p 7-8-9

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*) ;
- Copie des diplômes obtenus (*Cf page 6*).

Je suis ASH ET j'ai suivi la formation 70h (*entre le 01/01/21 et 31/12/22*) ET j'ai 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 (*réalisée entre le 04/01/2021 et le 31/12/2022*) ;
- Un curriculum vitae ;
- La fiche d'inscription (*recto-verso*) ;
- Copie des diplômes obtenus (*Cf page 6*).

TARIFS APPLICABLES A LA FORMATION D'AIDE-SOIGNANT*
Public n'entrant pas dans le champ de la gratuité
Année de formation 2024-2025

	Tarif	Heures théoriques
1.1 Formation initiale complète	7140 €	770

1.2 Cours allégé pour les titulaires d'un baccalauréat professionnel

	Tarif	Heures théoriques
SAPAT	5930 €	511
ASSP	5290 €	371

1.3 Formation passerelle

	Tarif	Heures théoriques
Passerelle auxiliaire de puériculture (niveau 3)	4840 €	329
Passerelle auxiliaire de puériculture (niveau 4) sessions postérieures à 2021	4380 €	224
Passerelle ambulancier	6230 €	574
Passerelle accompagnement éducatif et social (id. AVS, MCAD et AMP)	6130 €	553
Passerelle accompagnement éducatif et social sessions postérieures à 2021	5680 €	455
Passerelle Assistant de Vie aux Familles	6200 €	567
Passerelle ARM – Assistant de Régulation Médical	6130 €	553
Passerelle ASMS – Agent de service Médico- social	6360 €	602

*Conformément aux tarifs de la REGION BRETAGNE

FPC AIDE-SOIGNANT 2024

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 :

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

ATTESTATION MEDICALE D'IMMUNISATION ET DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES

des personnes mentionnées à l'article L3111-4 du code de la santé publique

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 POLIOMYELITE :

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 : (*ayer 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.*

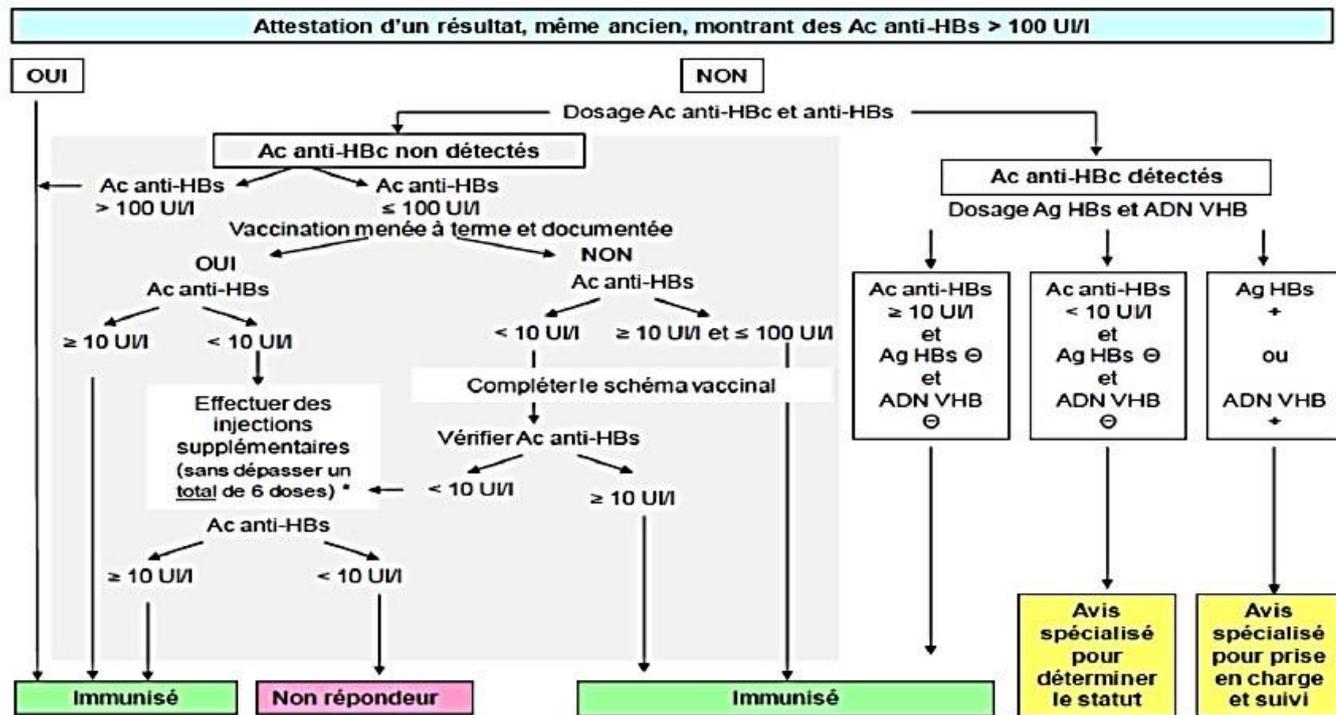
IDR à la tuberculine*	Date	Résultat (en mm)

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.*

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 COVID-19, 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.

SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN

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* 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. <https://vaccination-info-service.fr/>)

Certificat médical d'aptitude

(à faire compléter **par un médecin agréé*** par l'ARS du département
Selon l'article 8 ter de l'arrêté du 12 avril 2021)

Je soussigné(e), Docteur **Médecin agréé**
ARS,

Atteste que :

M./ Mme.....

Né(e) le : !__ !__ !_____ !

- ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession d'aide-soignant(e).
- est à jour de ses vaccinations et immunisé(e)

Fait à, le

Tampon :

Signature :

***liste disponible sur le site de l'ARS ou de la préfecture de votre département :**

<https://www.bretagne.ars.sante.fr/les-medecins-agrees-1>