



**Dossier d'inscription**  
**Institut Hospitalier de Formation en Santé**  
-----  
**Formation au Diplôme d'Etat d'Aide-Soignant (DEAS)**

**Date de la rentrée : le 28 août 2023**



## Table des matières

Liste des documents à fournir obligatoirement lors de l'inscription à l'IFAS.....	3
Fiche d'inscription – 1 <sup>ère</sup> partie.....	5
Fiche d'inscription – 2 <sup>e</sup> partie, financement .....	6
Certificat médical d'aptitude.....	7
Attestation médicale de vaccination.....	9
Algorithme vaccination hépatite B.....	10



## Liste des documents à fournir obligatoirement lors de l'inscription à l'IFAS

- Fiche d'inscription (1<sup>ère</sup> et 2<sup>e</sup> partie)
- Présentation de l'**original** de votre pièce d'identité en cours de validité (carte nationale d'identité, passeport, titre de séjour...)
- Présentation **des originaux** du ou des diplôme(s) obtenu(s)
- Lorsque les diplômes ne sont pas en langue française, traduction des diplômes effectuée par un traducteur agréé auprès des tribunaux français
- Attestation de sécurité sociale (nominative)

### Adresse Gmail

Une plateforme numérique à l'IHFS sera mise à votre disposition dès la rentrée. Afin de pouvoir l'utiliser et communiquer avec vous, nous avons besoin d'une adresse de messagerie professionnelle, qui ne sera utilisée que dans le cadre de vos études d'aide-soignant.

Vous devrez impérativement créer une adresse mail sur gmail.com respectant les critères suivants :  
[prénom.nom@gmail.com](mailto:prénom.nom@gmail.com)

Si prénom composé : exemple marie-paule, vous devez noter mariepaul

Si l'adresse existe déjà :

Vous devez noter [prénom.nomJJMAA@gmail.com](mailto:prénom.nomJJMAA@gmail.com)

JJMAA correspondant à votre jour de naissance suivi du mois de naissance suivi de l'année de naissance.

Aucun accent ne doit figurer sur l'adresse mail, aucun espace entre les différents éléments de l'adresse mail.

Exemple : marie-therese.dubois040198@gmail.com (née le 4 janvier 1998)



Groupe Hospitalier  
Artois-Ternois  
L'EXCELLENCE POUR TOUS





## Fiche d'inscription – 1<sup>ère</sup> partie

### Identité

Nom de Famille (nom de naissance) : .....

Nom d'usage (nom marital) : .....

Prénoms : .....

Date de Naissance : .....

Lieu de naissance (Nom et Code postal) : .....

Nationalité : .....

### Coordonnées

Adresse : .....

Complément d'adresse (bâtiment, n° d'Appartement...) : .....

Code Postal : .....

Ville : .....

Téléphone fixe : .....

Téléphone portable : .....

Adresse mail personnelle : .....

### Divers

Situation familiale  Célibataire  Marié-e/Pacsé-e  Concubinage  autre : .....

Niveau d'étude : .....

Diplômes obtenus : .....

Personne à contacter en cas d'urgence : .....

Téléphone de la personne à contacter : .....

Nom et signature de l'élève,

Réservé à l'administration :

Formation :  Parcours complet  Parcours partiel : .....



## Fiche d'inscription – 2<sup>e</sup> partie, financement

<https://guide-aides.hautsdefrance.fr/dispositif656>

[https://www.hautsdefrance.fr/app/uploads/2022/07/R%C3%A9gion-HDF\\_Formations-sanitaires-et-sociales\\_prise-en-charge-frais-de-formation\\_cadre-d'intervention\\_V2\\_07-07-22.pdf](https://www.hautsdefrance.fr/app/uploads/2022/07/R%C3%A9gion-HDF_Formations-sanitaires-et-sociales_prise-en-charge-frais-de-formation_cadre-d'intervention_V2_07-07-22.pdf)

**Veillez indiquer votre situation au 10 juin 2023**

Je suis en poursuite d'étude sans interruption

Je suis en poursuite d'étude avec interruption inférieure à 1 an

Je suis demandeur d'emploi indemnisé ou non

- Numéro Pôle emploi : .....

- Inscrit à pôle emploi depuis le : .....

- Indemnisé  oui  non, depuis le : .....

Je suis salarié dans le secteur public

- Nom de l'employeur : .....

- Coordonnées de l'employeur : .....

- Formation financée dans le cadre

de la promotion professionnelle

du CFP (congé de formation professionnelle)

Je suis en disponibilité d'une Fonction Publique

Je suis salarié dans le secteur privé

- Nom de l'employeur : .....

- Coordonnées de l'employeur : .....

- Formation financée par :

déblocage de mon CPF, montant : .....

mon employeur, nombre d'années financées : .....

Transitions Pro : nombre d'années financées : .....

Je suis en congé parental

Nom et signature de l'élève,



## Certificat médical d'aptitude

La liste des médecins autorisés est disponible sur le lien suivant :

<https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/liste-des-medecins-agrees-en-hauts-de-france-0>

### Certificat médical d'aptitude

Je soussigné-e, ....., médecin agréé, certifie que  
Madame/Monsieur ..... ne présente  
aucun problème locomoteur, psychique, ni aucun handicap incompatible avec la  
profession d'Aide-Soignant Diplômé d'État.

Fait à ....., le .....

Cachet et signature du médecin agréé :



Groupe Hospitalier  
Artois-Ternois  
L'EXCELLENCE POUR TOUS





## Attestation médicale de vaccination

A faire remplir par votre médecin traitant (détail des vaccinations obligatoires en annexe 4)

Madame/Monsieur, ....., né-e le ...../...../.....,  
a reçu les vaccinations suivantes :

Nature de la vaccination	Date (jour/mois/année)						
	1 <sup>ère</sup> inj.	2 <sup>ème</sup> inj.	3 <sup>ème</sup> inj.	Rappel	Rappel	Rappel	Prochain rappel prévu le
<b>DTP :</b> Antidiphtérique Antitétanique Anti-poliomyélitique							
<b>Coqueluche</b>							

Hépatite B	Primo vaccination	1 <sup>ère</sup> inj. : / /	2 <sup>ème</sup> inj. : / /	3 <sup>ème</sup> inj. : / /	Rappel éventuel : / /
	<b>Contrôle de l'immunisation :</b>				
Dosage des anticorps anti HBs : date ..... Résultat .....UI/L <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anticorps anti HBs supérieur à 100 UI/L = immunisation effective</li> <li>• Anticorps anti HBs inférieur ou égal à 100 UI/L = se référer à l'algorithme ci-après</li> </ul>					

<b>Vaccination suspendue</b>	
<b>BCG</b>	Conformément au décret n°2019-149 du 27 février 2019 modifiant le décret n°2007-1111 du 17 juillet 2007 relatif à l'obligation vaccinale par le vaccin anti tuberculeux BCG.

Vaccinations obligatoires pour l'entrée en institut conformément à 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 complété par l'instruction du 21 janvier 2014 relative aux modalités d'application de l'arrêté sus-cité.

Date :

Cachet et signature du médecin :

## Algorithme vaccination hépatite B

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

