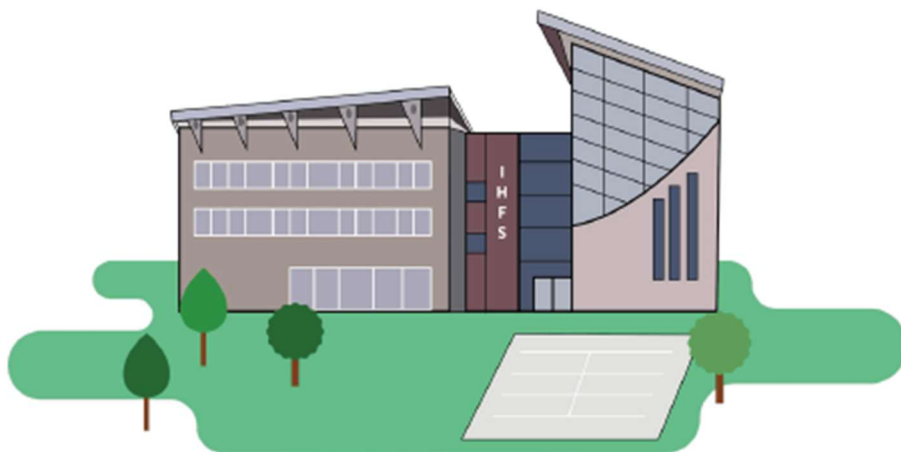




Dossier d'inscription

Institut Hospitalier de Formation en Santé

Formation au Diplôme d'Etat d'Aide-Soignant (DEAS)



Rentrée JANVIER 2024

La rentrée de janvier 2024 est réservée aux candidats relevant de la formation par la voie de l'apprentissage pour une formation de 18 mois.

ATTENTION : les candidats titulaires d'un baccalauréat ASSP ne sont pas concernés par cette rentrée.

Date de la rentrée : **8 janvier 2024**



Table des matières

Liste des documents à fournir obligatoirement lors de l'inscription à l'IFAS.....	3
Fiche d'inscription – 1 ^{ère} partie.....	5
Fiche d'inscription – 2 ^e 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^{ère} et 2^e 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)
- Attestation d'assurance "responsabilité civile professionnelle".
Attention, l'attestation de responsabilité civile professionnelle doit préciser qu'elle couvre l'étudiant pour les **stages en milieu hospitalier ou extrahospitalier**, ou **les stages réalisés dans le cadre de la formation Aide-Soignant**.
Une responsabilité civile simple ne sera pas suffisante.
- Contrat d'apprentissage (CFA/Employeur)
- 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

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

Si l'adresse existe déjà :

Vous devez noter 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^{ère} 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^e partie

Contact Centre de Formation des Apprentis (CFA)

- Nom du CFA :
- Adresse du CFA:
- Personne à contacter au CFA :
- numéro de téléphone de la personne à contacter
- adresse mail de la personne à contacter

Contact Employeur de l'élève apprenti

- Nom de l'employeur :
- Adresse de l'employeur :
- Personne à contacter :
- numéro de téléphone de la personne à contacter
- adresse mail de la personne à contacter



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 ^{ère} inj.	2 ^{ème} inj.	3 ^{ème} inj.	Rappel	Rappel	Rappel	Prochain rappel prévu le
DTP : Antidiphtérique Antitétanique Anti-poliomyélitique							
Coqueluche							

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

Vaccination suspendue	
BCG	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

