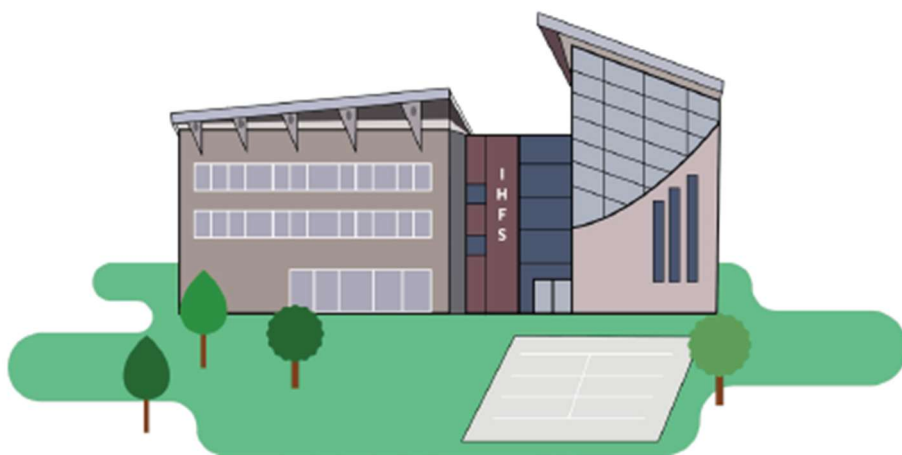




Groupe Hospitalier
Artois-Ternois



Dossier d'inscription Institut Hospitalier de Formation en Santé

Formation au Diplôme d'Aide-Soignant (DEAS) Rentrée septembre 2026

Date de la rentrée : le mercredi 26 août 2026 à 9h

INSTITUT HOSPITALIER DE FORMATION EN SANTÉ
CENTRE HOSPITALIER D'ARRAS

6 rue Emile Didier - 62 000 Arras
Standard téléphonique : 03.21.21.10.64
Site web : www.gh-artoisternois.fr

Qualiopi
processus certifié

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
La certification qualité a été délivrée au
titre de la catégorie d'action suivante :
Action de formation



Groupe Hospitalier
Artois-Ternois



Table des matières

Liste des documents à fournir obligatoirement lors de l'inscription à l'IFAS.....	3
Consigne concernant l'adresse Gmail	4
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
Autorisation d'effectuer les stages de la formation aide-soignant pour un élève mineur	12



Groupe Hospitalier
Artois-Ternois



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

Pour tous les candidats :

- ☐ 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)
- ☐ Adresse Gmail dédiée à la formation (voir page 4)
- ☐ Document de preuve justifiant votre statut à la sélection (voir page 6)
- ☐ Certificat du médecin agréé (voir page 7)
- ☐ Attestation médicale de vaccination (voir page 9)
- ☐ Attestation d'assurance "responsabilité civile".

Pour les élèves étrangers (hors UE) :

- ☐ Un titre de séjour mention étudiant en cours de validité (pour les primo-entrants étrangers un titre de séjour valide est obligatoire à l'entrée en formation).

Pour les élèves dont le français n'est pas la langue couramment parlée :

- ☐ Document justifiant le niveau de maîtrise du français (minimum niveau B2 selon examen du DELF)

Pour les élèves mineurs le jour de la rentrée :

- ☐ Fiche d'autorisation parentale (voir page 12)



Groupe Hospitalier
Artois-Ternois



Consigne concernant l'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 votre formation 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 mariepaul

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



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 :

Adresse gMail créée pour la formation :

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,



Groupe Hospitalier
Artois-Ternois



Fiche d'inscription – 2^e partie, financement

Précisez votre situation à la date **du 10 juin 2026**

☐ Je suis en poursuite d'étude sans interruption ou avec une interruption inférieure à 1 an (fournir un certificat de scolarité N-1)

☐ Je suis demandeur d'emploi indemnisé ou non (fournir votre dernière attestation de demandeur d'emploi)

- Numéro Pôle emploi :

- Inscrit à pôle emploi depuis le :

☐ Je suis salarié dans le secteur public en activité, en disponibilité ou en congé parental

- Nom de l'employeur :

- Coordonnées de l'employeur :

- Formation financée dans le cadre (fournir une attestation de prise en charge de la formation)

☐ de la promotion professionnelle

☐ du CFP (congé de formation professionnelle)

☐ financement personnel, nombre d'années financées :

☐ Je suis salarié en CDD ou en intérim (fournir votre contrat valide à la date de référence)

☐ Je suis salarié dans le secteur privé en CDI (fournir votre contrat valide à la date de référence)

- 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 :

☐ financement personnel, nombre d'années financées :

☐ J'ai entrepris une démarche de démission reconversion avant la date correspondant à ma situation (fournir le justificatif de dépôt de la demande et l'accord de démission reconversion)

Nom et signature de l'élève,



Groupe Hospitalier
Artois-Ternois



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 (AS).

Fait à, le

Cachet et signature du médecin agréé :



Groupe Hospitalier
Artois-Ternois





Groupe Hospitalier
Artois-Ternois



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							

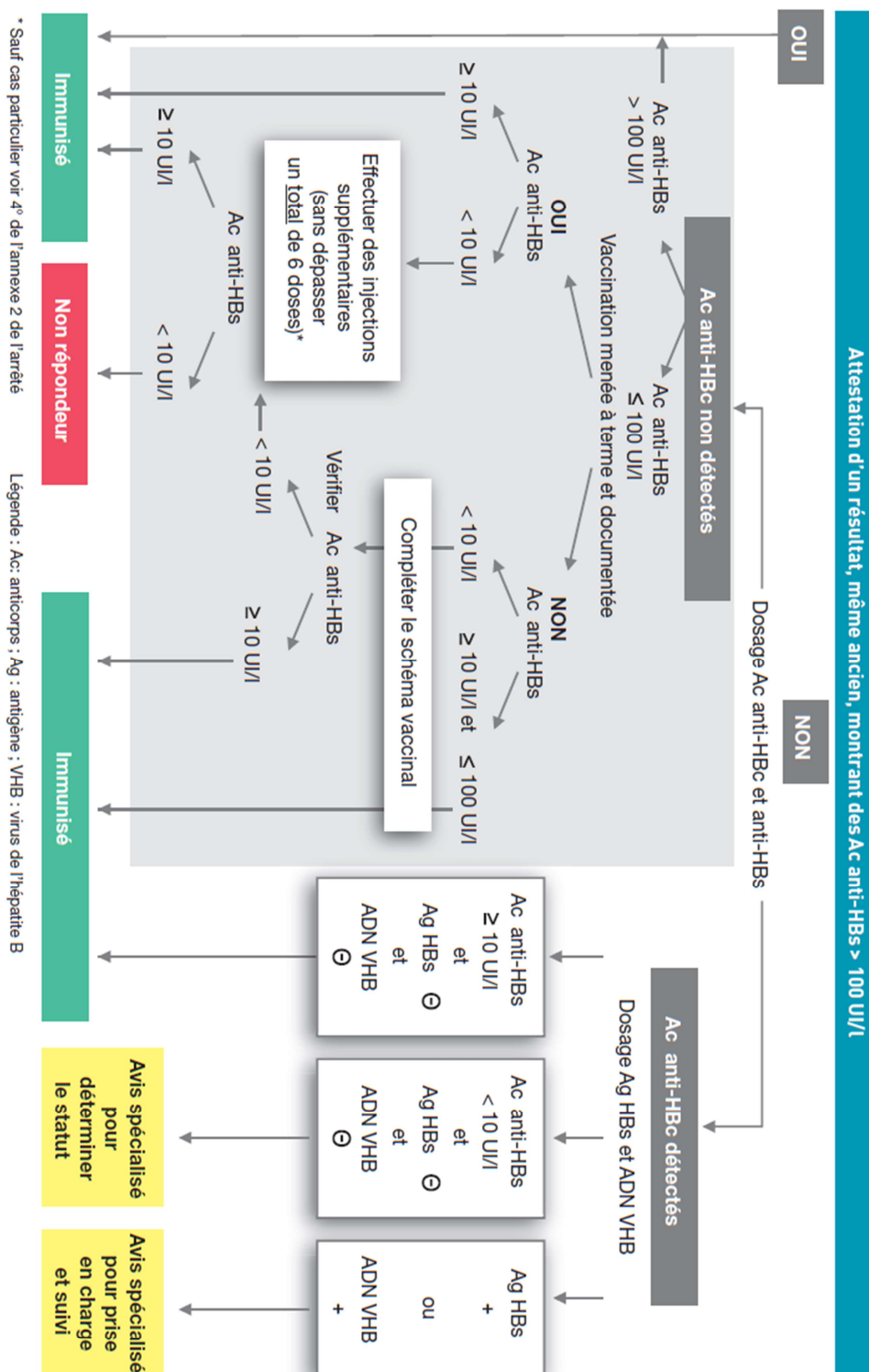
Hépatite B	Primo vaccination	1 ^{ère} inj. : / /	2 ^{ème} inj. : / /	3 ^{ème} inj. : / /	Rappel éventuel : / /
	Contrôle de l'immunisation : Dosage des anticorps anti HBs : date RésultatUI/L • Anticorps anti HBs supérieur à 100 UI/L = immunisation effective • Anticorps anti HBs inférieur ou égal à 100 UI/L = se référer à l'algorithme ci-après				

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 :

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





Groupe Hospitalier
Artois-Ternois





Groupe Hospitalier
Artois-Ternois



Autorisation d'effectuer les stages de la formation aide-soignant pour un élève mineur

Le représentant légal du mineur¹ :

Je soussigné(e),

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone :

Adresse mail :

☐ Mère ☐ Père ☐ Autre (précisez) :

☐ Autorise ☐ N'autorise pas

à effectuer les stages de la formation aide-soignant durant l'année scolaire 2026/2027, ou au plus tard
jusqu'à sa majorité

☐ ma fille ☐ mon fils ☐ Autre (précisez) :

L'élève mineur

Nom : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Code postal : Ville :

Merci de bien vouloir fournir la copie recto verso de la pièce d'identité du représentant légal.

A, le

Signature du représentant légal

¹ Article 371-1 du Code Civil



Information à destination des apprenants des formations sanitaires et sociales dont le suivi est assuré avec SolSTISS

Information sur le traitement de vos données à caractère personnel

Les informations recueillies lors de votre inscription et tout au long de votre formation agréée, autorisée et financée par la Région Hauts-de-France font l'objet de traitements informatiques destinés :

- au suivi des parcours de formation ;
- à l'alimentation de votre compte personnel de formation, le cas échéant ;
- aux évaluations des formations ;
- au suivi statistique des formations.

Ces traitements sont mis en œuvre par :

Région Hauts-de-France
Siège de Région
151 avenue du Président Hoover
59555 LILLE CEDEX

Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD) et à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, la licéité de ces traitements se réfère à l'article 6 (1).e du RGPD pour l'exécution d'une mission d'intérêt public dont est investi la Région en vertu des articles 53 à 55, et 73 de la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales et à l'article 6 (1).c du RGPD, relativement au respect d'une obligation légale à laquelle la Région est soumise en vertu du décret n°2019-1049 du 11 octobre 2019 (compte personnel de formation).

La fourniture des données est obligatoire et réglementée par les textes cités ci-dessus. À défaut d'un dossier complet, il ne pourrait y être donné suite par la Région Hauts-de-France.

Les données sont maintenues en base active 12 mois après la fin de la formation. À l'issue de ce délai, elles seront conservées selon leurs durées d'utilité administrative (en moyenne 10 ans) puis supprimées ou susceptibles d'être archivées selon la réglementation en vigueur.

Les destinataires des données sont les agents habilités des services de la direction de la recherche, de l'enseignement supérieur et des formations sanitaires et sociales de la Région Hauts-de-France, de l'organisme dans lequel l'apprenant suit sa formation, de la Caisse des Dépôts et Consignations (pour le compte personnel de formation) et le cas échéant, de Pôle Emploi et des organismes chargés par la Région Hauts-de-France d'une mission d'évaluation.

Vous bénéficiez d'un droit général d'accès, de rectification, de limitation des informations vous concernant. Vous pouvez, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement, demander l'effacement de vos données, sauf si ces droits ont été écartés par une disposition législative.

Pour exercer vos droits ou pour les questions concernant les activités de traitement des données mises en œuvre par la Région Hauts-de-France, veuillez contacter le délégué à la protection des données (DPO) de la Région Hauts-de-France www.hautsdefrance.fr/informatique-et-libertes

Si vous estimez, après avoir contacté le DPO, que vos droits sur vos données ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation auprès de la CNIL www.cnil.fr (CNIL, 3 place Fontenoy, TSA 80715, 75334 Paris cedex).