

Lavour, le 21 Octobre 2022

OBJET : Rentrée en IFAS le Lundi 9 Janvier 2023

Madame, Monsieur,

Vous avez confirmé votre intention d'entreprendre vos études à l'IFAS de Lavaur. Félicitations et bienvenue dans notre établissement.

Vous devez à présent, effectuer votre inscription administrative dans notre établissement, en renvoyant le dossier d'inscription, par mail, par courrier postal à l'adresse suivante : Centre Philippe Pinel- Route de Toulouse- 81500 LAVOUR, ou, en le déposant dans la boîte aux lettres de l'IFAS de Lavaur.

### DELAJ D'INSCRIPTION :

**A COMPTER DE CE COURRIER,**

**VOUS AVEZ JUSQU'AU 14 NOVEMBRE 2022**

Rentrée de la promotion 2023 : **Lundi 9 Janvier 2023 à 8h30**

Une matinée de pré rentrée aura lieu la **lundi 5 décembre 2022**

⇒ Sous réserve de modification, vérifier votre boîte mail.

 **Attention, TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA REJETE. Tous les documents demandés sont obligatoires, aucune entrée en formation ne sera autorisée, si votre dossier est incomplet, Aucun certificat de scolarité ne pourra être délivré.**

A réception de votre dossier le secrétariat vous adressera un mail pour accuser réception de celui-ci.

Soyez assuré (e), Madame, Monsieur, de ma considération la plus parfaite.



La Directrice des Soins,  
Coordonnatrice Générale du GCS des Instituts  
de Formation aux Métiers de la Santé d'Albi,  
IFSI et IFAS,

Catherine MULLER

## DOSSIER D'INSCRIPTION A L'ENTREE EN FORMATION AIDE SOIGNANT 2023 IFAS LAVAUUR

NOM DE NAISSANCE	Prénom(s)	NOM D'USAGE

Je confirme mon entrée en formation aide-soignant

Je demande un report de formation → fournir une attestation de demande de report.  
Article 13 nouveau du référentiel de formation profession AS du 7 avril 2020 (modifié par les arrêtés du 12 avril 2021 et du 10 juin 2021)

VAE	Unités de formation validées en VAE	
	Unités de formation à réaliser en formation	
	Date 1 <sup>ère</sup> présentation 1 <sup>er</sup> jury plénier	

### LISTE DE DOCUMENTS A FOURNIR

ADMINISTRATIF	RÉSERVÉ A L'IFAS	
	COMPLET	A COMPLETER
<b>FICHE 1</b> : Administrative - complétée		
2 photocopies de la carte d'identité ou du passeport ou de la carte de séjour en cours de validité		
1 photo d'identité (nom et prénom au dos de la photo)		
1 justificatif de votre lieu d'habitation pendant les études (quittance loyer, EDF...)		
1 demande d'aménagement des épreuves pour les apprenants en situation de handicap		
<b>FICHE 2</b> : Pédagogique - complétée		

SANTE	COMPLET	A COMPLETER
1 Certificat médical établi par un médecin agréé (*) attestant que <b>le candidat ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession d'aide-soignante</b> (*) La liste des médecins agréés est détenue par l'A.R.S. du département de résidence (à consulter sur internet : « médecins agréés sur département de résidence »).		
<b>FICHE 3</b> : Certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation d'immunisation en vigueur, fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France.		

ASSURANCE	COMPLET	A COMPLETER
<b>Couverture sociale</b>		
1 photocopie de l'attestation de droit sur laquelle figure votre nom		
<b>Assurance personnelle</b>		
<b>FICHE 4</b> : Modèle d'attestation 1 attestation « responsabilité civile et risques professionnels » libellée au nom de l'apprenant, pour l'ensemble des risques suivants qui pourraient survenir tant lors des stages en établissement de santé, que lors des trajets occasionnés par ceux-ci : Accidents corporels causés aux tiers/Accidents matériels causés aux tiers/Dommages matériels <b>Pour la période du 9 Janvier au 8 Décembre 2023.</b>		
<b>FICHE 5</b> : Information bourse		
<b>FICHE 6</b> : Information prise en charge FPC		



## FICHE 1 : ADMINISTRATIVE ANNEE 2023

### IDENTITÉ

NOM : .....

Prénom .....

NOM d'usage .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : ..... Dpt : .....

Nationalité : .....

N° sécurité sociale (ou n° INSEE) : - - - - - (13 chiffres + clé)

J'autorise le service organisateur, la DREETS à publier mes Nom et Prénom sur internet dans le cadre de la diffusion des résultats :

Oui

Non

### ADRESSE POSTALE

N°, rue, libellé voie... : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

N° de téléphone Portable : ..... N° de téléphone Fixe : .....

Adresse mail : .....

### ADRESSE POSTALE DE RESIDENCE PENDANT VOS ETUDES A L'IFAS (si différente)

N°, rue, libellé voie... : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

### PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom – Prénom : ..... Lien : .....

Téléphone : ..... Mail : .....

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARENTS** (pour les apprenants mineurs)

Nom et prénom du père : .....

N° de téléphone : ..... Adresse mail : .....

Nom et prénom de la mère : .....

N° de téléphone : ..... Adresse mail : .....

**NIVEAU D'ÉTUDE - DIPLÔME – TITRE**

NIVEAU D'ETUDES INTITULÉ DIPLÔMES ou TITRES	Série	Année	Obtention diplôme ou titre	
			OUI	NON

**FORMATIONS SUIVIES** Merci de compléter ce tableau avec précisions

INTITULÉ DE LA FORMATION	Année	Obtention diplôme	
		OUI	NON

## SITUATION PROFESSIONNELLE AVANT L'ENTREE EN FORMATION

**A. J'occupe un emploi actuellement :**  OUI  NON

Précisez l'emploi occupé : \_\_\_\_\_

Je suis salarié(e) sous contrat à durée déterminée :  OUI  NON

Date début : \_\_\_\_\_ Date fin : \_\_\_\_\_

Je suis salarié(e) sous contrat à durée indéterminée  OUI  NON

Avez-vous demandé un congé individuel de formation  OUI  NON

Nom de l'organisme : \_\_\_\_\_

**B. Je suis inscrit(e) au Pôle Emploi :**  OUI  NON

Date de votre dernière inscription \_\_\_\_\_ N° identifiant Pôle Emploi \_\_\_\_\_

**C. Je vais m'inscrire au Pôle Emploi :**  OUI  NON

J'ai des droits ouverts au Pôle Emploi  OUI  NON

Du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Type d'allocation : \_\_\_\_\_

**D. Personne sans emploi, non inscrite au Pôle Emploi, non indemnisée par le Pôle Emploi :**

OUI  NON

## **FORMATION INITIALE – POURSUITE DE SCOLARITE**

→ **Prise en charge des frais de scolarité par la région**

Néo-bachelier (bac en 2021 donc poursuite d'études)

Etes-vous demandeur de bourses

→ *Fiche 5: Information bourses*

Demandeur d'emploi

Numéro identifiant : \_\_\_\_\_ Date d'inscription à Pôle Emploi : \_\_\_\_\_

Ouverture des droits : \_\_\_\_\_ Durée de l'indemnisation : \_\_\_\_\_

Salarié rémunéré pendant la formation

Coordonnées de l'employeur et Nom du contact : \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

- Fonctionnaire en activité  Fonctionnaire en disponibilité  
 Salarié (CDI ou CDD en congés parental)\*  Contractuel (CDD) en activité\*  
\*Secteur médico-social  Autre  Préciser : \_\_\_\_\_  
 Contractuel (CDD) en congé sans solde  
Percevrez-vous une rémunération pendant la formation  OUI  NON En cours

**Prise en charge de la formation : Coût pédagogique = 6300 €**

- AUTOFINANCEMENT  
 EMPLOYEUR  OPCO  AUTRE préciser :

Préciser l'organisme ou la Structure qui finance la formation → **Fiche 6**: Attestation de prise en charge de l'organisme ou de la structure qui finance la formation à défaut d'autofinancement.

Coordonnées employeurs ou OPCO Nom du contact

Coordonnées employeurs ou OPCO et Nom du contact : \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

**La convention doit être établie et signée avec l'IFAS et/ou l'organisme et l'apprenant avant l'entrée en formation. Votre entrée en formation est subordonnée à la signature de la convention.**

- Demandeur d'emploi → **Prise en charge des frais de scolarité par la région**

Numéro identifiant : \_\_\_\_\_ Date d'inscription à Pôle Emploi : \_\_\_\_\_

Ouverture des droits : \_\_\_\_\_ Durée de l'indemnisation : \_\_\_\_\_



## FICHE 2 : PEDAGOGIQUE

Cette fiche a pour objectif de mieux vous connaître et de permettre à l'équipe pédagogique d'établir votre parcours de stage.

### 1. IDENTITE

NOM DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ NOM D'USAGE : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_

Aménagement d'épreuves OUI  NON  si oui, fournir un justificatif de la MDPH

### 2. SITUATION DE FAMILLE

Célibataire  Marié(e)  Pacsé(e)  Concubinage  Veuf /veuve  Divorcé(e)

Nombre d'Enfants : \_\_\_\_\_ Âges enfants : \_\_\_\_\_

### 3. ADRESSE POSTALE

N°, rue, libellé voie... : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone Portable : \_\_\_\_\_ Téléphone fixe : \_\_\_\_\_

Adresse Mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

### **ADRESSE POSTALE DE RESIDENCE PENDANT VOS ÉTUDES A L'IFAS (si différente)**

N°, rue, libellé voie... : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone Portable : \_\_\_\_\_ Téléphone fixe : \_\_\_\_\_

Adresse Mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Recherches en cours Lieu souhaité : \_\_\_\_\_

#### 4. MOBILITÉ

##### Mobilité indispensable

Permis voiture :  OUI  NON. Si passage en cours, préciser date du passage de l'examen : \_\_\_\_\_

Véhicule :  OUI  NON.

#### 5. DIPLÔME(S) EN DEHORS DU DOMAINE SANITAIRE OU MEDICO-SOCIAL

Diplôme		Date obtention	
Diplôme		Date obtention	

#### 6. DIPLÔME DANS LE DOMAINE DU SANITAIRE OU MEDICO-SOCIAL

Diplôme		Date obtention	
Diplôme		Date obtention	

#### 7. AFGSU de niveau 2

Etes-vous titulaire de l'AFGSU de niveau 2 :  OUI  NON .Si oui : Date obtention : \_\_\_\_\_

*Joindre la photocopie certifiée conforme.*

#### 8. VOTRE PARCOURS PROFESSIONNEL – HORS SECTEUR SANITAIRE OU MEDICO-SOCIAL

Fonction	Etablissement - Ville	Date	Durée (mois/années)

#### 9. VOTRE PARCOURS PROFESSIONNEL – EN SECTEUR SANITAIRE OU MEDICO-SOCIAL

Fonction (ASH – FFAS...)	Structure - Ville	Service	Date	Durée (mois/années)



## **10. PARCOURS DE STAGE - EN SECTEUR SANITAIRE OU MEDICO- SOCIAL**

STAGE qualité (BAC PRO, BEP, Prépa, Pôle emploi...)	Structure - Ville	Service	Date	Durée (mois/années)

## **11. PARCOURS DE STAGE - EN SECTEUR SANITAIRE OU MEDICO- SOCIAL**

Votre parcours de stage est réalisé en fonction de vos expériences et dans le respect du référentiel de formation. Les stages peuvent être réalisés sur l'ensemble du territoire.

Au moins un stage sera réalisé en dehors de votre commune de résidence lors de la formation.

Le choix du parcours de votre stage est réalisé par l'équipe pédagogique.

Vous pouvez, proposer trois vœux précis de stage si vous le souhaitez. Indispensable pour les cursus partiels.

Vœu 1	Vœu 2	Vœu 3
<b>Important :</b> Merci de citer ci-dessous les structures et services dans lesquels une de vos connaissances (parents, amis...) travaille et/ou est décédée...		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## **12. PROJET PROFESSIONNEL**

Après l'obtention de votre diplôme, savez-vous auprès de quel établissement ou organisme vous souhaiteriez poser votre candidature ?

⇒

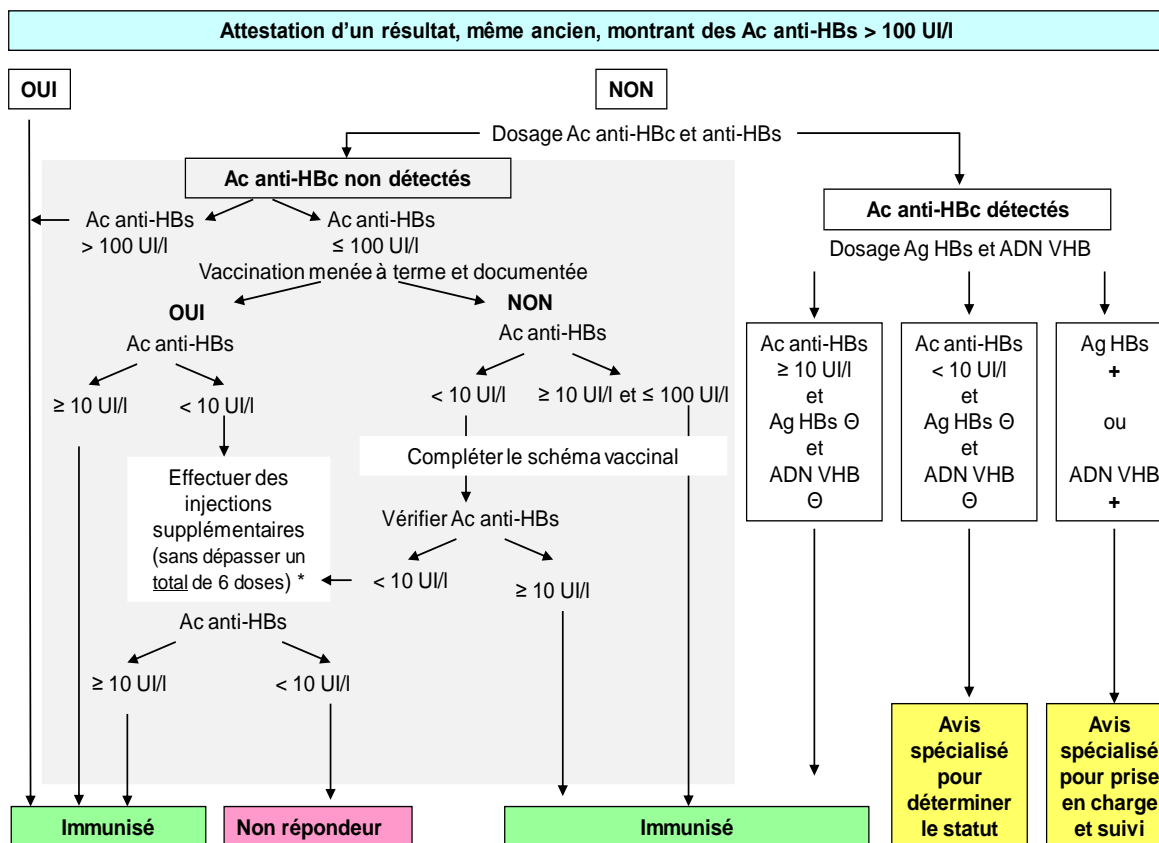
**DATE ET SIGNATURE :**

NB. : Toutes les données et informations portées sur ce document sont strictement confidentielles. Elles sont nécessaires au besoin du service.

En application de la loi française "Informatique et Liberté" du 6 Janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données vous concernant. Pour l'exercice de ces droits, vous pouvez nous contacter



**Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 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. Site du ministère chargé de la santé : <http://www.sante.gov.fr/vaccinations-vaccins-politique-vaccinale.html> )

# La vaccination devient obligatoire pour certaines professions

Publié le 23 septembre 2021 - Direction de l'information légale et administrative (Premier ministre)

Agents publics ou salariés, les personnels des établissements et services sanitaires et médico-sociaux ont jusqu'au 15 septembre 2021 pour être vaccinés, ou jusqu'au 15 octobre 2021 s'ils ont déjà reçu une première dose de vaccin. Mais depuis le 7 août 2021, ils doivent présenter un certificat de rétablissement ou un test négatif s'ils ne sont pas vaccinés. Quels sont les professionnels concernés ?

## Un schéma vaccinal est complet :

- 7 jours après la 2<sup>e</sup> injection pour les vaccins à double injection (Pfizer, Moderna, AstraZeneca) ;
- 28 jours après l'injection pour les vaccins à une seule injection (Janssen/Johnson & Johnson) ;
- 7 jours après l'injection du vaccin chez les personnes ayant eu le Covid-19 (1 seule injection) ;
- 7 jours après l'administration d'une dose complémentaire d'un vaccin à ARN messenger (Pfizer ou Moderna) pour les personnes complètement vaccinées à l'étranger avec un vaccin autorisé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) mais ne bénéficiant pas de l'autorisation ou de la reconnaissance de l'Agence européenne des médicaments (EMA).

## Qui sont les professionnels concernés ?

Le 15 septembre 2021, sauf contre-indication médicale reconnue, devront être obligatoirement vaccinés :

- tous les personnels (y compris administratifs) des établissements de santé et des hôpitaux des armées, des établissements médico-sociaux (Éhpad, USLD, résidences autonomie, structures handicap avec ou sans hébergement et y compris non médicalisées), des établissements sociaux rattachés à un établissement de santé (LHSS, LAM, CSAPA, CAARUD, CLAT, CEGGID) ;
- les personnels des centres et maison de santé et centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic ;
- toutes les professions du livre IV du Code de la santé publique, conventionnées ou non, et professions à usage de titres (médecins, sages-femmes, infirmiers, psychologues, ostéopathes...), ainsi que leurs salariés (par exemple, secrétaires médicales, assistants dentaires) ;
- **les étudiants ou élèves des établissements préparant à l'exercice des professions de santé ;**
- les aides à domicile intervenant auprès des personnes touchant l'APA ou la PCH, dans le cadre de services à domicile ou en tant que salariés des particuliers employeurs ;
- les personnels des entreprises de transport sanitaire (y compris taxis conventionnés) ;
- les pompiers (professionnels et volontaires) des services d'incendie et de secours ;
- les pilotes et personnels navigants de la sécurité civile assurant la prise en charge de victimes ;
- les militaires des unités investies à titre permanent de missions de sécurité civile ;
- les membres des associations agréées de sécurité civile ;
- les personnels des services de médecine préventive et de promotion de la santé ;
- les personnels des services de santé au travail.

Ne sont pas soumis à l'obligation vaccinale :

- les salariés des entreprises extérieures intervenant ponctuellement dans ces lieux, c'est-à-dire de manière non récurrente pour des tâches de très courte durée ; Ces intervenants ponctuels devront cependant présenter un passe sanitaire à compter du 30 août 2021 .
- les personnes justifiant d'une contre-indication à la vaccination .

**À compter du 16 octobre 2021, les personnes concernées doivent justifier, auprès de leur employeur, avoir un schéma vaccinal complet ou ne pas y être soumises en raison de contre-indication médicale ou d'un rétablissement après une contamination par le Covid-19. Les certificats de contre-indication médicale ou de rétablissement peuvent être présentés au médecin du travail compétent. Ce dernier informe alors l'employeur, sans délai, de la satisfaction à l'obligation vaccinale avec, le cas échéant, la date jusqu'à laquelle le certificat transmis est valide.**

En cas de non respect de l'obligation vaccinale

À compter du 15 septembre 2021, des contrôles seront opérés et des sanctions prises le cas échéant. À défaut d'avoir été vaccinés dans les temps, les salariés ou agents publics peuvent être suspendus, sans rémunération. La suspension prononcée par l'employeur est applicable à compter de la notification à l'agent, et peut être retardée si l'agent utilise des jours de repos ou de congés. La suspension prend fin dès que l'agent public remplit les conditions nécessaires à l'exercice de son activité.

## Textes de loi et références

- [Circulaire du 10 août 2021 portant sur les mesures issues de la loi relative à la gestion de la crise sanitaire applicables aux agents publics de l'État](#)
-



## FICHE 4 : D'ATTESTATION D'ASSURANCE

(Instruction DGOS/RH1/2010/243 du 5 juillet 2010 et de la Circulaire DGS/PS 3 n°2000-371 du 5 juillet 2000)

Modèle d'Attestation d'Assurance, couvrant Les Risques Professionnels  
et la Responsabilité Civile des Stagiaires Paramédicaux pour l'année 2023

**Vous devez être couvert pour les risques mentionnés ci-dessous :**

**Risques Professionnels :**

- Accidents corporels causés aux tiers
- Accidents matériels causés aux tiers
- Dommages matériels

**Responsabilité Civile**

- Lors des stages
- Lors des trajets

***Veillez faire remplir l'attestation ci-dessous par votre assureur OU fournir une attestation de votre assureur qui précise les risques couverts***

*(En complément de l'assurance souscrite par l'Institut des Formations Paramédicales couvrant les risques professionnels et la responsabilité civile des stagiaires paramédicaux conformément à l'article L.412-8 du Code de la Sécurité Sociale):*

Je soussigné (directeur assurance) \_\_\_\_\_

Adresse :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Atteste au nom de la Compagnie d'assurance : \_\_\_\_\_

Que Madame ou Monsieur \_\_\_\_\_

Inscrit en formation à l'Institut de Formation Aide-Soignant de Lavaur, Centre Philippe Pinel, Route de Toulouse, 81500 LAVAUR.  
Est garanti pour l'année **2023** pour l'ensemble des risques mentionnées ci-dessus

Fait à \_\_\_\_\_ le, \_\_\_\_\_

Signature et tampon assureur :

**La mise en stage de l'étudiant et/ou de l'élève est conditionnée à la production de cette attestation annuelle d'assurance.**



**INSTITUT DE FORMATION AIDE-SOIGNANT**  
Centre Hospitalier de Lavaur- BP 85 – 81500 LAVAUUR  
Tél. : 05.63.83.30.59- Courriel : secretariat.eas@ch-lavaur.fr



## FICHE 5 : INFORMATION BOURSES

La procédure pour les apprenants souhaitant faire une demande de bourse est la suivante :

- Suivre le Lien du site de dépôt des demandes :  
<https://www.laregion.fr/bourses-etudes-sanitaires-sociales>
- Ouverture du site :  
  
- **Courant Janvier 2023**

Tout dépôt de dossier hors délai, au-delà des dates butoirs visées ci-dessus, sera définitivement rejeté.

**Code établissement : IFASLAVAUUR2023**

à compter de janvier 2023



**FICHE 6**

**ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE FPC**

**DE LA FORMATION AIDE SOIGNANT DIPLOME D'ETAT**

**ANNEE 2023**

Je soussigné (e), (Nom et adresse de la structure ou OPCA ou Apprenant pour un autofinancement),

---

Atteste prendre en charge le coût pédagogique de la formation de 6 300 €, conduisant au Diplôme D'Etat d'Aide-Soignant, dispensée par l'Institut de Formation Aide-Soignante de Lavour, concernant M. ou Mme

---

Fait à....., Le .....

Signature et cachet  
(pour l'organisme ou la structure)

Signature de l'apprenant  
(pour autofinancement)