



RENTREE 2023-2024

DOSSIER D'INSCRIPTION
ADMINISTRATIVE
IFAS



CH BRIVE
INSTITUT DE FORMATION DES AIDES-SOIGNANTES
Pôle de Formation en Santé

**Félicitations, vous êtes admis(e)
à l'Institut de Formation des Aides-Soignants du CH de BRIVE.**

Date de la rentrée : **Lundi 28 Août 2023 à 9H00**

Une pré-rentrée (présence obligatoire) aura lieu le **Jeudi 24 Août 2023 de 8h à 12h ou 13h à 17h**, selon votre convocation envoyée prochainement.

☒ - DOSSIER D'INSCRIPTION

Les pièces à fournir sont à envoyer par voie postale ou directement dans la boîte aux lettres de l'institut, le plus rapidement possible, hormis le dossier médical qui sera amené le jour de la pré-rentrée

- ☞ La photocopie de votre **attestation** de Sécurité Sociale ;
- ☞ Un chèque de 20 € (à l'ordre de la régie IFSI/IFAS) pour le règlement du référentiel de formation d'Aides-Soignants ; et un autre de 100 € pour l'inscription
- ☞ L'attestation d'Assurance Responsabilité Civile Individuelle, de l'année en cours (Souvent délivrée en fonction de votre contrat d'assurance Habitation)
- ☞ La photocopie du Diplôme ou le Relevé de Notes du Baccalauréat **pour les titulaires d'un bac ASSP ou SAPAT**
- ☞ La photocopie de votre Certificat de Participation Journée Défense et Citoyenneté (JDC), pour les personnes de moins de 35 ans
- ☞ « Le Questionnaire de pré rentrée 2023 » dûment rempli
- ☞ La Fiche de renseignements administratifs, l'autorisation d'enregistrement et de diffusion voix/image en fonction de votre âge
- ☞ Un RIB ;
- ☞ Le certificat médical à faire compléter par **un médecin agréé**, (liste disponible sur le site internet de l'A R S de votre Région) **A rendre au secrétariat.**
- ☞ **Le dossier médical : À APPORTER LE JOUR DE LA PRÉ-RENTRÉE**

Vous devez impérativement être à jour de vos vaccinations avant la rentrée scolaire et fournir un certificat médical qui l'atteste.

Rappel : la vaccination contre l'hépatite B est obligatoire et à débiter ou mettre à jour dès votre inscription en formation. Un memo « vaccination étudiants » est à votre disposition sur notre site internet www.ifsibrive.fr

▣ - ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE INDIVIDUELLE :

Le Centre Hospitalier a souscrit un contrat d'assurance responsabilité civile hospitalière, vous assurant pour les dommages corporels ou matériels que vous pouvez occasionner au cours de vos études ou des stages effectués durant la scolarité. Cependant **vous devez continuer à adhérer à l'assurance responsabilité civile de votre choix.**

▣ - BOURSES :

Si vous correspondez aux critères sociaux, possibilité de demande de Bourses Régionales de la Nouvelle-Aquitaine, sur le site :

<https://mes-services.nouvelle-aquitaine.fr>

*La campagne des bourses sanitaires et sociales pour les formations démarrant à partir de septembre 2023 sera ouverte à partir du **5 JUIN 2023** (simulation possible).*

 **Attendre que votre Inscription soit DÉFINITIVE pour valider votre dossier de demande de bourses.**

▣ - TENUES DE STAGE :

5 tuniques et 5 pantalons, sont mis à la disposition de chaque élève pendant la formation par le Centre hospitalier de BRIVE.

Vous devrez compléter votre équipement par :

- * Des chaussures silencieuses, fermées et lavables **exclusivement réservées au stage. (Pas de chaussures type « crocs »)** Des informations complémentaires vous seront fournies peu après la rentrée, par conséquent, **il serait préférable d'attendre pour cet achat.**
- * D'une montre à trotteuse

▣ - FOURNITURES POUR LA FORMATION RENTRÉE 2023

1. **Un Ordinateur ainsi qu'une connexion internet correcte sont fortement conseillés.**

Direction des instituts :

Laurence **BLANCO**

Je soussigné(e) Docteur (nom-prénom)

Coordination pédagogique :

Mylène **NEYRET**

Médecin à

Secrétariat :

Accueil

Déclare avoir examiné(e) ce jour :

Emma **BORDES-BOURGES**

Entrant en institut de formation paramédicale :

05.55.92.79.55

Suivi des étudiants et
intervenants

Conformément aux articles 10 et 13 du décret n°88-386 du 19 avril 1988, je constate que l'intéressé(e) n'est atteint(e) d'aucune maladie ou infirmité, ou que les maladies ou infirmités constatées et qui doivent être indiquées au dossier médical de l'intéressé(e) ne sont pas incompatibles avec l'exercice des fonctions postulées.

Fanny **MAGNAUDET**

05.55.92.79.18

J'engage ma responsabilité et déclare que l'intéressé(e) :

- N'est atteint(e) d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique avec l'exercice de la profession aide-soignante ou infirmière *
- Ne remplit pas les conditions d'aptitudes physiques ou psychologiques

OBSERVATIONS EVENTUELLES :

Fait et délivré à la demande des instituts
de formation paramédicale du CH de
Brive, pour valoir ce que de droit,

à

Le

Signature et cachet obligatoire

*Rayer la mention inutile

DOSSIER MEDICAL

Médecine du travail

Téléphone : 05 55 92 66 53

Email : med-travail@ch-brive.fr

Dans le cadre de votre admission à l'institut de formation d'Aide-Soignant, vous êtes prié (e)s **de fournir les documents suivants** :

- **La Fiche Médicale ci-jointe**, remplie par un médecin

- **La preuve de votre immunité** contre la rubéole (pour les femmes) et les oreillons (pour les hommes). Si l'immunité est négative, la vaccination est recommandée mais pas obligatoire

- Une photocopie du **carnet de santé** (vaccinations). *La vaccination anti COVID 19 n'est plus obligatoire (décret du 13 mai 2023) mais fortement recommandée.*

- **La preuve de votre immunité contre l'hépatite B**
 - ✓ Dosage quantitatif des Anticorps Anti-Hbs
 - ✓ Recherche de l'AgHbs ➤ (arrêté du 06.03.2007)

- **Une radiographie pulmonaire et un test tuberculinique** datant de moins de trois mois.
 - BCG - non obligatoire depuis le 1^{er} avril 2019

- **Une photo d'identité** (nom et prénom au dos).

Ce dossier médical complet est à remettre lors de la pré-rentrée

Le Médecin du Travail.
M. Bergès Pascal

**- Inscription des étudiants en santé -
Fiche médicale à valider par un médecin**

Filière universitaire : NOM : NOM de naissance :
 Médecine
 Odontologie
 Pharmacie
 Sage-femme
 ou Institut de formation : Prénom : Date de naissance : .. / .. /
 Année d'admission : Tél. : Email :
 Département de naissance : Code postal lieu de résidence :
 Commune de naissance ou pays si né(e) à l'étranger :

Avant votre entrée en formation, vous devez apporter la preuve que vous êtes vacciné(e) contre différents risques infectieux. Si vous n'êtes pas à jour des vaccinations obligatoires, vous ne serez pas autorisé(e) à aller en stage. Les tableaux suivants devront être complétés par votre médecin sauf si le carnet de vaccination électronique a été créé sur www.mesvaccins.net et validé par un professionnel de santé. Cette fiche devra être communiquée, avec les résultats**, en même temps que votre dossier d'inscription (article L3111.4 du Code de la Santé Publique).

Si carnet de vaccination électronique créé et validé par un professionnel de santé : code de partage
 Le médecin n'a rien de plus à compléter. Joindre uniquement les résultats demandés sous pli confidentiel.

Diphtérie-Tétanos-Polio (dTP)* / Diphtérie-Tétanos-Polio-Coqueluche (dTPca)

Rappel dTPca si un vaccin coquelucheux n'a pas été administré dans les 5 dernières années (respecter un délai de 1 mois après le dernier dTP). Lors des rappels à âge fixe (25, 45 et 65 ans), sera réalisé systématiquement un dTPca.

Dernier rappel dTP => Date : .. / .. / Nom : Dernier rappel dTPca => Date : .. / .. / Nom :

Hépatite B*

Joindre les résultats sérologiques quelle que soit la date**

Rappel des conditions d'immunisation :

- 1) Ac anti-HBs > 100 UI/l (quels que soient l'historique vaccinal et l'ancienneté des résultats)
- 2) Ac anti-HBs ≥ 10 UI/l et Ac anti-HBc négatif (si schéma vaccinal complet)

Les différents schémas complets :

- soit classique (3 doses) : 2 doses à 1 mois d'intervalle, la 3^{ème} au moins 5 mois après la 2^{ème} dose
- soit à l'adolescence (de 11 à 15 ans) : 2 doses espacées de 6 mois } avec un vaccin contre l'hépatite B dosé à 20 µg
- soit accéléré (à titre exceptionnel) : 3 doses en 21 jours, rappel à 1 an }

- Première dose => Date : .. / .. / Nom :
- Deuxième dose => Date : .. / .. / Nom :
- Troisième dose => Date : .. / .. / Nom :
- Injections supplémentaires => Date : .. / .. / Nom :
- => Date : .. / .. / Nom :
- => Date : .. / .. / Nom :

Covid-19*

Antécédent de COVID => Date : .. / .. / Première dose => Date : .. / .. / Deuxième dose => Date : .. / .. / Rappel => Date : .. / .. /

Rougeole-Oreillons-Rubéole (ROR)

Personnes nées avant 1980 :

- Antécédent de rougeole => Date : .. / .. /
- Pas d'antécédent de rougeole ou doute => vaccination 1 dose recommandée sans contrôle sérologique préalable

Personnes nées depuis 1980 :

- vaccination 2 doses recommandées quels que soient les ATCD

Schéma vaccinal :

- Première dose => Date : .. / .. / Nom :
- Deuxième dose => Date : .. / .. / Nom :

Varicelle

- Antécédent de maladie
- Pas d'antécédent ou doute

Si pas d'antécédent ou doute => Sérologie à faire

Joindre le résultat**

Si sérologie négative => Vaccination recommandée

- Première dose => Date : .. / .. / Nom :
- Deuxième dose => Date : .. / .. / Nom :

Méningocoque C

Vaccination recommandée jusqu'à l'âge de 24 ans inclus => Date : .. / .. / Nom :

Tuberculose (vaccination non obligatoire à compter du 1^{er} avril 2019) recueillir uniquement des éléments ci-dessous

BCG

=> Date : .. / .. /

Test tuberculinique (IDR) quelle que soit la date de réalisation

(une valeur de référence post-vaccinale est indispensable)

- Taille de l'induration en mm :

Je, soussigné Dr _____ certifie que les renseignements inscrits ci-dessus sont exacts.

Fait le :

Signature et cachet du praticien :

* Obligatoire

** Nous vous rappelons que tous les éléments demandés doivent être joints sous pli confidentiel.

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

ÉTAT CIVIL :

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénom :

Né(e) le : à : Dpt :

ADRESSE :

N° : Rue ou Lieu-Dit :

Code postal : Ville :

Téléphone : Portable :

E-mail : @

SITUATION FAMILIALE :

Célibataire, Marié(e), Pacsé(e), Divorcé(e), Union libre, Autre **(*rayer les mentions inutiles*)**

Nombre d'enfant(s) :

SITUATION PARTICULIERE

Aurez-vous besoin d'un accompagnement spécifique durant votre cursus de formation ?

non oui

Si oui, lequel ?

Si oui , documents à fournir :

- Demande écrite à la direction des instituts de formation
- Justificatif MDPH ou par un médecin agréé MDPH

Votre dossier sera ensuite étudié par la section pour le traitement pédagogique des situations individuelles, conformément à l'arrêté du 10 juin 2021.

FINANCEMENT DES FRAIS PEDAGOGIQUES/COÛT DE LA FORMATION

STATUT	Pièces obligatoires à fournir avec le dossier d'inscription	Partie réservée à l'administration
<input type="checkbox"/> Salarié(e) du secteur public	L'attestation de prise en charge par l'employeur du coût de la formation	
<input type="checkbox"/> Salarié(e) du secteur privé	L'attestation de prise en charge de l'employeur ou d'un fonds de formation en produisant l'attestation de prise en charge des frais de formation.	
<input type="checkbox"/> Inscrit(e) à Pôle Emploi	<p>N° identifiant Pôle Emploi</p> <p>Date d'inscription</p> <p>1- L'avis de situation à télécharger sur votre espace personnel Pôle Emploi, document daté de moins d'un mois à la date de l'entrée en formation à transmettre pour le 25 Août 2023 (dernier délai).</p> <p>2- Une attestation sur l'honneur précisant que le candidat n'a pas de droits ouverts au congé Professionnel de Formation.</p>	
<input type="checkbox"/> En poursuite de scolarité	Le ou les certificats de scolarité successifs depuis l'obtention du Baccalauréat ou titre équivalent. Le cas échéant la ou les attestation(s) de scolarité en classe préparatoire aux épreuves de sélection d'entrée en IFSI.	
<input type="checkbox"/> Bourses Sanitaires et Sociales	Notification d'attribution des Bourses Sanitaires et Sociales – Septembre 2023	
<input type="checkbox"/> Aucune des catégories précédentes		

NB : Pas de démarche individuelle auprès du Conseil Régional : l'IFAS assure le lien entre les élèves et la Région, dès la rentrée, sous réserve de fournir les documents nécessaires à la constitution du dossier et d'être inscrit à Pôle Emploi.

AUTORISATION POUR LES MINEURS

INSTITUTS DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS et AIDE-SOIGNANTE

Pôle de Formation en Santé

22 rue Jules Valles

19100 Brive la Gaillarde

Tél : 05.55.92.79.55 / ifsi@ch-brive.fr

**AUTORISATION D'ENREGISTREMENT ET DE DIFFUSION DE LA
VOIX/IMAGE d'un apprenant mineur**

Vu le code civil (article 9) la Déclaration universelle des droits de l'homme (article 12), la Convention européenne des droits de l'homme (article 8) et la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne (article 7)

Vu le règlement général européen N°2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation des données (RGPD) et à la loi n°78-17 du 16 janvier 1978 modifiée le 29 juin 2018 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

La présente demande est destinée à recueillir le consentement et les autorisations nécessaires dans le cadre de l'enregistrement, la captation, l'exploitation et l'utilisation de l'image des apprenants mineurs (photographie, voix) quel que soit le procédé envisagé.

Formation : infirmière aide-soignante

1. Finalités envisagées

- Présentation d'une activité pédagogique intra ou extra institut
- Administratif (Trombinoscope, logiciel métier...)
- Film sur un sujet expressément désigné à un caractère pédagogique
- Exposition de photographies dans le cadre d'activités pédagogiques
- Publication sur le site internet de l'institut ou du CH
- Publication à caractère professionnel (livres, revues, réseaux sociaux...)

2. Modes d'exploitation

Autorisation *	Support	Conservation	Étendue de la diffusion
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Gestion Administrative Logiciel métier BL	1 année formation	Personnels administratif, équipe pédagogique
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Trombinoscope	1 année formation	Personnel administratif, équipe pédagogique et apprenants de l'institut.
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Pour un usage collectif dans sa promotion	1 année formation	Personnel administratif, équipe pédagogique et vie scolaire, élèves de l'établissement
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	En ligne	1 année formation	Site avec accès réservé (ENT, plateforme, ex ou intranet..) Précisez le(s) site(s) :.....
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	En ligne	1 année formation	Internet (monde entier)
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Support de stockage amovible	1 année formation	Précisez les destinataires du support :
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Projection collective	1 année formation	<input type="checkbox"/> Usage collectif dans les promotions des Apprenants enregistrés <input type="checkbox"/> Autres usages institutionnels à vocation éducative, de formation ou de recherche <input type="checkbox"/> Usages de communication externe de l'institution
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autre	1 année formation	Précisez les destinataires :

3. Consentement de l'apprenant

- On m'a expliqué et j'ai compris à quoi servait ce projet.
- On m'a expliqué et j'ai expliqué qui pourrait voir cet enregistrement.

Et je suis d'accord pour que l'on enregistre, pour ce projet mon image ma voix.

Nom prénom de l'apprenant :

Signature :

4. Autorisation parentale

Je (Nous) soussigné(e)(s) :

Demeurant à :

Et (nom prénom).....

Agissant en qualité de représentant(s) légal(aux) de : (nom - prénom de l'apprenant).....

Je reconnais être entièrement investi de mes droits civils à son égard. Je reconnais expressément que le mineur que je représente n'est lié par aucun contrat exclusif pour l'utilisation de son image et/ou de sa voix, voire de son nom et

- Autorise(ons) la captation de l'image / de la voix de l'enfant et l'utilisation qui en sera faite par son institut de formation
- N'autorise(ons) pas la captation de l'image / de la voix de l'enfant.

Merci d'écrire lisiblement le mot « **REFUS** » :

Fait à

Le Signature (s) :

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

A partir de la rentrée, le secrétariat des instituts sera en mesure de vous remettre :

- Des certificats de scolarité ;
- La carte CPE du CH de BRIVE

Les informations générales concernant la formation et la programmation vous seront communiquées dès la pré-rentrée et le premier jour de la rentrée.