



Strasbourg, le 13 juillet 2023

Madame, Monsieur,

Vous êtes admis(e) dans notre Institut pour suivre la formation conduisant au diplôme d'Etat d'Aide-Soignant(e) en ALTERNANCE pour la **rentrée du lundi 13 novembre 2023 à 9 H.**

Il vous appartient maintenant de constituer votre **dossier définitif d'inscription** que vous trouverez ci-joint.

Il doit être retourné complet au secrétariat de l'Institut **au plus tard le 08 septembre 2023** :

- Soit par courrier à l'adresse suivante : Institut de Formation en Soins Infirmiers Saint Vincent
20 a, Rue Sainte Marguerite – 67000 STRASBOURG
- Soit à l'IFSI Saint Vincent - Merci de prendre OBLIGATOIREMENT un rdv au 03 88 21 70 45 (règlement possible sur place par carte bancaire).

Toute présentation sans RDV sera refusée. Tout dossier incomplet sera refusé.

Le certificat de scolarité vous sera délivré le premier jour de la rentrée scolaire.

De plus, pour le jour de la rentrée, **vous devez créer une adresse mail selon le modèle suivant** :

Nomdenaissance.prénom2325@gmail.com

(Exemples : dupont.celine2325@gmail.com / dupont.marc2325@gmail.com)

Compte tenu de la possibilité d'un enseignement à distance par alternance, il conviendra de penser à vous équiper de matériel informatique vous permettant de suivre les cours et de vous assurer d'avoir une bonne connexion au réseau wifi.

En vous souhaitant une agréable trêve estivale et au plaisir de vous accueillir à la rentrée, je vous prie de recevoir, Madame, Monsieur, mes salutations les meilleures.

Jean-Francois JEZEGOU
Directeur

**PIECES A FOURNIR
POUR LA CONSTITUTION DU DOSSIER D'INSCRIPTION
EN FORMATION AIDE-SOIGNANTE EN ALTERNANCE
Rentrée 2023**

Dossier à nous transmettre complet au plus tard le 27 juillet 2023

Ce dossier est composé de deux parties :

**1° DOSSIER
ADMINISTRATIF**

Pour constituer la partie administrative du dossier, veuillez nous faire parvenir les pièces suivantes :

- **La fiche de renseignements administratifs avec une photo collée dessus.**
- **1 photos d'identité récente de taille standard : 3,5 cm X 4,5 cm environ avec nom et prénom au verso.**
- **Une attestation d'assurance stipulant la souscription d'un contrat d'assurance en responsabilité civile personnelle couvrant, au minimum, les risques suivants :**
 - accidents corporels causés aux tiers
 - accidents matériels causés aux tiers
 - dommages immatériels.
- **2 photocopies recto-verso de la pièce d'identité en cours de validité certifiées conformes par vous-même.**
- **La copie du dernier diplôme le plus élevé**
- **La copie du contrat de travail ou la promesse d'embauche**
- **Un curriculum vitae**
- **La fiche de prévention de risques liés à la formation et à l'exercice soignant**
- **La fiche d'autorisation de mise en ligne des résultats lors de la diplomation**
- **La fiche d'autorisation du droit à l'image**

2° DOSSIER MEDICAL

Pour constituer la partie médicale du dossier, veuillez nous faire parvenir les pièces suivantes (article 13 de l'arrêté du 22 octobre 2005 modifié relatif à la formation conduisant au Diplôme d'Etat d'Aide-Soignant) :

- Le document intitulé « **Prévention des risques liés à la formation et à l'exercice soignant** », imprimé ci-joint.
- **Un certificat médical délivré par un médecin agréé**
Ce document daté et signé doit être établi au verso de la fiche du certificat médical de vaccination et doit obligatoirement comporter la mention suivante : « **le candidat ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession d'aide-soignant** ».

Vous trouverez la liste des médecins agréés sur le site internet de l'A.R.S. :

<https://www.grand-est.ars.sante.fr/medecins-agrees-23>

Le document ARS intitulé « **Attestation médicale de vaccinations obligatoires pour l'entrée en formation à l'IFSI/ l'IFAS ST VINCENT** » conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France, à faire renseigner par votre médecin agréé délivrant le certificat médical cité ci-dessus, imprimé joint au courrier de résultat. Un tubertest de moins de 3 mois est nécessaire, et le résultat doit être exprimé en mm. SI NÉGATIF, NE PAS REVACCINER. (Recommandation du Ministère de la Santé



FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Photo
à coller
ici

FORMATION AIDE-SOIGNANTE EN ALTERNANCE
PROMOTION 2023/2025

ETAT CIVIL : OBLIGATOIRE à l'identique de la CNI (Toutes cases à renseigner)

Nom de famille : _____ Nom marital : _____

Prénom : _____ Sexe (F/M) : _____ Date de naissance : _____

Lieu de naissance : _____ Département : / / / / / / / Pays : _____ Nationalité : _____

Téléphone portable : _____ Courriel : _____

Téléphone fixe : _____ N° de Sécurité Sociale:
/ / / / / / / / / / / / / / / /

Code INE : / / / / / / / / / / / / / N° d'identifiant Pôle Emploi : / / / / / / / / / /

Situation familiale : Célibataire Marié(e) Pacsé(e) en Concubinage Divorcé(e) Séparé(e) Veuf(ve)

Nom et prénom du conjoint : _____

Nombre d'enfants : _____ Age des enfants : _____

RESIDENCE PENDANT LES ETUDES :

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

AUTRE RESIDENCE : (des parents par exemple)

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone fixe : _____

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Lien de l'élève avec la personne : _____

Nom - Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone fixe : _____ Téléphone portable : _____

ETUDES

Niveau Scolaire	Nom de l'Etablissement	Date début	Date de fin	Diplômes obtenus Année d'obtention
Merci d'indiquer le diplôme le plus élevé obtenu				

ACTIVITES PROFESSIONNELLES ANTERIEURES

Employeur et adresse de l'établissement	Fonction	Contrat			
		Type (CDD/CDI/...)	Date début	Date fin	Motif de fin

QUELLE EST VOTRE SITUATION POUR L'ENTREE EN FORMATION

Type de contrat (Joindre la copie du contrat ou de la promesse d'embauche)	<input type="checkbox"/> Apprentissage <input type="checkbox"/> Contrat de professionnalisation <input type="checkbox"/> Pro A
Employeur	Nom de l'établissement : Adresse de l'établissement :

Je soussigné(e) certifie l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus.

Date :

Signature :

Signature des parents pour les mineurs
(précisez le lien avec l'élève)



Droit à l'image

(CODE CIVIL Article 9 – CODE PENAL Article 226-1)

Document à remettre au secrétariat

Je soussigné(e) :

Nom de naissance: Prénom :

Elève aide-soignante de l'IFSI ST VINCENT, de la promotion 2023/2025.

Reconnais avoir été informé(e) que l'Institut de Formation en Soins Infirmiers Saint Vincent de Strasbourg :

- Pourra effectuer, dans le cadre de différentes activités pédagogiques, des photographies et vidéos de ma personne
- Pourra exploiter la/les photographie(s)/vidéo(s) sur laquelle je suis reproduit(e) dans un cadre exclusivement pédagogique

A compter de la rentrée scolaire et pendant toute la durée de mon cursus de formation.

Je m'engage à :

- Ne pas faire usage des images de groupe ou d'images d'autres étudiants à l'extérieur de l'Institut (réseaux sociaux...)
- Ne pas diffuser, de quelque manière que ce soit, l'image des personnels de l'Institut.

Je dégage la responsabilité de l'Institut en cas de non-respect de ces dispositions.

J'en accepte les conditions citées ci-dessus.

Fait à Strasbourg, le : _____/2023

Signature :



**Autorisation de mise en ligne
des résultats lors de la diplomation
sur le site internet de la DREETS**

Je soussigné(e) _____ ,

Inscrit(e) à la formation Aide-Soignante 2023,

Autorise

N'autorise pas

Fait à

Le.....

Signature :



Prévention des risques liés à la formation et à l'exercice soignant

Je soussigné(e) :

Madame *

Monsieur *

Elève aide-soignant(e) à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers Saint Vincent,

- Déclare avoir été averti(e) que la formation Aide-Soignante comporte des risques, entre autres de contamination et d'infection, et en être conscient(e).
- M'engage à prendre toutes les mesures nécessaires pour les prévenir, en application des enseignements reçus et des mesures universelles de prévention des accidents.

En outre, la Direction de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers, ainsi que le médecin désigné par celle-ci, prendront toute décision médicale ou chirurgicale en cas d'urgence.

Fait à _____ le _____

Signature de l'élève

*Si vous n'êtes pas majeur(e),
signature des parents*

* *Rayer les mentions inutiles*

CERTIFICAT MEDICAL DE VACCINATION

1. Conformément à l'Article 91 de l'arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux

« L'admission définitive dans un institut de formation préparant à l'un des diplômes visés à l'article 1er du présent arrêté est subordonnée : a) A la production, au plus tard le premier jour de la rentrée, d'un certificat établi par un médecin agréé attestant que l'étudiant ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession ; b) A la production, **au plus tard le jour de la première entrée en stage**, d'un certificat médical de vaccination conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France ».

2. Article L3111-4 du code de santé publique

« Tout élève ou étudiant d'un établissement préparant à l'exercice des professions médicales et des autres professions de santé (...) qui est soumis à l'obligation d'effectuer une part de ses études dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention ou de soins, **doit être immunisé contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite** ».

3. Arrêté du 02 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L.3114-4 du code de la santé publique

Article 2 : « Les élèves ou étudiants mentionnés à l'article 1er de l'arrêté du 6 mars 2007 susvisé sont soumis aux obligations d'immunisation mentionnées à l'article L. 3111-4 du code de la santé publique. Au moment de leur inscription dans un établissement d'enseignement et, au plus tard, avant de commencer leurs stages dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention ou de soins, ils apportent la preuve qu'ils satisfont aux obligations d'immunisation mentionnées à l'article L.3111-4. **A défaut, ils ne peuvent effectuer leurs stages.** ».

Article 3 : « La preuve de l'immunisation contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite (...) est apportée par la présentation d'une **attestation médicale de vaccination précisant la dénomination des spécialités vaccinales utilisées, les numéros de lots ainsi que les doses et les dates des injections.**

La preuve de l'immunisation contre l'hépatite B est apportée par la présentation d'une attestation médicale établie dans les conditions définies en annexes I et II du présent arrêté. ».

Annexe 1 : conditions d'immunisation contre l'hépatite B

« Les personnes [...] sont considérées comme immunisées contre l'hépatite B si elles produisent une attestation médicale comportant un résultat, même ancien, indiquant la présence, dans le sérum, d'anticorps anti-HBs à une concentration supérieure à 100UI/l.

Si les personnes [...] ne présentent pas le résultat mentionné, il est effectué un dosage des anticorps anti-HBc et des anticorps anti-HBs en vue de la délivrance d'une attestation médicale attestant ou non de l'immunisation contre l'hépatite

- Les anticorps anti-HBc ne sont pas détectables dans le sérum. »

Et

- « la vaccination a été menée à son terme selon le schéma en vigueur dans le calendrier vaccinal. »

Et

- « le taux d'anticorps anti-HBs dans le sérum est supérieur ou égal à 10 UI/l :

La personne est considérée comme définitivement protégée contre l'hépatite B. Il n'y a pas lieu de réaliser de dosage sérologique ultérieur ni d'injection vaccinale supplémentaire. ».

4. Circulaire DGS/SD5C n°2004-373 du 11 octobre 2004 relative à la pratique des tests tuberculiques

« L'IDR » ou Tubertest « doit être réalisée [...] comme test de référence dans le cadre de la surveillance des membres des professions à caractère sanitaire ou social exposés à la tuberculose (professions énumérées aux articles R. 3112-1 et R. 3112-2 du code de la santé publique) ».

5. Article R4626-23 modifié par décret n°2015-1588 du 4 décembre 2015 – art. 25

« Le médecin du travail prévoit les examens complémentaires adaptés en fonction des antécédents de la personne, du poste qui sera occupé et dans une démarche de prévention des maladies infectieuses transmissibles. ».

CERTIFICAT MEDICAL DE VACCINATION

Nom et Prénom de l'élève :

Date de Naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

VACCINATIONS ET EXAMENS OBLIGATOIRES pour l'admission en formation d'infirmier(e) ou d'aide-soignant(e) :

	Dates	Nom du vaccin
Vaccination contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, coqueluche		

Vaccination contre l'hépatite B					
Primovaccination	Dates	Nom du vaccin	Rappels (si besoin)	Dates	Nom du vaccin
1 ^{ère} injection			1 ^{er} rappel		
2 ^{ème} injection			2 ^{ème} rappel		
3 ^{ème} injection			3 ^{ème} rappel		

Sérologie hépatite B		
	Dates	Résultat
Anticorps anti-HbS		
Anticorps anti-HbC		

	Date	Taille de l'induration en mm	Présence de phlyctènes
Test tuberculinique de moins de 3 mois			

VACCINATIONS RECOMMANDEES pour l'admission en formation d'infirmier(e) ou d'aide-soignant(e) :

	Dates	Nom du vaccin
Rougeole Oreillon Rubéole 1 et 2		
Infections à méningocoque C		
Varicelle 1 et 2 en l'absence d'antécédent et si sérologie négative		
Hépatites A 1 et 2		
Grippe		
COVID 1,2 et 3		

<u>Observations du médecin traitant :</u>	Cachet avec nom, adresse et signature du médecin
---	---

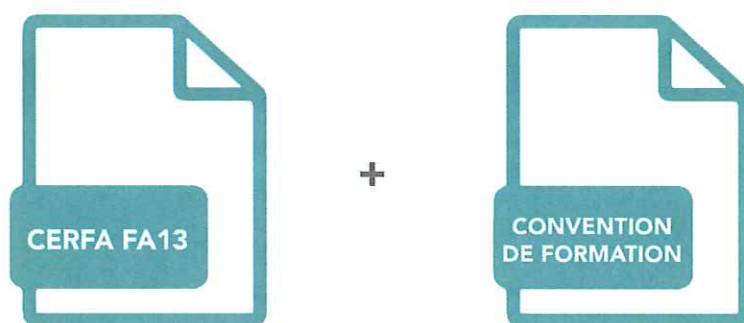
<u>Observations du médecin agréé - Certificat Médical d'Aptitude :</u> Cachet avec nom, adresse et signature du médecin
--

Fait à : _____ le : _____/2023

IMPORTANT

La fiche de renseignements est un élément crucial pour le financement de la formation.

Elle permet au CFA ARASSM de vous réaliser :



Chaque donnée est nécessaire pour l'établissement du **CERFA** et de la **convention** ; **pièces indispensables** à la demande de prise en charge de la formation par le financeur.



FICHE DE RENSEIGNEMENTS | 2023

EMPLOYEUR

Nom de l'établissement :

Votre secteur d'activité : MSA URSAAF

Adresse :

Code postal :

Ville :

N° tél :

Fax :

E-mail :

Nom du directeur(trice) :

Effectif total de salariés :

Régime social de l'établissement : Secteur privé Secteur public

N° SIRET :

Code IDCC convention collective :

Caisse de retraite :

Nom de votre OPCO :

Code NAF :

TYPE D'EMPLOYEUR

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Entreprise inscrite au répertoire des métiers ou au registre des entreprises pour l'Alsace-Moselle | <input type="radio"/> Service de l'État |
| <input type="radio"/> Entreprise inscrite uniquement au registre du commerce et des sociétés | <input type="radio"/> Commune |
| <input type="radio"/> Entreprises dont les salaires relèvent de la mutualité sociale agricole | <input type="radio"/> Département |
| <input type="radio"/> Profession libérale | <input type="radio"/> Région |
| <input type="radio"/> Association | <input type="radio"/> Établissement public hospitalier |
| <input type="radio"/> Autre employeur privé | <input type="radio"/> Établissement public local d'enseignement |
| | <input type="radio"/> Établissement public administratif de l'État |
| | <input type="radio"/> Établissement public administratif local |
| | <input type="radio"/> Autre employeur public |

MAÎTRE D'APPRENTISSAGE

Madame Monsieur

Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Nationalité :

Date de naissance :

E-mail :

NIR :

Emploi occupé :

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

Niveau de diplôme ou titre obtenu le plus élevé :

Avez-vous déjà effectué la formation de Maître d'Apprentissage ? :

Si oui, année et centre de formation :

APPRENTI

Madame Monsieur

Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Nationalité :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse (domicile personnel) :

Code postal :

Ville :

N° tél :

Fax :

E-mail :

NIR :

N° INE de l'apprenti :

(11 caractères qui apparaissent sur son relevé de notes ou la convocation du BAC ou n° BEA si il n'a pas le BAC)

Nom de la formation :

⚠ Veuillez sélectionner la formation à l'aide de la liste déroulante

Nom de l'école :

⚠ Veuillez sélectionner l'école à l'aide de la liste déroulante

Si l'apprenti est mineur : quelle est la catégorie socioprofessionnelle de son représentant légal :

(Nom, prénom, métier ainsi que le niveau auquel ce métier est exercé (exemple : cadre ou non, technicien, ouvrier...))

Apprenti en situation de handicap : Oui Non

Apprenti avec une RQTH : Oui En cours Non

(Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé)

Apprenti a été orienté par une mission locale ou une PAIO ? : Oui Non

Quel est son dernier diplôme ou titre préparé ? :

Quel est son diplôme ou titre le plus élevé obtenu ? :

Quelle était sa situation précise l'année précédant sa 1ère entrée en apprentissage (plusieurs réponses possibles) :

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Scolarité type collège (y compris SEGPA, CPA, CLIPA, MFR, ...) | <input type="radio"/> Second cycle général et technologique |
| <input type="radio"/> Scolarité instituts médico-éducatifs et pédagogiques (IME, IMP) | <input type="radio"/> Second cycle professionnel (lycée professionnel, MFR, ...) |
| <input type="radio"/> Enseignement supérieur (y compris CPGE) | <input type="radio"/> En emploi |
| <input type="radio"/> Contrat de professionnalisation | <input type="radio"/> Demandeur d'emploi, chômage |
| <input type="radio"/> Contrat d'apprentissage | <input type="radio"/> Autre situation |
| <input type="radio"/> Stagiaire | |

SI L'APPRENTI ÉTAIT SCOLARISÉ OU APPRENTI EN 2022-2023

Nom de l'établissement :

Adresse de l'établissement :

Classe fréquentée :

CONTRAT DE L'APPRENTI

Date du contrat d'apprentissage (ex: du 00.00.0000 au 00.00.0000) :

Type de contrat : CDD CDI

Temps de travail par semaine :

