

Objet : **Rentrée 2024/2025 / Formation en alternance**

Albi, le 20 octobre 2023

Madame, Monsieur,

Vous avez confirmé votre intention d'entreprendre vos études à l'I.F.A.S. des I.F.M.S, d'Albi. 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 à l'adresse suivante : [ameline.giuliani@ifmsalbi.fr](mailto:ameline.giuliani@ifmsalbi.fr), par courrier postal, ou, en le déposant à l'accueil des Instituts de Formation aux Métiers de la Santé d'Albi, I.F.S.I. et I.F.A.S., 6, Impasse François Verdier 81000 ALBI.

**INSCRIPTION :**

**Vous avez jusqu'au 13 novembre 2023.**

**TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA REJETE**

Aucune entrée en formation ne sera autorisée, si votre dossier est incomplet, tous les documents demandés sont obligatoires. Tout dossier réceptionné fera l'objet d'une information « dossier complet » ou « dossier incomplet » par mail uniquement. Nous recommandons donc de vérifier la boîte de réception de l'adresse mail fournie (vérifiez également les courriers indésirables).

**DATE POUR L'ENTREE EN FORMATION :** Lundi 8 janvier 2024.

L'heure de rentrée vous sera communiqué par mail.

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

Madame Catherine MULLER

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

GCS des Instituts de Formation  
Aux métiers de la Santé d'Albi  
6 impasse François Verdier  
81000 ALBI

## Pièces administratives à fournir :

Nom.....

Prénom.....

Si mariée, nom d'épouse .....

Photocopies des diplômes,

Photo d'identité (nom et prénom au verso),

Photocopie de la carte d'identité ou du passeport ou titre de séjour, en cours de validité,

Justificatif de votre lieu d'habitation pendant les études (quittance loyer, EDF, ...),

Contrat d'apprentissage ou contrat Pro A ou de professionnalisation,

Photocopie de l'attestation de droit à la couverture sociale sur laquelle figure votre nom (pour les moins de 20 ans, fournir celle des parents où figure votre nom),

Fiche administrative (cf p. 3 et 4),

Fiche d'affectation des stages (cf p. 5 et 6),

Fiche d'attestation d'assurance à faire compléter ou fournie par votre assureur, couvrant :

Les risques professionnels, et la responsabilité civile des stagiaires paramédicaux pour la durée de la formation. La mise en stage de l'élève est conditionnée à la production de cette attestation annuelle d'assurance,

Certificat de vaccination, à faire renseigner par votre médecin attestant d'un calendrier vaccinal compatible avec la mise en stage,

Certificat médical établi par un médecin agréé par l'A.R. S (consulter site internet : liste des médecins agréés ARS), attestant que le candidat ne présente pas de contre-indications physiques et psychologiques nécessaires à l'exercice de la profession d'aide-soignant,

Si demande d'aménagement d'épreuve : vous rapprocher de votre médecin traitant et nous fournir le justificatif.

## FICHE ADMINISTRATIVE

### Identité

Nom : .....

Prénoms : .....

Nom d'épouse : .....

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

Nationalité : .....

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

Adresse actuelle : .....

.....

Adresse pendant les études à l'IFAS .....

.....

Téléphone : .....

@mail : .....

Reconnaissance handicapée OUI  NON

Aménagement d'épreuve OUI  NON

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

### Personne à contacter en cas d'urgence

Nom – Prénom : ..... Lien : .....

Téléphone : ..... Mail : .....

### Renseignements concernant les parents pour les élèves mineurs

|                    | PERE | MERE |
|--------------------|------|------|
| NOM – Prénom       |      |      |
| Adresse            |      |      |
| Téléphone domicile |      |      |
| Téléphone portable |      |      |
| @ mail             |      |      |

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 par mail.

## Diplôme – titre

| INTITULE | Série | Année |
|----------|-------|-------|
|          |       |       |
|          |       |       |
|          |       |       |

Titulaire de l'AFGSU de niveau 2 OUI  NON  (si oui, fournir l'attestation)

## Situation administrative avant l'entrée en formation

J'occupe un emploi actuellement :  OUI  NON

Précisez l'emploi occupé : \_\_\_\_\_

Je suis salarié sous contrat à durée déterminée :  OUI  NON

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

Je suis salarié sous contrat à durée indéterminée  OUI  NON

Je suis inscrite au pôle emploi  OUI  NON

## Renseignements concernant l'employeur et /ou opco

**Employeur** : .....

Nom du contact .....

Adresse postale .....

Adresse mail.....

Téléphone :.....

**Si OPCO**.....

Nom du contact .....

Adresse postale : .....

Adresse mail.....

Téléphone.....

**Une convention va être établie, signée avec l'IFAS et/ou l'organisme et l'apprenant avant l'entrée en formation.**

**Si demande de report de formation** : *fournir un courrier de demande de report avec un justificatif*

Article 4 (modifié par l'arrêté du 13/12/18 – art 3)

« [...] De droit en cas de congé pour cause de maternité, de rejet du bénéfice de la promotion professionnelle ou sociale, de rejet d'une demande de congé formation, de rejet d'une demande de mise en disponibilité ou pour la garde d'une enfant de moins de quatre ans [...] »

## FICHE D'AFFECTATION DES STAGES

|                                            |  |
|--------------------------------------------|--|
| Nom (de Jeune-Fille)                       |  |
| Nom (épouse)                               |  |
| Prénom                                     |  |
| Âge                                        |  |
| <u>Adresse pendant les études à l'IFAS</u> |  |

### Diplôme permettant un allègement de formation

- BAC ASSP       AVF       ARM       ASMS  
 BAC SAPAT       DEA       DEAES 2016       DEAES 2021  
 DEAP 2006       DEAP 2021

Votre parcours de formation nécessite de réaliser des stages sur l'ensemble du territoire Occitanie ouest.

Je m'engage à être mobile pour me rendre en stage, (voiture, covoiturage, transport en commun ... etc)

| QUESTIONNAIRE                                                                         | Oui                      | Non                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Avez-vous le permis de conduire ?                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous - de 18 ans ?                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Date de naissance : _____                                                             |                          |                          |
| Si permis en cours, date du passage de l'examen : _____                               |                          |                          |
| Avez-vous un véhicule ?                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Si vous obtenez votre permis en cours de formation, le signaler au secrétariat</i> |                          |                          |

| QUESTIONNAIRE                                                                                                                                                                      | Oui                      | Non                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <p>Avez-vous exercé en qualité d'Agent de Service Hospitalier ?</p> <p>Si oui, précisez dans quelle(s) structure(s) :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>Avez-vous fait des stages en secteur sanitaire ou médico-social ?</p> <p>Si oui, précisez dans quelle(s) structure(s) :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>Si vous avez des personnes proches qui travaillent dans des structures de soins, merci de nous signaler dans quelles structures.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>     |                          |                          |

Nom Prénom :

Signature

## CERTIFICAT DE VACCINATION

NOM : ..... PRENOM : ..... Né (e) le : .....

### DIPHTERIE, LE TETANOS ET LA POLIOMYELITE

Dernier rappel effectué le :

|                 |        |          |
|-----------------|--------|----------|
| Nom du vaccin : | Date : | N° lot : |
|-----------------|--------|----------|

#### HEPATITE B

| Nom du Vaccin :            | Date : | N° lot : |
|----------------------------|--------|----------|
| 1 <sup>ère</sup> injection |        |          |
| 2 <sup>ème</sup> injection |        |          |
| 3 <sup>ème</sup> injection |        |          |

#### Sérologie de l'Hépatite B (dosage des Ac anti-HBs pour le contrôle obligatoire de l'immunisation)

Date de la sérologie :

Immunisé(e) contre l'Hépatite B :  OUI  NON

Si non : injections supplémentaires, selon les conditions définies au verso

| Nom du Vaccin              | Date : | N° lot : | Immunisation après sérologie                              |
|----------------------------|--------|----------|-----------------------------------------------------------|
| 4 <sup>ème</sup> injection |        |          | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| 5 <sup>ème</sup> injection |        |          | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| 6 <sup>ème</sup> injection |        |          | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |

Non répondeur(se) à la vaccination après les 6 injections :  OUI  NON

#### VACCINATIONS RECOMMANDEES

*(Selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour ces professionnels de santé, il est par ailleurs recommandé d'être immunisé contre la coqueluche, la rougeole, la rubéole, la varicelle, la grippe saisonnière et le COVID 19)*

| Nom du vaccin | Date | N° lot |
|---------------|------|--------|
|               |      |        |
|               |      |        |
|               |      |        |

➔ Au vu de ces éléments, Je, soussigné(e), Dr Nom Prénom : .....

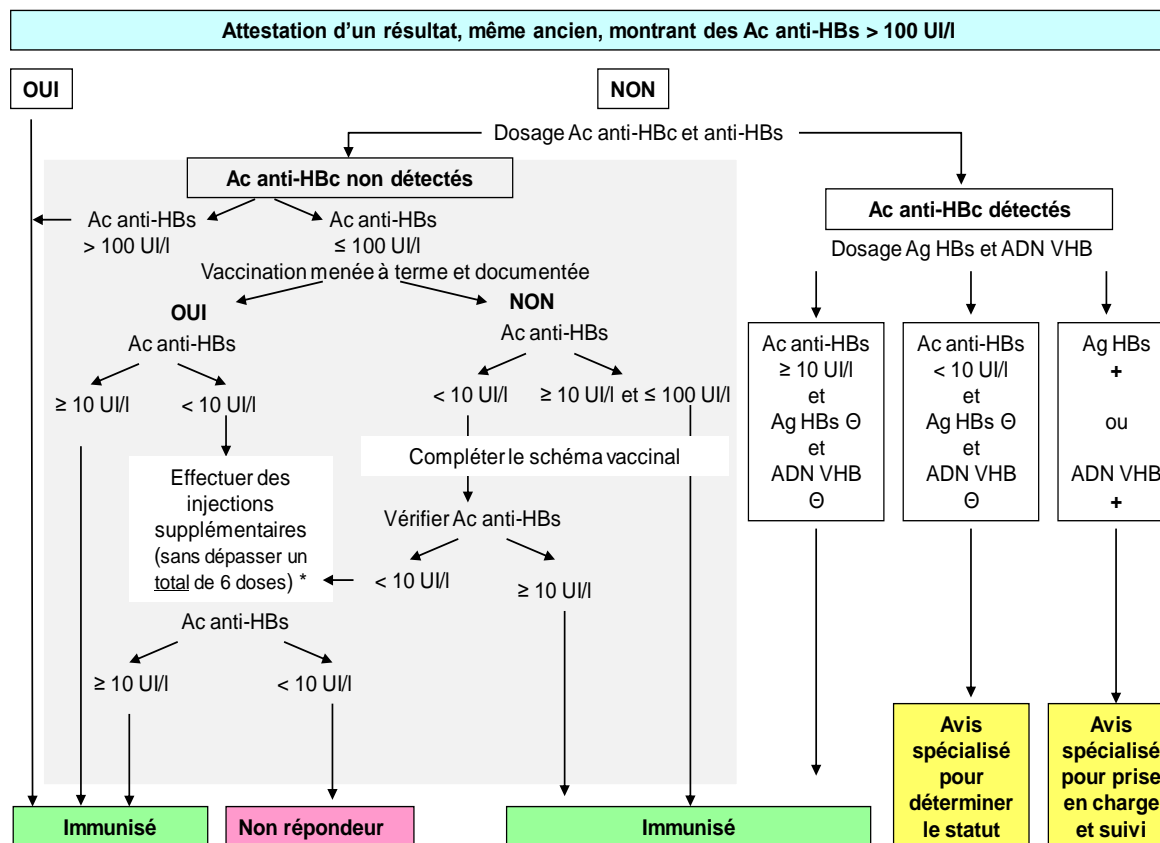
Atteste que : M / Mme Nom : ..... Prénom : ..... Né(e) le : .....

A un calendrier vaccinal compatible avec la mise en stage (immunisé(e) ou non répondant à la 6<sup>ème</sup> dose Hépatite B)

N'a pas un calendrier vaccinal compatible avec la mise en stage

Fait à : ..... le : ..... Signature et cachet du médecin

**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.gouv.fr/vaccinations-vaccins-politique-vaccinale.html> )



## Attestation d'assurance

Modèle d'Attestation d'Assurance, couvrant Les Risques Professionnels  
et la Responsabilité Civile des Stagiaires Paramédicaux pour l'année 2023-2024

**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

*(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 aux Métiers de la Santé, d'Albi, I.F.S.I. et I.F.A.S., 6, Impasse François Verdier 81000 ALBI.

Est garanti pour **l'année scolaire 2023/2024** pour l'ensemble des risques mentionnées ci-dessus

Fait à \_\_\_\_\_ le, \_\_\_\_\_/2023

Signature et tampon assureur :