

Albi, le 17 octobre 2025

Objet : **Rentrée IFAS 2026**

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 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 21 novembre 2025.

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 vous 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 5 janvier 2026

Un mail vous sera envoyé pour les informations de rentrée.

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

Pièces administratives à fournir :

Nom de naissance

Prénom

Nom d'usage

- ☐ Copie du diplôme permettant un allègement de la formation,
- ☐ Photo d'identité (nom et prénom au verso),
- ☐ Copie 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, ...),
- ☐ Avis de situation de France Travail emploi datant de moins de 3 mois pour les demandeurs d'emploi,
- ☐ Copie de l'attestation de droit à la couverture sociale sur laquelle figure votre nom,
- ☐ Fiche administrative (cf p. 3 et 4),
- ☐ Fiche d'affectation des stages (cf p. 5 et 6),
- ☐ Attestation de prise en charge pour les apprenants dont la formation est financée par un employeur ou un OPCO ou un autofinancement (cf p. 7),
- ☐ Attestation d'assurance couvrant la responsabilité civile - vie privée pour la période du 1^{er} janvier 2026 au 31 décembre 2026.
- ☐ Certificat de vaccination, à faire renseigner par votre médecin attestant d'un calendrier vaccinal compatible avec la mise en stage (cf p 9),
- ☐ Certificat médical à faire renseigner 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 (cf p 11),
- ☐ Autorisation de droit à l'image
- ☐ Autorisation de diffusion des résultats
- ☐ Si demande d'aménagement d'épreuve : vous rapprocher de votre médecin traitant et nous fournir le justificatif.

FICHE ADMINISTRATIVE

Identité

Nom de naissance :

Prénoms :

Nom d'usage :

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 :

Aménagement d'épreuve 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		
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

INTITULÉ	Série	Année

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

Situation administrative avant l'entrée 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

B. Je suis inscrit à France Travail : ☐ OUI ☐ NON

Si oui, date de votre inscription _____ N° identifiant Pôle Emploi _____

J'ouvre des droits ouverts à France Travail ☐ OUI ☐ NON (Si non prendre contact avec Mme PAPPAKOSTAS, secrétaire de la scolarité AS : laetitia.pappakostas@ifmsalbi.fr)

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'un enfant de moins de quatre ans [...] »

FICHE D'AFFECTATION DES STAGES

Nom de naissance	
Nom d'usage	
Prénom	
<u>Adresse pendant les études à l'IFAS</u>	

Diplôme permettant un allègement de formation

- ☐ BAC ASSP
 ☐ AVF
 ☐ ARM
 ☐ ASMS
- ☐ BAC SAPAT
 ☐ DEAES 2016 (DEAVS/DEAMP)
 ☐ DEAES 2021
- ☐ DEAP 2006
 ☐ DEAP 2021
 ☐ DEA

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 ?	☐	☐
Avez-vous - de 18 ans ?	☐	☐
Date de naissance : _____		
Si permis en cours, date du passage de l'examen : _____		
Avez-vous un véhicule ?	☐	☐
<i>Si vous obtenez votre permis en cours de formation, le signaler au secrétariat</i>		

QUESTIONNAIRE	Oui	Non
Avez-vous exercé en qualité d'Agent de Service Hospitalier ? Si oui, précisez dans quelle(s) structure(s) et la durée : _____ _____ _____ _____	☐	☐
Avez-vous fait des stages en secteur sanitaire ou médico-social ? Si oui, précisez dans quelle(s) structure(s) et la durée : _____ _____ _____ _____	☐	☐
Si vous avez des personnes proches qui travaillent dans des structures de soins, merci de nous signaler dans quelles structures. _____ _____ _____		

Nom Prénom :

Signature

ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE DE LA FORMATION AIDE SOIGNANT ANNEE 2026

- ☐ Je suis pris en charge par un EMPLOYEUR,
☐ Je suis pris en charge par un OPCO,
☐ Je m'AUTOFINANCE

Employeur :

Nom du contact

Adresse postale

Adresse mail

Téléphone :

Si OPCO

Nom du contact

Adresse postale :

Adresse mail

Téléphone

Atteste prendre en charge le coût pédagogique de la formation de 7 500 € pour un cursus complet (si cursus partiel joindre le devis signé), conduisant au Diplôme D'Etat d'Aide-Soignant, dispensée par l'Institut de Formation Aide-Soignante d'Albi concernant M. ou Mme

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

Fait à, Le

Signature et cachet

(pour l'organisme ou la structure)

Signature de l'apprenant

(pour autofinancement)

CERTIFICAT MÉDICAL DE VACCINATION

CONFORME A LA RÉGLEMENTATION EN VIGUEUR FIXANT LES CONDITIONS
D'IMMUNISATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ EN FRANCE

Je soussigné, Docteur (Nom-Prénom)

Atteste que l'état vaccinal de M/Mme (Nom-Prénom)

☐ Élève AS

☐ Étudiant IDE



est compatible avec la mise en stage conformément aux conditions d'immunisation des professionnels de santé en France.



n'est pas compatible avec la mise en stage conformément aux conditions d'immunisation des professionnels de santé en France.

Fait à le

Signature et cachet du médecin :

L'admission définitive dans un institut de formation préparant au diplôme d'État d'Aide-Soignant ou d'Infirmier est subordonnée à ce certificat.

Textes de référence

- Articles L.3111-1 à L.3111-11 du code de la santé publique (CSP), chapitre 1er: vaccinations.
 - 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 tuberculiniques
 - 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 des vaccinations et recommandations vaccinales : <https://sante.gouv.fr/>

VACCINATIONS

OBLIGATOIRES

DIPHTERIE TETANOS POLIOMYELITIS

HEPATITE B

RECOMMANDÉES

Selon la calendrier vaccinal en vigueur, pour des professionnels de santé, il est par ailleurs recommandé d'être immunisé contre :

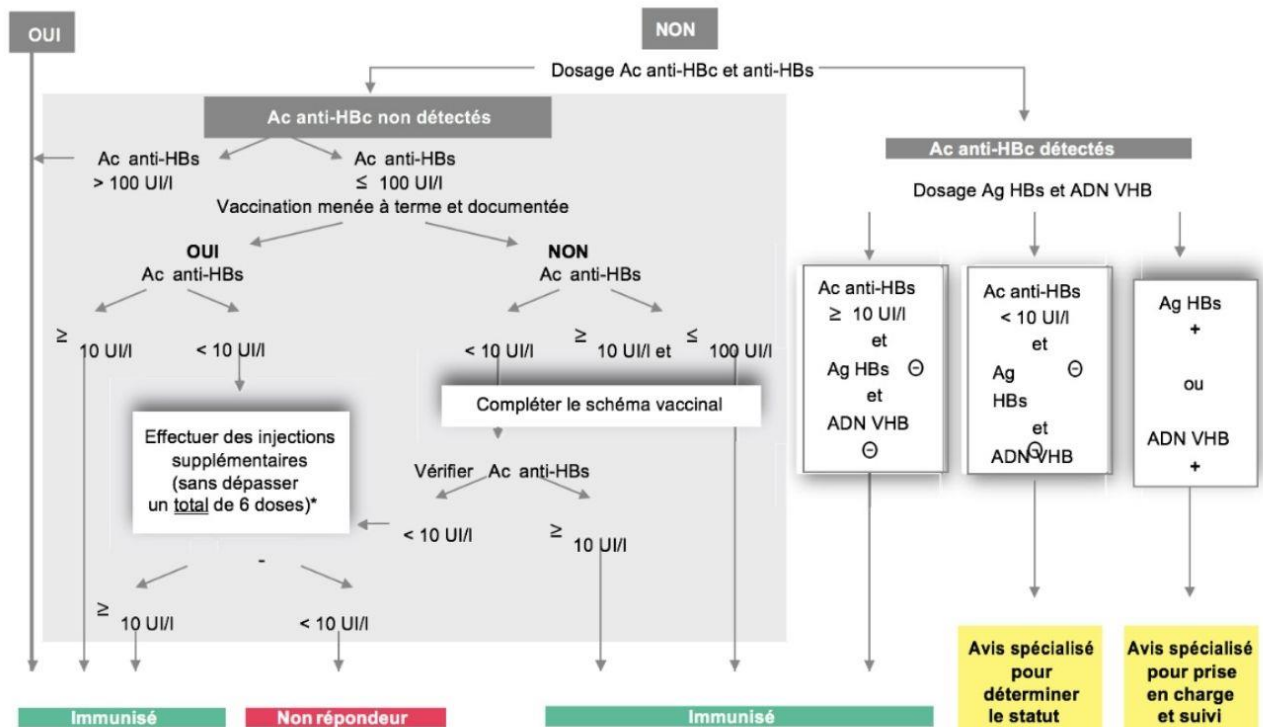
**LA COQUELUCHE - LA ROUGEOLE -
LA RUBÉOLE - LA VARICELLE -
LA GRIPPE SAISONNIÈRE - COVID 19**

Evolution des marqueurs sérologiques du virus de l'hépatite B et algorithme pour le contrôle de l'immunisation des professionnels de santé.

Le VHB est un virus enveloppé à ADN. L'infection aiguë se traduit initialement sur le plan sérologique par la mise en évidence de l'antigène HBs et d'anticorps anti-HBc de type Ig M. Le diagnostic d'infection chronique repose sur la persistance de la détection de l'antigène HBs 6 mois après l'hépatite aiguë.

(Source : Dr S. Chevaliez, in : Stratégies de dépistage biologique des hépatites virales B et C. Argumentaire. HAS Mars 2011 ; pages 8 et 9 http://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-05/strategies_de_depistage_biologique_des_hepatites_virales_b_et_c_-_argumentaire.pdf)

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

Certificat médical d'aptitude

Certificat médical

Je soussigné(e), Docteur _____, médecin agréé sur le département de _____
atteste que M. / Mme : _____, ne présente pas de contre-indication physique et
psychologique à l'exercice de la profession d'aide-soignant(e).

Signature et cachet du médecin agréé par l'ARS :

Date : / /

Liste des médecins agréés disponible sur le site de l'ARS : <https://www.occitanie.ars.sante.fr/medecins-agrees-13>

AUTORISATION DE DROIT À L'IMAGE

Je soussigné(e) (NOM – Prénom) :

Né(e) le : / /

☐ **AUTORISE**

☐ **N'AUTORISE PAS**

Les Instituts de Formation aux Métiers de la Santé d'Albi, 6 impasse François Verdier 81000 ALBI, représentés par la directrice Catherine MULLER,

à capter et utiliser mon image (photographies et/ou vidéos prises par le personnel de l'établissement) **et/ou ma voix**, notamment à enregistrer, diffuser, exploiter, celle-ci lors de mes présences sur le site des IFMS d'Albi ou lors d'activités liées à mon cursus au sein des IFMS d'Albi par fixation, reproduction et/ou représentation de celles-ci dans le cadre d'une activité de communication et d'archivage, à des fins notamment pédagogiques, de recherche, culturelles, scientifiques ou historiques, sur tous types de support connus ou inconnus à ce jour (notamment papier, numérique ou électronique)

à effectuer un montage, reproduire et diffuser ces images et sons lors de projection à but non lucratif ;

à publier ces images et sons sur le web ;

à utiliser ma photo d'identité pour le trombinoscope ainsi qu'à la conserver pour l'archivage.

La présente autorisation est consentie aux IFMS d'Albi pour le monde entier. Elle prend effet à la date de sa signature par cette attestation et est valable pendant toute votre période d'inscription aux IFMS d'Albi et ce même lors de la cérémonie de remise des diplômes. La cession est sans limite de temps.

Elle est conférée à titre gratuit et sans contrepartie. Vous renoncez par conséquent à réclamer aux IFMS d'Albi et le cas échéant à tout tiers autorisé par elle un quelconque droit d'auteur et/ou d'artiste interprète et une quelconque rémunération ou indemnité. Les IFMS d'Albi disposeront de toute liberté dans le choix des images et/ou des voix, des montages et des coupes éventuelles sous réserve du respect des exclusions prévues par les présentes.

Vous vous engagez à tenter de résoudre à l'amiable et de bonne foi tout différend qui pourrait survenir dans l'interprétation de la présente autorisation en informant la direction de l'établissement. Vous reconnaissez être informé(e) de votre droit de rectification ou de retrait de l'autorisation accordée par information auprès de la direction de l'établissement.

Fait à le / /

Signature de l'élève (ou du représentant légal si mineur) précédée de la mention « lu et approuvé » :

AUTORISATION DE DIFFUSION DES RÉSULTATS

Je soussigné(e) (NOM – Prénom) :

.....

Né(e) le : / /

☐ **AUTORISE**

☐ **N'AUTORISE PAS**

L'organisme en charge de la diffusion des résultats à publier mes nom et prénom sur internet dans le cadre de la communication des résultats en lien avec ma formation aux IFMS d'Albi.

Fait à

Le / /

Signature de l'élève (ou du représentant légal si mineur) précédée de la mention « lu et approuvé » :