GCS IFMS d'Albi
N° SIRET : 130 019 136 00022
6 impasse François Verdier 81000 ALBI
05 67 87 45 08
secretariat@ifmsalbi.fr
www.ifmsalbi.fr

Albi, le 16 octobre 2026

Objet : **Rentrée IFAS 2027**

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.

INSCRIPTION :

Vous avez jusqu'au 20 novembre 2026.

Pour renvoyer 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.

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 boite de réception de l'adresse mail fournie (vérifiez également les courriers indésirables).

DATE DE PRÉ RENTRÉE : Mercredi 02 décembre 2026 de 13h30 à 18h à l'IFAS des IFMS d'Albi.

Présence recommandée.

DATE POUR L'ENTREE EN FORMATION : Lundi 4 janvier 2027

Un mail vous sera envoyé pour les informations de rentrée.

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

GCS IFMS d'Albi
N° SIRET : 130 019 136 00022
6 impasse François Verdier 81000 ALBI
05 67 87 45 08
secretariat@ifmsalbi.fr
www.ifmsalbi.fr

Pièces administratives à fournir :

Nom de naissance .....

Prénom.....

Nom d'usage .....

☐ Copie du ou des diplôme(s) permettant un allègement de la formation,

☐ 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, …), Si le justificatif n'est pas à votre nom merci de fournir également une attestation d'hébergement,

☐ 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 complétée (cf p. 3 et 4),

☐ Fiche d'affectation des stages complétée (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 1er janvier 2027 au 31 décembre 2027.

☐ Certificat de vaccination, à faire renseigner par votre médecin attestant d'un calendrier vaccinal compatible avec la mise en stage (cf p 8),

☐ 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 10),

☐ Autorisation de droit à l'image complétée et signée (cf p 11 et 12)

☐ Autorisation de diffusion des résultats et signée (cf p 13)

☐ Création d'une adresse électronique gmail (cf p 14)

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

GCS IFMS d'Albi
N° SIRET : 130 019 136 00022
6 impasse François Verdier 81000 ALBI
05 67 87 45 08
secretariat@ifmsalbi.fr
www.ifmsalbi.fr

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'une enfant de moins de quatre ans […] »

GCS IFMS d'Albi
N° SIRET : 130 019 136 00022
6 impasse François Verdier 81000 ALBI
05 67 87 45 08
secretariat@ifmsalbi.fr
www.ifmsalbi.fr

FICHE D'AFFECTATION DES STAGES

Nom de naissance	
Nom d'usage	
Prénom	
Adresse pendant les études à l'IFAS	

Diplôme permettant un allègement de formation

☐ BAC ASSP ☐ AVF ☐ ARM ☐ ASMS

☐ BAC SAPAT ☐ DEAES avant 2021 (DEAVS/DEAMP) ☐ DEAES à partir de 2021

☐ DEAP 2006 ☐ DEAP 2021 ☐ DEA avant 2022 ☐ DEA à partir de 2022

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 ?	❑	❑
Si vous obtenez votre permis en cours de formation, le signaler au secrétariat		

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

GCS IFMS d'Albi
N° SIRET : 130 019 136 00022
6 impasse François Verdier 81000 ALBI
05 67 87 45 08
secretariat@ifmsalbi.fr
www.ifmsalbi.fr

ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE

DE LA FORMATION AIDE SOIGNANT ANNEE 2027

☐ 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 8 500 € 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)

GCS IFMS d'Albi
N° SIRET : 130 019 136 00022
6 impasse François Verdier 81000 ALBI
05 67 87 45 08
secretariat@ifmsalbi.fr
www.ifmsalbi.fr

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

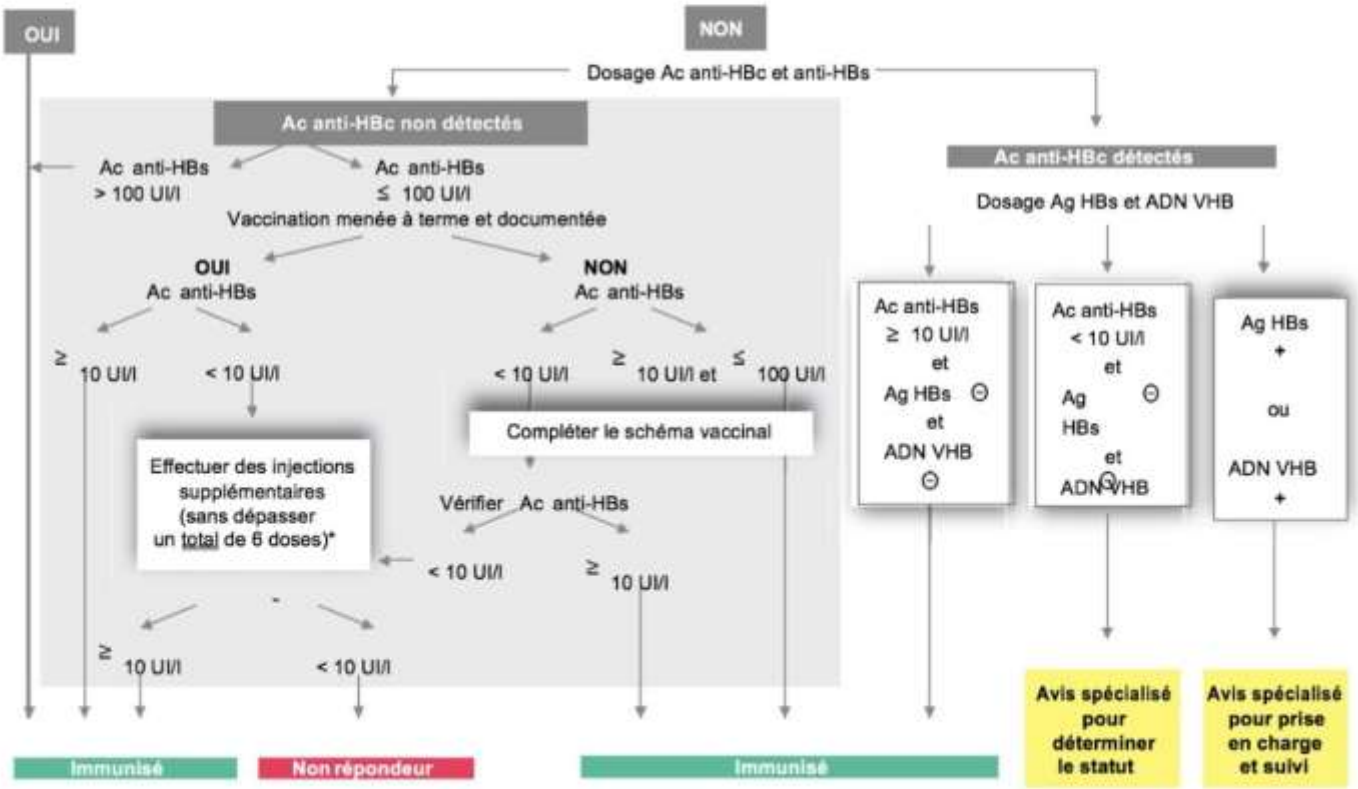
OBLIGATOIRES	RECOMMANDÉES
DIPHTERIE TETANOS POLIOMYELITE **HEPATITE B**	Selon la calendrier vaccinal en vigueur, pour des professionnels de santé, il est par ailleurs recommandé d'être immunisé contre : **LA COQUELUCHE - LA ROUGEOLE - LA RUBÉOLE - LA VARICELLE - LA GRIPPE SAISONNIÈRE - COVID 19**

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 aigüe 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 aigüe.

(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

GCS IFMS d'Albi
N° SIRET : 130 019 136 00022
6 impasse François Verdier 81000 ALBI
05 67 87 45 08
secretariat@ifmsalbi.fr
www.ifmsalbi.fr

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*

GCS IFMS d'Albi
N° SIRET : 130 019 136 00022
6 impasse François Verdier 81000 ALBI
05 67 87 45 08
secretariat@ifmsalbi.fr
www.ifmsalbi.fr

Formulaire de consentement

« Droit à l'image et utilisation des productions pédagogiques »

Public destinataire : Apprenants

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (RGPD)

Identité de l'apprenant(e)

Nom (de naissance) :

Nom marital :

Prénom :

Date de naissance : / /

Formation suivie : ☐ Infirmier(ère) ; ☐ Aide-soignant(e) ; ☐ Stagiaire de la formation professionnelle

Objet de l'autorisation

Dans le cadre de ma formation aux Instituts de Formation aux Métiers de la Santé d'Albi (les IFMS), des photographies, enregistrements vidéo ou audio, productions pédagogiques (mémoires, dossiers, productions visuelles ou orales) peuvent être réalisés à des fins :

- Pédagogiques et formatives : cours, évaluations, simulations, e-learning
- Institutionnelles et événementielles : communication interne, plaquettes, site internet, réseaux sociaux, rapports d'activité, cérémonies et événements officiels de l'établissement (notamment la remise des diplômes)
- Promotionnelles ou partenariales : valorisation des projets étudiants, journées portes ouvertes, salons, événements avec des partenaires

Ces supports peuvent me représenter individuellement ou en groupe, dans le cadre d'activités liées à la vie de l'établissement, y compris lors de la remise des diplômes.

Choix

☐ J'autorise les IFMS, à capter et utiliser mon image/ma voix/mes productions, sur les supports suivants :

- Supports internes (supports de cours, formations, évaluations)
- Supports externes (site internet, plaquettes, affiches, réseaux sociaux, rapports d'activité, supports vidéo, etc.), y compris à l'occasion des cérémonies et événements institutionnels, notamment la remise des diplômes

☐ Je n'autorise pas les IFMS, à capter et utiliser mon image/ma voix/mes productions :

dans ce cas, mon image/ma voix pourront être captés, mais rendus non identifiables avant toute diffusion ; aucune information permettant de m'identifier ne sera mentionnée

Destinataires des données personnelles

Outre les supports externes, les destinataires sont : le personnel des IFMS et les partenaires institutionnels (ARS, Rectorat, Région) ou prestataires strictement nécessaires, soumis à une obligation de confidentialité.

Durée

- Durée de validité de la présente autorisation : toute la scolarité de l'apprenant, ou jusqu'au retrait de votre consentement.
- Durée de conservation de l'image et d'utilisation des productions pédagogiques : 5 ans maximum à compter de la captation, ou jusqu'au retrait de votre consentement.

Information sur la protection des données (RGPD)

Les IFMS sont responsables du traitement des données personnelles collectées dans le cadre de la présente autorisation.
Base légale : consentement explicite (art. 6.1.a RGPD)

Droits

Vous pouvez demander à tout moment :

- Le retrait de votre consentement, par simple demande écrite adressée au DPO *(DPO : Data Protection Officer, soit en français DPD : Délégué à la Protection des Données)*
- L'accès à vos données
- La rectification, la suppression, la limitation ou l'opposition au traitement.

Pour exercer vos droits :

Contact DPO : contact.rgpd@ifmsalbi.fr

En cas de difficulté, vous pouvez saisir la CNIL : www.cnil.fr

---

Consentement

Je reconnais avoir pris connaissance des informations ci-dessus et donne mon consentement libre, spécifique et éclairé pour l'option que j'ai cochée.

Fait à Albi, le : / /
Signature :

GCS IFMS d'Albi
N° SIRET : 130 019 136 00022
6 impasse François Verdier 81000 ALBI
05 67 87 45 08
secretariat@ifmsalbi.fr
www.ifmsalbi.fr

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 » :

GCS IFMS d'Albi
N° SIRET : 130 019 136 00022
6 impasse François Verdier 81000 ALBI
05 67 87 45 08
secretariat@ifmsalbi.fr
www.ifmsalbi.fr

CRÉATION ADRESSE GMAIL

Important :
L'adresse mail devra correspondre au format suivant : **prenom**nom**.ifms**@gmail.com



1. Ouvrez l'application Gmail sur votre téléphone ou votre tablette Android.
2. En haut à droite, dans la barre de recherche, appuyez sur Profil.
3. Appuyez sur **Ajouter un autre compte** > **Google**.
4. Pour ajouter votre compte, suivez les instructions à l'écran.

Remarque : Si vous avez activé la validation en deux étapes, Google vous demandera de suivre une seconde étape spécifique pour valider votre identité. Découvrez comment vous connecter avec la validation en deux étapes.