

☎ 05 57 41 96 96

Références à rappeler : SC/GD

Ref. : IFAS – Secrétariat – session 2024-2025

[ifas@ch-stefoy.fr](mailto:ifas@ch-stefoy.fr)

## IFAS SAINTE FOY LA GRANDE

### DOSSIER DE RENTREE EN FORMATION AIDE-SOIGNANTE 2024 / 2025

Pour l'IFAS de Sainte Foy la Grande  
Pièces Justificatives à joindre au Dossier d'Inscription et à  
retourner par courrier postal, ou à déposer directement à l'IFAS  
avant le 26 Juillet 2024  
IFAS– Centre Hospitalier de Sainte Foy la Grande  
-1 avenue Charrier–  
33220 SAINTE FOY LA GRANDE

Nom : ..... Nom d'usage : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... à (Ville et département) .....

#### Pièces justificatives à nous fournir pour confirmer votre inscription :

##### **Dossier 1 (1 enveloppe)**

- Fiche inscription rentrée septembre 2024 / 2025 (**annexe 1**)
- Chèque de 100 € à l'ordre du Trésor Public** pour le paiement des droits d'inscription (ne sont pas concernés les personnes financées par un employeur ou par un organisme de formation OPCO / CFA),
- Copie de votre carte nationale d'identité recto/verso (sur la même page) ou passeport **en cours de validité**,
- Attestation de couverture sociale **en cours de validité** (pas de photocopie de carte vitale)
- 1 photo d'identité récente (mettre nom, prénom au dos de la photo)
- 1 attestation **de responsabilité civile à votre nom couvrant les risques scolaires et extra-scolaires valable pour l'année scolaire 2024-2025 (à réclamer à votre assureur)**
- 1 attestation de **responsabilité civile professionnelle (RCP)**, concernant les stages hospitaliers et extrahospitaliers pour l'année scolaire 2024-2025 (les compagnies suivantes fournissent de document en ligne à titre gracieux : MNH, MACSF, MGEN.)
- Attestation d'accord de financement (si votre formation est financée par un employeur, ...)
- Attestation d'inscription de demandeur d'emploi (si inscrit à pôle emploi),
- Certificat de participation à la JDC **uniquement pour les moins de 25 ans** (Journée Défense et Citoyenneté ex JAPD) dans le cas d'une première inscription (ou original et photocopie de l'attestation de Recensement délivrée par la mairie de votre lieu de résidence UNIQUEMENT si la journée d'appel n'a pas été faite.
- Pour les bacheliers 2024, le relevé de notes du Bac. Vous devrez nous fournir votre diplôme dûment signé par vous lorsque vous l'aurez reçu.
- Autorisation de droit à l'image datée et signé (**annexe 2**)
- 1 photocopie de la carte grise de votre véhicule
- 1 photocopie de votre certificat d'assurance (carte verte) en cours de validité.
- 1 photocopie de l'attestation d'assurance automobile sur laquelle vous apparaissez en tant que conducteur du véhicule.
- 2 photocopies de votre Relevé d'Identité Bancaire (R.I.B.) SUR PAPIER A4 LISIBLE A VOTRE NOM.
- Formulaire relatif à l'enregistrement des étudiants/élèves (**annexe 3**)

##### **Dossier 2 (1 enveloppe)**

- Certificat d'un médecin agréé par l'ARS attestant que l'élève ne présente aucune contre-indication physique et psychologique à l'**exercice de la profession d'aide-soignante** (vous trouverez la liste des médecins agréés sur le site de l'ARS de votre région : <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/medecins-agrees-11> (**annexe 4**))
- Fiche médicale de vaccinations (**annexe 5**) à faire compléter **par votre médecin traitant** accompagnée de la copie des vaccinations obligatoires (**Joindre sérologie récente de l'hépatite B**)
- ☞ Si vous n'êtes pas à jour dans vos vaccinations le jour de la rentrée, vous ne pourrez pas être affecté(e) en stage et votre inscription peut être compromise

## INFORMATIONS

### 1 - Achat livre :

A prévoir le jour de la rentrée :

L'achat de livres :

« **Guide Anatomie et Physiologie pour les AS et AP** » GERACFAS 2023 – Elsevier Masson  
ISBN : 978-2294-778186

« **Le vocabulaire médical des AS/AP/EAS** » de Alain RAME et Françoise BOURGEOIS – (2021) –  
ISBN : 978-2294-771934

### 2 - Rentrée :

La rentrée aura lieu **le 02 septembre 2024 à 13h00**. Votre présence est obligatoire.

Redoublant : oui  non

Nom de naissance : ..... Nom d'usage : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ..... / ..... / ..... Lieu de naissance : ..... Dépt de naissance : ..... Nationalité : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Mail : ..... @ .....

Numéro SS : .....

. Possédez-vous le permis :  oui  non  en cours

. Possédez-vous un véhicule :  oui  non  en cours . Pratiquez-vous une activité sportive ?  oui  non Si oui, laquelle ?.....

. Etes-vous inscrit à la réserve sanitaire ?  oui  non . Avez-vous un talent ? Si oui, lequel ?.....

. Profession des parents : Père : ..... Mère : ..... Tuteur : .....

. Profession du conjoint : .....

## SITUATION FAMILIALE

Situation familiale :  Marié(e) / Pacsé(e)  Concubinage  Veuf/veuve  Divorcé(e)  Célibataire

Nombre d'enfant(s) : ..... Age : .....

## DIPLOMES

Possédez vous un diplôme dispensant :  oui  non si oui lequel : .....

Baccalauréat :  oui  non Série du bac : ..... Autre(s)diplôme(s) : .....

## PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Père  Mère  Conjoint  Autre, à préciser : .....

Nom : ..... Prénom : ..... Téléphone : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

## VOTRE SITUATION / TYPE DE FINANCEMENT

Pôle Emploi / France Travail  N° identifiant Pôle emploi / France Travail : .....

Employeur : Nom / Adresse : .....

Organisme financeur (transition pro, ANFH, CIF...) : Nom / Adresse : .....

Contrat Allocations d'Etudes (Nom établissement) : .....  Contrat apprentissage (Nom employeur) : .....

Autre, précisez : Nom / Adresse : .....

Date et signature : ..... / ..... / .....



### FORMULAIRE D'AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE ET PUBLICATION DES RÉSULTATS

Je, soussigné(e),

**Nom** ..... **Prénom** : ..... **Né(e) le** : .... / ..... / .....

**A** : ..... **Dépt** : .....

**Promotion** : ..... **Année** : .....

Autorise, à titre gratuit l'IFAS de Sainte Foy la Grande : *(cocher la case utile)*

- à utiliser mon image prise dans le cadre de ma formation pour promouvoir l'IFAS (projet pédagogique, rapport d'activité, site de l'IFAS...)      oui       non

- à publier mon nom sur les listes de parution des notes et les résultats officiels sur les sites du CH de Sainte Foy la Grande et de la DREETS de Bordeaux.      oui       non

Je peux me rétracter à tout moment, sur simple demande écrite au Directeur de l'IFAS.

Je m'engage à ne pas tenir responsable la personne ou structure précitée ainsi que ses représentants et toute personne agissant avec sa permission pour ce qui relève de la possibilité d'un changement de cadrage, de couleur et de densité qui pourrait survenir lors de la reproduction.

Ce contrat est reconduit de manière tacite chaque année. La présente autorisation est personnelle et incessible et ne s'applique qu'aux supports explicitement mentionnés.

Je déclare avoir 18 ans ou plus et être compétent(e) à signer ce formulaire en mon propre nom. J'ai lu et compris toutes les implications de cette autorisation.

Fait à .....      Le .....      Signature :



**Direction des Ressources Humaines  
Pôle administratif – Fondation Sabatié**

# RENTREE EN IFAS

Code agent (c-page) :

24.....

## FORMULAIRE RELATIF A L'ENREGISTREMENT DES ELEVES DANS LE LOGICIEL DE PAIE (CEPAGE) DU CH DE SAINTE FOY LA GRANDE

### A REMPLIR OBLIGATOIREMENT

Nom de naissance : .....

Nom d'usage : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Lieu de naissance : .....

Numéro S.S. : .....

Adresse : (durant les études) : .....

.....

CP : ..... Ville : .....

Adresse mail : .....@.....

Tel : .....

Souhaitez-vous manger au self ?  oui  non

Avez-vous le permis ?  oui  non  en cours

Signature,

### DOCUMENTS A FOURNIR

RIB (à votre nom sur papier A4) LISIBLE

PHOTOCOPIE ATTESTATION COUVERTURE SOCIALE EN COURS DE VALIDITÉ



## DOSSIER 2

**COLLER CETTE PAGE SUR UNE ENVELOPPE A4**

### CONFIDENTIEL - DOSSIER MEDICAL

NOM : .....

PRENOM : .....

Né(e) le : .... / .... / .... à ..... Dépt : .....

**LES PIECES A FOURNIR SONT A METTRE DANS UNE ENVELOPPE A4  
A RETOURNER COMPLET PAR COURRIER AU SECRETARIAT DE L'IFAS**

**ATTENTION** : Concernant les vaccinations, aucune dérogation n'est possible. Dès votre accord d'admission à l'IFAS, faites vérifier vos vaccins par un médecin car être correctement vacciné peut prendre plusieurs mois.

**L'admission en stage (début octobre 2024) est subordonnée à ces conditions vaccinales.**

### **NOTE EXPLICATIVE POUR CONSTITUTION DU DOSSIER MEDICAL**

Pour votre admission en IFAS vous devez :

1) Vous rendre chez votre médecin traitant muni de :

- Votre carnet de santé à jour
- La fiche médicale ARS (**dossier 2 annexe 5**) qu'il devra renseigner
- Vous faire prescrire une sérologie complète de l'hépatite B  
(**Rappel**: pour votre admission en stage vous devez être immunisé(e) contre l'hépatite B)

2) Prendre rendez-vous chez un médecin agréé ARS, pour :

- Renseigner le certificat médical d'aptitude cf **dossier 2 annexe 4** pour cela lui transmettre la fiche ARS complétée et le résultat de la sérologie de l'hépatite B (Vous trouverez la liste mise à jour des médecins agréés de votre département sur le site de l'ARS <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/medecins-agrees-11>).

### **PIECES A FOURNIR POUR CONSTITUER VOTRE DOSSIER**

- **Le certificat médical** établi par un médecin agréé ARS. (**Dossier 2 annexe 4**)  
**En l'absence de ce certificat, vous ne serez pas admis en formation**
- **La fiche médicale ARS à faire valider par un médecin (Dossier 2 annexe 5)**
- **La photocopie des pages de vaccination de votre carnet de santé** (votre nom devra apparaître sur les pages du carnet de santé) et des justificatifs de vaccination conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France
- **Les résultats de la sérologie de l'Hépatite B récente** prouvant l'efficacité de la couverture vaccinale pour un professionnel de santé



# CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE

## A RENSEIGNER PAR LE MEDECIN AGREE ARS

Je soussigné(e) Docteur \_\_\_\_\_, médecin agréé ARS,

Certifie avoir examiné ce jour M, Mme. \_\_\_\_\_ Né(e) le ...../...../.....

**Et atteste que la personne mentionnée ci-dessus :**

➤ **Possède l'aptitude physique et psychologique pour suivre la formation :**

Aide-soignante

➤ **Répond aux obligations vaccinales**

DTP

Hépatite B

➤ **Est immunisée contre l'hépatite B (sérologie AC anti HBS >10)**

OUI

NON

A \_\_\_\_\_, le ..... /...../.....

Signature et cachet du médecin agréé ARS

**Rappel : si le statut vaccinal n'est pas complet, l'élève ne pourra être admis en stage.**



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

**Filière :**  
 Médecine                       IFSI  
 Odontologie                     IFAS  
 Pharmacie                         Kinésithérapie  
 Sage-femme

**NOM :** ..... **NOM de naissance :** .....

**Prénom :** ..... **Date de naissance :** ...../...../.....

**Tél. :** ..... **Email :** .....

**Autre :** ..... **Département de naissance :** ..... **Code postal lieu de résidence :** .....

**Année d'admission :** ..... **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 différentes maladies. **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 numérique a été créé sur www.mesvaccins.net et validé par un professionnel de santé. Cette fiche devra être communiquée, avec les résultats\*\* sérologiques réalisés (au minimum anticorps anti-HBs et anticorps anti-HBc), en même temps que votre dossier d'inscription (article L3111.4 du Code de la Santé Publique).**

Un carnet de vaccination numérique est créé et validé par un professionnel de santé : **oui** :  **non** :

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

Si un vaccin coquelucheux n'a pas été administré dans les 5 dernières années, faire 1 dose de vaccin dTcaP (au moins 1 mois après le dernier dTP). Ensuite, les rappels seront administrés aux âges fixes de 25, 45 et 65 ans avec systématiquement la valence coquelucheuse.

**Dernier rappel dTP :** Date : .. / .. / ..... **Nom :** ..... **Dernier rappel dTcaP :** 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) ;
- 3) **Ac anti-HBs** ≤ 10 UI/l : compléter le schéma vaccinal.

Les différents schémas complets :

- soit pour les adultes (3 doses) :

- 2 doses à 1 mois d'intervalle, la 3ème au moins 5 mois après la 2ème dose ;
- soit accéléré (à titre exceptionnel) : 3 doses en 21 jours, rappel à 1 an.

=> Date : .. / .. / .... **Nom :** .....

=> Date : .. / .. / .... **Nom :** .....

=> Date : .. / .. / .... **Nom :** .....

- soit à l'adolescence de 11 à 15 ans (3 doses) :

- 2 premières doses espacées de 1 mois, puis la 3ème au moins 5 mois après la 2ème dose (schéma préférentiel) ;
- ou 2 doses espacées de 6 mois avec ENGERIX® B20.

### Covid-19

Antécédent de COVID : non ; oui (si oui, date : .... / .... / ..... )      Dernière injection : non ; oui (si oui, date : .... / .... / ..... )      vaccin utilisé : .....

### Rougeole-Oreillons-Rubéole (ROR)

**Personnes nées avant 1980 :**

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

**Personnes nées depuis 1980 :** vaccination 2 doses recommandées, à 1 mois d'intervalle 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 depuis le 1er avril 2019)

Date de lecture de l'IDR : .....  
 Résultats (mm) : .....

Si vous disposez d'une IDR (Intra Dermo Réaction) de référence, merci de l'indiquer ici : .....

Est-il nécessaire de disposer d'un résultat d'IDR pour l'entrée en stage ? Non, ce test n'est pas obligatoire.

Toutefois, le médecin doit proposer à l'étudiant de réaliser cette IDR (ou une IGRA, préférentielle chez les sujets vaccinés par le BCG) car le résultat servira de référence en cas de contact ultérieur et de détection d'ITL, particulièrement chez les étudiants originaires de zones d'endémie ou de forte circulation.

Cette vaccination n'est plus exigée lors de la formation ou l'embauche. Il appartient aux médecins du travail d'évaluer le risque et de proposer, le cas échéant une vaccination BCG.

À noter, la réalisation d'IDR est à éviter dans le mois suivant une vaccination ROR.

Je, soussigné(e) Dr ..... certifie que les renseignements inscrits ci-dessus sont exacts.

**Fait le :**

*\* Obligatoire*

**Signature et cachet du praticien :**

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



# BOURSES

## CONSTITUTION DU DOSSIER

- Constitution en ligne sur le site de la Région Nouvelle-Aquitaine :

Pour faire une demande de bourse 2024

La période de demande de bourses sera du 04 juin 2024 au 28 novembre 2024 (minuit).

Sur le lien suivant:

<https://jeunes.nouvelle-aquitaine.fr/formation/etudier/formations-sociales-paramedicales-et-sante-une-bourse-regionale>

**Pour une nouvelle inscription** : il faudra aller sur "**créer un nouveau dossier** », ce choix est accessible dès l'ouverture de la campagne.

**Pour un renouvellement** : il faudra se connecter à votre compte avec votre adresse mail + votre mot de passe

- Merci de fournir au secrétariat de l'IFAS, dès que possible, la copie de votre notification ainsi que votre RIB **LISIBLE SUR FORMAT A4 (de la personne ayant émis le chèque des droits d'inscription)** par mail à l'adresse : [ifas@ch-stefoy.fr](mailto:ifas@ch-stefoy.fr)

## **Renseignements et contact :**

### **Plate-forme d'Accueil Téléphonique**

Du lundi au vendredi de 9h à 18h sans interruption

Tel : 05.49.38.49.38 pour les étudiants

[contact@nouvelle-aquitaine.fr](mailto:contact@nouvelle-aquitaine.fr)

# INFORMATION POUR LES ELEVES AS FINANCES PAR UN EMPLOYEUR UN ORGANISME OPCO OU CFA

**Objet** : PROCEDURE RELATIVE A L'ASSIDUITE DES ELEVES FINANCES  
AU COURS DE LEUR FORMATION AIDE-SOIGNANTE

## Qui est concerné ?

- Elève en formation AS



- Financés par un employeur  
ou OPCO / CFA  
(Transition Pro, Unifaf, Uniformation...)  
- Indemnisés par le service pôle emploi  
financé par un établissement hospitalier

**NB : Ne sont pas concernés les élèves qui perçoivent une allocation de pôle emploi (ARE, RFF)**

## Quelle est la démarche ?

Chaque élève doit compléter, signer et remettre au formateur de l'IFAS,

« l'attestation mensuelle de présence pour les élèves financés »  
(sera transmise par mail ultérieurement)

**au plus tard le DERNIER JOUR TRAVAILLÉ de chaque mois**

## Point de vigilance :

Il est demandé à chacun de prendre :

- toutes ses dispositions nécessaires pour respecter le délai de retour imparti,
- la responsabilité du remplissage de l'attestation mensuelle de présence.

# OFFRES D'HÉBERGEMENT



Centre Hospitalier  
SAINT-FOY LA GRANDE

———— DIRECTION ————  
DES SERVICES ECONOMIQUES  
DES FINANCES ET DES ADMISSIONS

## PRESTATIONS FOURNIES AU PERSONNEL, MALADES ET ACCOMPAGNANTS, ET RESIDENTS

Le Directeur du Centre Hospitalier de Sainte Foy la Grande,  
Vu l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses 2023 et les éléments de calcul  
qui ont servi de base à son élaboration,

### DECIDE

- **Article 1 : les tarifs des prestations de restauration sont fixés à :**

Repas du personnel : ..... 6,50 €  
Repas accompagnant..... 10,50 €

- **Article 2 : les tarifs de chambre particulière sont fixés à :**

Médecine : .....50,00 €  
Soins de Suite et Réadaptation .....50,00 €

- **Article 3 : Les tarifs des prestations d'hôtellerie sont fixés à :**

- Location chambre au mois (stagiaire) : ..... 70,00 €  
- Location chambre au mois : .....160,00 €  
- Location chambre nuitée ..... 10,00 €  
  
- Consommation mensuelle d'énergie :  
➢ gaz : 10,20 €  
➢ eau : 14,70 €

- **Article 4 : le tarif de dépôt de corps est fixé à .....56,00 €**

- **Article 5 : le tarif de la prestation téléphone est fixé à.....8,00 €**  
(ouverture de ligne 4,50 € + forfait communications 3,50 €)
- **Article 6 : le tarif de lit d'accompagnant est fixé à.....17,50 €**  
(nuitée + petit déjeuner)
- **Article 7 : les frais de communication de dossier médical sont fixés à :**

Dossier médical : coût de la copie..... 0,18 €  
Dossier médical : radio et scanner avec CD .....6,00 €  
Dossier écho + radio par page recto sans CD .....1,00 €

- **Article 8 : Soins non pris en charge par l'assurance maladie fixés à :**

Scanner dentaire ..... 160,00 €

Cette décision est applicable à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2023.

Sainte Foy la Grande, le 20 décembre 2022

Le Directeur délégué

Romain LABROUQUAIRE

Pour le Directeur et par délégation  
Le Directeur Délégué

Romain LABROUQUAIRE



# OFFRES DE RESTAURATION

Vous avez la possibilité de vous restaurer sur le site de l'Institut de Sainte Foy la Grande de différentes manières :

- Une salle de pause aménagée vous est dédiée, munie d'un micro-onde, réfrigérateur....

Par ailleurs, vous avez à proximité de l'Institut le Centre Commercial Leclerc et différentes offres de restauration rapide.