

# FORMATION AIDE-SOIGNANTE

## RENTRÉE SCOLAIRE

# 28 AOÛT 2023

*(Arrêté du 10 Juin 2021 modifié)*

# IFAS de CHATILLON-SUR-SEINE

# CONSTITUTION DU DOSSIER D'INSCRIPTION SOU MIS AU JURY D'ADMISSION

Conformément à l'arrêté du 7 Avril 2020 modifié relatif aux modalités d'admission aux formations conduisant aux diplômes d'Etat d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture.

Notre quota est à 50. Le nombre de place est variable suivant les reports de la sélection précédente.

## Ouverture des inscriptions : lundi 9 Janvier 2023 à 8h

Le dossier doit comporter :

- 1- Une pièce d'identité recto-verso **lisible**.
  - 2- Une lettre de motivation **manuscrite**.
  - 3- Un curriculum vitae.
  - 4- Un document **manuscrit** relatant selon le choix du candidat, soit une situation personnelle ou professionnelle vécue, soit un projet professionnel en lien avec la formation. Ce document n'excède pas 2 pages.
  - 5- Copie de l'original de vos diplômes ou titres traduits en français.
  - 6- Copie de vos relevés de résultats et appréciations ou bulletins scolaires.
  - 7- Selon votre situation, les attestations de travail accompagnées éventuellement des appréciations et stages et/ou recommandations de l'employeur (ou des employeurs).
  - 8- Pour les ressortissants hors union européenne, une attestation de niveau de langue française requis C1 et un **titre de séjour valide pour toute la période de formation**.
  - 9- Vous pouvez joindre tout justificatif valorisant un engagement ou une expérience personnelle (association, sportif, etc...) en lien avec la formation aide-soignante.
  - 10- 2 enveloppes 10,5x22cm timbrées au tarif rapide en vigueur avec votre nom/prénom/adresse.
- Demande d'aménagement de scolarité (handicap, maladie chronique, sportif de haut niveau,...) pour l'année 2023/2024 :  
Oui  → joindre les justificatifs lors de la rentrée  
Non

## Dépôt du dossier finalisé au plus tard le lundi 12 Juin 2023 à 16h :

- ⇒ Par envoi postal, cachet de la poste faisant foi ;
- ⇒ Par dépôt au secrétariat contre émargement à l'IFAS de Châtillon-sur-Seine, 2 place Marcel Pagnol **ou** à l'IFSI de Semur-en-Auxois, 3 bis Avenue Pasteur.

A l'issue du dépôt de votre dossier, vous serez convoqué pour un entretien oral. La sélection des candidats est effectuée par un jury composé d'un binôme.

**Le résultat de la sélection est notifié par courrier à partir du Mardi 27 Juin 2023.**

Publication sur le site Internet de l'IFSI/IFAS - J'accepte que mon nom figure sur internet :  
oui  - non  : cochez la case correspondant à votre choix

**L'affichage est organisé à l'IFSI et à l'IFAS à 14 heures le Mardi 27 Juin 2023.**

Conformément à l'article 8 de l'arrêté du 7 avril 2020 modifié, les candidats admis ont **jusqu'au 5 juillet 2023** soit 7 jours ouvrés pour confirmer leur rentrée (cachet de la poste faisant foi).

La rentrée aura lieu le lundi 28 Août 2023 à 9 heures précises.

## **Important : Les vaccinations.**

Le tableau ci-après est à fournir au plus tard le jour de la rentrée attestant que vous remplissez les obligations d'immunisation et de vaccination prévues par les dispositions du titre 1<sup>er</sup> du livre 1<sup>er</sup> de la troisième partie législative du code de la Santé Publique.

Comme l'exige la législation, les vaccinations contre la COVID, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et l'hépatite B sont obligatoires pour entrer en formation dans le domaine de la santé. Les vaccinations contre la coqueluche, la rougeole, les oreillons, la rubéole et la grippe sont fortement recommandées.


**Il est donc vivement conseillé de mettre à jour ou d'anticiper vos vaccinations.**

## **A retenir : L'admission définitive est subordonnée à la production :**

- d'un certificat médical établi par un médecin agréé. La liste est à consulter sur le site de l'ARS (Agence Régionale de la Santé) de Bourgogne/Franche-Comté ;
- d'un certificat médical attestant les obligations d'immunisation et de vaccination (disposition du Code de la Santé Publique).

Pour tout renseignement complémentaire :

[secretariat.inscription@ch-semur.fr](mailto:secretariat.inscription@ch-semur.fr)

 03.80.81.84.44

## CERTIFICAT MÉDICAL

établi par un médecin agréé selon Art.11 de l'arrêté du 7/04/2020  
modifié par arrêté du 12/04/2021 Art.8ter

EN VUE D'UNE ADMISSION EN INSTITUT DE FORMATION AIDE-SOIGNANT

Je soussigné(e), Docteur \_\_\_\_\_ en médecine agréée.

certifie que Mme, Mr \_\_\_\_\_

né(e) le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

présente les aptitudes physiques et psychologiques nécessaires à l'exercice de la profession d'aide-soignant(e).

Observations :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Cachet du médecin agréé :

Signature du médecin agréé :

**Certificat médical de vaccination et d'immunisation pour l'inscription des élèves en IFAS**

Nom de naissance : \_\_\_\_\_ Nom d'usage : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Si vous n'êtes pas à jour des vaccinations **OBLIGATOIRES**, vous ne serez pas autorisé à aller en stage. Ce certificat doit être communiqué avec les résultats en même temps que votre dossier d'inscription (art. L3111.4 du Code de la Santé Publique).

<b>VACCINATIONS OBLIGATOIRES</b>	
<b>dTP</b>	Rappel dTcP si un vaccin anticoquelucheux n'a pas été fait depuis 5 ans (respecter un délai de 1 mois après le dernier dTP) et lors des rappels à âge fixe (25, 45, 65 ans) Dernier rappel dTP : date : __/__/__ Vaccin : _____
<b>Hépatite B</b>	Rappel des conditions d'immunisation 1) Ac anti-HBS >100 (quelles que soient l'histoire vaccinale et l'ancienneté des résultats) 2) Ac anti-HBS >10 et Ac anti-HBC négatif (si schéma complet) <b>(joindre les résultats)</b>  Schéma complet : - Classique (3 doses) : 2 doses à 1 mois d'intervalle, la 3 <sup>e</sup> au moins 5 mois après la 2 <sup>e</sup> dose, - Adolescent (11 à 15 ans) : 2 doses espacées de 6 mois avec vaccin (Engérix B20 ou Genhévac B) - Accéléré (à titre exceptionnel) : 3 doses en 21 jours, rappel à 1 an (Engérix B20 ou Genhévac B) 1 <sup>ère</sup> dose : Date __/__/__ Vaccin : _____ 2 <sup>ème</sup> dose : Date __/__/__ Vaccin : _____ 3 <sup>ème</sup> dose : Date __/__/__ Vaccin : _____  Injections supplémentaires : Date : __/__/__ Vaccin : _____ Date : __/__/__ Vaccin : _____ Date : __/__/__ Vaccin : _____
<b>COVID-19</b>	1 <sup>ère</sup> dose : Date __/__/__ Vaccin : _____ 2 <sup>ème</sup> dose : Date __/__/__ Vaccin : _____ Rappel : Date __/__/__ Vaccin : _____
<b>VACCINATIONS RECOMMANDÉES</b>	
<b>BCG</b>	Date de vaccination : __/__/__ ou cicatrice vaccinale : <input type="checkbox"/>
<b>ROR</b> <i>(Rougeole Oreillons Rubéole)</i>	1 <sup>ère</sup> dose : Date : __/__/__ Vaccin : _____ 2 <sup>ème</sup> dose : Date : __/__/__ Vaccin : _____
<b>Varicelle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si pas d'antécédent maladie ou doute → Sérologie IgG VZV* (joindre les résultats)</li> <li>• Si sérologie négative → vaccination recommandée</li> </ul> 1 <sup>ère</sup> dose : Date : __/__/__ Vaccin : _____ 2 <sup>ème</sup> dose : Date : __/__/__ Vaccin : _____
<b>Méningocoque C</b>	1 seule injection recommandée jusqu'à 24 ans → Date : __/__/__ Vaccin : _____
<b>Coqueluche</b>	Date : __/__/__ Vaccin : _____
<b>GRIPPE</b>	Date : __/__/__ Vaccin : _____

Je soussigné(e) Dr _____  certifie que les renseignements inscrits ci-dessus sont exacts.  Fait le : _____  <b>Signature et cachet du praticien</b>	Date : _____  <input type="checkbox"/> dossier complet  <input type="checkbox"/> dossier incomplet : motif : _____  _____
---	---