

FORMATION AIDE-SOIGNANTE

RENTRÉE SCOLAIRE

28 AOÛT 2023

(Arrêté du 10 Juin 2021 modifié)

IFAS de CHATILLON-SUR-SEINE

CONSTITUTION DU DOSSIER D'INSCRIPTION

SOUMIS 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^{er} du livre 1^{er} 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

 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).

VACCINATIONS OBLIGATOIRES			
dTP	Rappel dTcP si un vaccin antioquelucheux 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 : _____		
Hépatite 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) (joindre les résultats) Schéma complet : - Classique (3 doses) : 2 doses à 1 mois d'intervalle, la 3 ^e au moins 5 mois après la 2 ^e 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 ^{ère} dose : Date __/__/__ Vaccin : _____ 2 ^{ème} dose : Date __/__/__ Vaccin : _____ 3 ^{ème} dose : Date __/__/__ Vaccin : _____ Injections supplémentaires : Date : __/__/__ Vaccin : _____ Date : __/__/__ Vaccin : _____ Date : __/__/__ Vaccin : _____		
COVID-19	1 ^{ère} dose : Date __/__/__ Vaccin : _____ 2 ^{ème} dose : Date __/__/__ Vaccin : _____ Rappel : Date __/__/__ Vaccin : _____		
VACCINATIONS RECOMMANDÉES			
BCG	Date de vaccination : __/__/__ ou cicatrice vaccinale : <input type="checkbox"/>		
ROR (Rougeole Oreillons Rubéole)	1 ^{ère} dose : Date : __/__/__ Vaccin : _____ 2 ^{ème} dose : Date : __/__/__ Vaccin : _____	Varicelle	<ul style="list-style-type: none"> • Si pas d'antécédent maladie ou doute → Sérologie IgG VZV* (joindre les résultats) • Si sérologie négative → vaccination recommandée 1 ^{ère} dose : Date : __/__/__ Vaccin : _____ 2 ^{ème} dose : Date : __/__/__ Vaccin : _____
Méningocoque C	1 seule injection recommandée jusqu'à 24 ans → Date : __/__/__ Vaccin : _____		
Coqueluche	Date : __/__/__ Vaccin : _____		
GRIPPE	Date : __/__/__ Vaccin : _____		

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