

FORMATION AIDE-SOIGNANT(E)

Réservée aux titulaires Bac Pro ASSP

rentrée janvier 2024



VOUS SOUHAITEZ DEVENIR AIDE-SOIGNANT(E) ?

Pour vous inscrire pour la rentrée de janvier 2024, vous devez retourner votre dossier au plus tard le **lundi 13 novembre 2023 à 16h** :

- Par envoi postal, cachet de la poste faisant foi
(courrier recommandé avec accusé de réception de préférence),
- Par dépôt au secrétariat contre émargement d'un de ces deux établissements :
 - IFAS de Châtillon-sur-Seine, 2 place Marcel Pagnol
 - 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.



VOTRE DOSSIER D'INSCRIPTION DOIT COMPORTER :

- Une pièce d'identité recto-verso.
- Une lettre de motivation **manuscrite**.
- Un curriculum vitae.
- Un document **manuscrit** relatant selon votre choix, soit une situation personnelle ou professionnelle vécue, soit un projet professionnel en lien avec la formation. Ce document n'excède pas 2 pages.
- **La copie de votre diplôme Baccalauréat Professionnel ASSP.**
- La copie de vos relevés de résultats et appréciations ou bulletins scolaires.
- Selon votre situation, les attestations de travail accompagnées éventuellement des appréciations et stages et/ou recommandations de l'employeur (ou des employeurs).
- 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.**
- Vous pouvez joindre tout justificatif valorisant un engagement ou une expérience personnelle (association, sportif, etc...) en lien avec la formation aide-soignante.
- 2 enveloppes 10,5x22 cm, timbrées au tarif rapide en vigueur, avec votre nom, votre prénom et votre adresse.

.....

- Demande d'aménagement de scolarité (handicap, maladie chronique, sportif de haut niveau...) pour l'année 2024 :

Oui joindre les justificatifs lors de la rentrée

Non

FORMATION AIDE-SOIGNANT(E)

Réservée aux titulaires Bac Pro ASSP

rentrée janvier 2024



LA SELECTION

Conformément à l'arrêté du 7 Avril 2020 relatif aux modalités d'admission aux formations conduisant aux diplômes d'État d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture. Le nombre de place pour la rentrée de janvier 2024 est fixé à 13.

- Les inscriptions sont ouvertes à partir du **2 octobre 2023, 8h**.
- Votre dossier doit être retourné au plus tard le **13 novembre 2023, 16h**.
- Le résultat de la sélection est notifié par courrier à partir du **22 novembre 2023**.

- Publication sur le site Internet de l'IFSI/IFAS -

J'accepte que mon nom figure sur internet (cochez la case correspondant à votre choix)

oui non

- L'affichage est organisé à l'IFSI et à l'IFAS le **22 novembre 2023 à 16h30**.

.....

Conformément à l'article 8 de l'arrêté du 7 Avril 2020 :

Les candidats admis ont **jusqu'au 30 novembre 2023** pour confirmer leur rentrée, soit 7 jours ouvrés pour confirmer leur rentrée (le cachet de la poste faisant foi).

La rentrée est prévue le **8 janvier 2024 à 8h30** à l'IFAS situé à Châtillon-sur-Seine - 2 place Marcel Pagnol.

Le tableau ci-après est à fournir au plus tard le jour de la rentrée. Ce dernier atteste que vous remplissez les obligations d'immunisation et de vaccination prévues par les dispositions législatives du code de la Santé Publique.



Comme l'exige la législation, les vaccinations contre 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, la grippe et la covid **sont fortement recommandées**.

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

L'admission définitive est subordonnée à la production :

- d'un certificat médical établi par un médecin agréé
(liste à consulter sur le site de l'ARS 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

Vous pouvez adresser un mail au secretariat.inscription@ch-semur.fr ou appeler le 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

Nom de naissance : _____
Prénom : _____
Mail : _____

Nom d'usage : _____
Date de naissance : _____
Tel : _____



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 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 : _____
	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 : <ul style="list-style-type: none"> 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) Accélééré (à titre exceptionnel) : 3 doses en 21 jours, rappel à 1 an (Engérix B20 ou Genhévac B) 1^{ère} dose - date : ___/___/_____ Vaccin : _____ 2^eème dose - date : ___/___/_____ Vaccin : _____ 3^eème dose - date : ___/___/_____ Vaccin : _____ Injections supplémentaires - date : ___/___/_____ Vaccin : _____ date : ___/___/_____ Vaccin : _____ date : ___/___/_____ Vaccin : _____
Vaccinations recommandées	Covid-19	1 ^{ère} dose - date : ___/___/_____ Vaccin : _____ 2 ^e ème dose - date : ___/___/_____ Vaccin : _____ Rappel - date : ___/___/_____ Vaccin : _____
	BCG	Date de vaccination : ___/___/_____ ou cicatrice vaccinale : <input type="checkbox"/>
	ROR	1 ^{ère} dose - date : ___/___/_____ Vaccin : _____ 2 ^e 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 ^e 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 : ___/___/_____

Date : ___/___/_____
 Dossier complet
 Dossier incomplet / Motifs _____

Signature et cachet du praticien