

DOSSIER D'INSCRIPTION
FORMATION AIDE-SOIGNANT(E)
RENTREE JANVIER 2025

Rentrée scolaire le lundi 6 JANVIER 2025 à 10 h

**L'ENSEMBLE DES DOCUMENTS DEMANDES EST A RETOURNER PAR
COURRIER A :
IFSI DE MEAUX
17 rue Guillaume Briçonnet
77100 MEAUX**

**NOUS VOUS CONSEILLONS D'ENVOYER VOTRE DOSSIER LE PLUS
RAPIDEMENT POSSIBLE AFIN D'EN VERIFIER LA CONFORMITE.**

Le secrétariat sera fermé du 23 décembre 2024 au 1^{er} janvier 2025

PRISE EN CHARGE COÛT DE LA FORMATION

A RETOURNER PAR MAIL POUR **LE 4 DECEMBRE 2024 DERNIER DELAI**

- ✓ Prise en charge du coût de la formation (document ci-joint)

DOSSIER ADMINISTRATIF

A RETOURNER POUR **LE 11 DECEMBRE 2024 DERNIER DELAI**

- ✓ 2 photos d'identité (dont une à coller sur la fiche dossier administratif, mettre votre nom au dos de l'autre photo)
- ✓ Photocopie de votre pièce d'identité **en cours de validité** (Carte identité, passeport, titre de séjour)
- ✓ Photocopie de vos diplômes. Pour les terminales ASSP/SAPAT, fournir le relevé de notes du baccalauréat 2024
- ✓ Fiche Dossier Administratif AS ou AP selon le cas complétée (ci-joint)
- ✓ Fiche Renseignements (ci-joint)
- ✓ Fiche Gestion des stages dûment complétée (ci-joint)
- ✓ Photocopie de l'AFGSU niveau 2 (si obtenue)
- ✓ Photocopie de l'attestation de la sécurité sociale avec droits ouverts pour l'année scolaire (n° sous lequel vous êtes couvert)
- ✓ Attestation d'assurance spécifique précisant **impérativement** :

Assurance « Responsabilité Civile » couvrant les élèves dans le cadre de stages hospitaliers et extrahospitaliers pour l'année scolaire 06/01/2025 au 05/12/2025

Les élèves doivent être garantis pour l'ensemble des risques suivants couvrant la responsabilité civile, tant lors du stage que des trajets occasionnés par celui-ci :

- accidents corporels causés aux tiers ;
- accidents matériels causés aux tiers ;
- dommages immatériels.

FRAIS D'INSCRIPTION

Les frais d'inscription d'un montant de 80 Euros sont à régler (JOINDRE OBLIGATOIREMENT LE JUSTIFICATIF DE VIREMENT) par virement bancaire sur le compte suivant : PRECISER DANS LE LIBELLE DE VOTRE VIREMENT BANCAIRE : NOM, PRENOM, OBJET DU VIREMENT : FRAIS D'INSCRIPTION (RIB ci-dessous)

TRESOR PUBLIC				RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE PARTIE RÉSERVÉE AU DESTINATAIRE DU RELEVÉ			
Le relevé ci-contre est destiné à être remis à vos créanciers ou débiteurs, français ou étrangers, appelés à faire inscrire des opérations à votre compte (virements, paiements des quittances, etc...)							
Identifiant national de compte bancaire - RIB							
Code banque	Code guichet	N° compte	Clé	Domiciliation			
10071	77000	00002002670	13	TRPMELUN			
IBAN (International Bank Account Number)							
FR76	1007	1770	0000	0020	0267	013	BIC (Bank Identifier Code)
							TRPUFRP1
Titulaire du compte : REGIE DE RECETTES IFSI SITE # GHEP CENTRE HOSPITALIER 6-8 RUE SAINT PIERRE 77100 MEAUX							

DOSSIER MEDICAL

A RETOURNER POUR LE 11 DECEMBRE 2024 DERNIER DELAI

✓ Certificat médical de vaccinations (ci-joint) – **OBLIGATOIRE POUR LE DEPART EN STAGE**

Il est impératif de mettre à jour dès à présent vos vaccinations notamment l'hépatite B qui s'inscrit dans un schéma vaccinal plus long.

✓ Certificat médical d'aptitude physique et psychologique établi par un **MEDECIN AGREE ARS (cf. liste 77 jointe)**

Si hors Seine-et-Marne, la liste des médecins agréés est à consulter sur le site de l'ARS de votre département.

OBLIGATOIRE POUR LE JOUR DE LA RENTREE

ATTENTION : LE CERTIFICAT MEDICAL DU MEDECIN AGREE CONDITIONNE L'INSCRIPTION DEFINITIVE EN FORMATION

DOSSIER DE BOURSE

Les demandes de bourse pour l'année 2025 se font jusqu'au 31 janvier 2025 par inscription sur la plateforme : ma-bourse-sanitaire-ou-sociale.iledefrance.fr.

Le matricule de l'IFP de Meaux pour les demandes de bourse est le : **b3249v**

ELEVES EN SITUATION DE HANDICAP

L'institut de formation de Meaux n'est pas accessible aux personnes à mobilité réduite.

Les élèves en situation de handicap ou ayant des troubles de santé peuvent solliciter une demande d'aménagements pour les examens et le suivi des études.

Le référent pour les personnes en situation de handicap est Madame Christine HAYOTTE : chayotte@ghef.fr – 01-64-35- 21-50 (ci-joint formulaire à nous retourner).

**TOUTES LES PIECES DEMANDEES DEVRONT ETRE FOURNIES
LORS DE VOTRE INSCRIPTION ADMINISTRATIVE
DANS LE CAS CONTRAIRE VOTRE INSCRIPTION SERA REJETEE**

Informations sur les données administratives vous concernant

L'IFSI DU GHEF-Site de Meaux traite vos données personnelles pour l'accomplissement de ses missions : Gestion des dossiers de candidatures à la formation, gestion des dossiers administratifs et pédagogiques, suivi des cursus de stages, de la sélection jusqu'à la fin de la formation. Les bases légales de ces traitements sont l'exécution d'une mission d'intérêt public ou le respect d'obligations légales. Les données sont conservées pendant le temps de votre cursus et sont archivées conformément aux dispositions réglementaires.

Vos données sont transmises aux personnels administratifs et formateurs ainsi qu'aux organismes extérieurs participant à la prise en charge des formations et autorités de tutelle. A titre d'exemple, l'IFSI du GHEF- Site de Meaux peut partager des informations relatives à votre dossier avec la Région Ile de France, si ces informations sont nécessaires à la coordination et au suivi de votre parcours de formation.

Certaines données personnelles doivent obligatoirement être fournies pour permettre votre inscription et la gestion de votre dossier. Le refus de fournir ces données pourrait entraîner l'impossibilité de vous inscrire ou de vous fournir certains services. Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) n° 2016/679 du 27 avril 2016, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, d'effacement de vos données et de limitation des traitements effectués. Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant au secrétariat de l'institut : ifsighef.meaux@ghef.fr

Aucun transfert de vos données personnelles en dehors de l'Union Européenne n'est effectué.

Si vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à l'autorité de contrôle compétente (en France, la CNIL) : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

PRISE EN CHARGE DU COUT DE LA FORMATION – RENTRÉE JANVIER 2025

A RETOURNER PAR MAIL AVANT LE 4 décembre 2024 à ifsighef.meaux@ghef.fr

FORMATION AIDE SOIGNANTE

NOM PATRONYMIQUE..... NOM ÉPOUSE.....

PRÉNOMS :

Adresse :

.....

Téléphone : Mail :

Diplôme(s) Obtenu (s) :

FORMATION COMPLETE

FORMATION PARTIELLE

FORMATION PARTIELLE ASHQ ou Agent de Service

SI FORMATION PARTIELLE DIPLOME OBTENU :

BAC PRO ASSP

BAC PRO SAPAT

CAP AEPE

(Les élèves titulaires des Baccalauréats professionnels ASSP / SAPAT et les élèves titulaires d'un CAP « Accompagnant Educatif de la Petite Enfance » sont éligibles à la subvention régionale s'ils répondent aux critères d'éligibilité.)

FORMATION EN CURSUS PARTIEL NON PRISES EN CHARGE PAR LA RÉGION ILE DE FRANCE

DEAP

Titre professionnel ADVF

Titre professionnel ASMS

DEAES

DEAS

ARM

DEA

Cocher la case qui correspond à votre situation (Critères éligibilité page 3)

Dans tous les cas joindre le justificatif

- Demandeur d'emploi **inscrit à France TRAVAIL à l'entrée en formation, dont le coût de la formation n'est pas pris en charge par France TRAVAIL** (joindre attestation France TRAVAIL)

Indiquer la région : N° allocataire :

Date inscription France Travail :

Bénéficiaire ARE, ou autre allocation France Travail: oui non

Inscrit à France Travail et salarié du secteur privé en CDI ou CDD de plus de 78 heures par mois :

(Joindre votre contrat de travail) oui non

- Bénéficiaire du **RSA** (joindre justificatif du versement du RSA)
- Elève ou étudiant **âgé de moins de 26 ans** en poursuite d'études sans interruption (joindre certificat de scolarité)

- Elève ou Etudiant **âgé de moins de 26 ans** avec interruption de scolarité de moins de 2 ans avant le démarrage de la formation (joindre certificat de scolarité)

- Elève ou étudiant dont le **service civique** s'est achevé dans un délai d'un an avant l'entrée en formation (joindre justificatif)

- Bénéficiaire d'un **PEC – Parcours Emploi Compétences** (joindre justificatif)

- Les apprenants relevant du **SPRF – Service Public Régional de Formation** (joindre justificatif)

- Salarié** (vous avez un employeur) Secteur Privé Secteur Public

Vous êtes en : CDI CDD Date fin CDD :

Coordonnées employeur et Téléphone :

.....

Prise en charge de la formation par votre employeur oui non (joindre le justificatif)

Précisez si vous bénéficiez d'une **prise en charge** : Transition Pro, CPF, Formap, Uniformation, ANFH, AIF par pôle emploi, etc.....

- Paiement personnel**

- Autres** (à préciser) (joindre justificatif)

DATE :

Signature :

Critères de prise en charge de la formation par la Région Ile-de-France

A titre indicatif, le coût de la formation complète pour l'année 2025 est de 8.000 €

Le statut est considéré à l'entrée en formation et vaut pour toute la durée de la formation.

Sont éligibles au financement :

- ➔ Les jeunes de moins de 26 ans en poursuite d'études sans interruption (y compris ceux ayant un contrat de travail étudiant);
- ➔ Les jeunes de moins de 26 ans avec interruption de scolarité de moins de 2 ans avant l'entrée en formation ;
- ➔ Les jeunes dont le service civique s'est achevé dans un délai d'un an avant l'entrée en formation ;
- ➔ Les demandeurs d'emploi inscrits à France Travail à l'entrée en formation, dont le coût de formation n'est pas pris en charge par France Travail.
- ➔ Les bénéficiaires d'un PEC (Parcours Emploi Compétences) ;
- ➔ Les bénéficiaires du RSA (Revenu de Solidarité Active) ;
- ➔ Les apprenants relevant du SPRF (Service Public Régional de Formation) ;

Les élèves titulaires des Baccalauréats professionnels ASSP / SAPAT et les élèves titulaires d'un CAP « Accompagnant Educatif de la Petite Enfance » sont éligibles à la subvention régionale s'ils répondent aux critères d'éligibilité.

Ne peuvent prétendre à ce financement :

- Les agents publics (y compris en disponibilité) ;
- Les salariés du secteur privé en CDD ou CDI de plus de 78 heures par mois ;
- Toute personne ayant bénéficié d'une prise en charge partielle par Transition Pro ;
- Les abandons de formation intervenus dans le mois suivant l'entrée en formation ;
- Les apprentis ;
- Les personnes en validation des acquis de l'expérience (VAE) ;
- Les cursus partiels hormis les titulaires d'un BAC ASSP, SAPAT ou CAEPE s'ils répondent aux critères d'éligibilité ;
- Les médecins et les sages-femmes diplômés à l'étranger.

Pour une prise en charge totale ou partielle du coût de la formation autre que la Région :

- Personne ayant un employeur : financement par l'employeur, Transition Pro, Uniformation, ANFH, CPF etc...
- Personne inscrite à France Travail faire une demande auprès de cet organisme pour une AIF (allocation individuelle de formation), CPF

PROMOTION JANVIER 2025

FORMATION AIDE-SOIGNANTE

COMPLETE

ASSP/SAPAT

CURSUS PARTIEL.....

CADRE RESERVE IFSI

Date d'entrée | **06** | **01** | **2025** |

Date de fin de scolarité | **05** | **12** | **2025** |

Interruption Date | | | |

Reprise | | | |

Exclusion Date | | | |

NOM PATRONYMIQUE :

NOM EPOUSE :

PRENOM :

Date de Naissance :

Lieu :

Dépt :

Nationalité :

Adresse 1

.....

Tél | | | | | | | | | | | | | | | |

Portable | | | | | | | | | | | | | | | |

ADRESSE MAIL :

N° S.S. | | | | | | | | | | | | | | | | - | | | |

Avez-vous déjà bénéficié d'un aménagement dans le cadre d'une formation et/ou passation des examens ou toute autre épreuve d'évaluation oui non

Souhaitez-vous un aménagement en lien avec un handicap ? oui non Si oui remplir la fiche situation d'handicap" ci-jointe

Situation de famille

CELIBATAIRE MARIE(E) VEUF(VE) Nbre d'enfants.....

DIVORCE(E) CONCUBINAGE PACS Ages

Personne à contacter en cas d'urgence :

NOM..... PRENOM.....

Portable | | | | | | | | | | | | | | | |

Tél Personnel | | | | | | | | | | | | | | | |

Tél Professionnel | | | | | | | | | | | | | | | |

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

NOM PATRONYMIQUE.....

Prénom.....

NOM MARITAL.....

NIVEAU D'ETUDES

Date de fin de scolarité (obligatoire) :

Niveau d'études.....

Diplômes obtenus :

Année	Diplôme obtenu

Avez-vous l'Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence de niveau 2

- AFGSU : Oui Date d'obtention.....(mois / année)
(Joindre la photocopie)
 Non

SITUATION PROFESSIONNELLE

- ACTIVITES PROFESSIONNELLES ANTERIEURES (Préciser le type d'activité et la durée)

Dates Du au	PROFESSION exercée	STRUCTURE (Etablissements et services)

FICHE GESTION DES STAGES JANVIER 2025

ELEVE AS **ELEVE AP**

NOM PATRONYMIQUE :

NOM D'ÉPOUSE : **Prénom(s) :**

Adresse :

Etes-vous titulaire du permis de conduire ? **OUI** **NON**

Disposez-vous d'un véhicule ? **OUI** **NON**

Les stages s'effectuent sur la Région Ile de France et départements limitrophes à la Seine et Marne (hors demande personnelle) et vous devez vous rendre autonome pour vos déplacements.

Avez-vous un diplôme professionnel dans le domaine sanitaire social, si oui lequel ?

.....

Avez-vous une expérience professionnelle antérieure dans le milieu des soins, précisez votre fonction :

- Aide-soignant
- Auxiliaire de puériculture
- ASH ou ASH soins
- Brancardier
- Autre (*précisez*) :

Veillez nous indiquer la (ou les) structure(s) (*établissement et service*) dans laquelle vous avez exercé :

STRUCTURE	SERVICE

Signature de l'élève :

CERTIFICAT MEDICAL – 1^{ère} année IDE / AS - AP
(datant de moins de 3 mois)

ETABLI PAR UN MEDECIN AGREE PAR L'AGENCE REGIONALE DE SANTE (ARS)
Liste des médecins agréés consultables sur le site de l'ARS

Je soussigné(e),

.....

Docteur en Médecine, agréé ARS, certifie que :

NOM PATRONYMIQUE :

NOM D'ÉPOUSE :

PRENOM :

Né(e) le

Ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession :

- Infirmier(e)
- Aide-Soignant(e)
- Auxiliaire de Puériculture

Fait à..... le

Signature et cachet du médecin

CERTIFICAT MEDICAL DE VACCINATIONS

***A compléter par le médecin traitant ou le
médecin agréé ARS***

Pour l'entrée en formation :

- D'AIDE-SOIGNANTE
- D'AUXILIAIRE DE PUERICULTURE
- INFIRMIERE

NOM PATRONYMIQUE :

NOM D'ÉPOUSE :

PRENOM :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE

ADRESSE :

.....

TELEPHONE :

SELON LE CALENDRIER DES VACCINATIONS ET RECOMMANDATIONS VACCINALES 2024

4.4 Tableau 2024 des vaccinations pour les populations spécifiques

4.4.1 Tableau 2024 des vaccinations en milieu professionnel*

SANTÉ	DTP	Coqueluche	Grippe	Covid-19	Hépatite A	Hépatite B	Leptospirose	Rage	ROR	Varicelle	FJ	IIM
Étudiants des professions médicales, paramédicales ou pharmaceutiques assistant dentaire	Obl	Rec	Rec	Rec		Obl						
Professionnels des établissements ou organismes de prévention et/ou de soins (liste selon arrêté du 15 mars 1991) dont les services communaux d'hygiène et de santé et les entreprises de transports sanitaires	Obl	Rec	Rec	Rec		Obl (si exposés)			Rec y compris si nés avant 1980, sans ATCD	Rec sans ATCD, séronégatif		
Professionnels libéraux n'exerçant pas en établissements ou organismes de prévention et/ou de soins	Rec	Rec	Rec	Rec		Rec (si exposés)						

1. ATTESTATION DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES

Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 du code de la santé publique (document joint)

Je soussigné(e) Docteur :

Adresse :

Téléphone :

Certifie que M..... Né(e) le :

a été vacciné(e) :

• Contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et la coqueluche :

Dernier rappel DTP effectué			
Nom du vaccin	Dose	Date	N° lot

Dernière injection / Rappel DTP et coqueluche			
Nom du vaccin	Dose	Date	N° lot

• Contre l'hépatite B, selon les conditions définies au verso, il / elle est considéré(e) comme (cocher les mentions utiles) :

- immunisé(e) contre l'hépatite B (minimum 3 injections rapprochées) : oui non
- non répondeur(se) à la vaccination (au terme de 6 injections max): oui non

2. • FORTEMENT RECOMMANDE

ROUGEOLE OREILLON RUBEOLE		
Nom du vaccin	Date	N°lot

3. ATTESTATION DE VACCINATIONS RECOMMANDEES

- **Par le BCG : 2 cas de figure** (cf. décret du 27 février 2019 ci-joint)

1- Vaccination antérieure

Vaccin intradermique ou Monovax®	Date (dernier vaccin)	N°lot

2- Si non vacciné(e) BCG ou si absence de preuve : laissé à l'appréciation du médecin

IDR à la tuberculine 5 U (si pas de vaccination BCG ou risque d'exposition)	Date	Résultat (en mm)
Vaccination BCG (si non antérieurement réalisé ou si risque)	Date	Résultat (en mm)

A CONTRACTE LA VARICELLE : OUI NON

VARICELLE		
Nom du vaccin	Date	N°lot

GRIPPE SAISONNIERE		
Nom du vaccin	Date	N°lot

Fait à.....

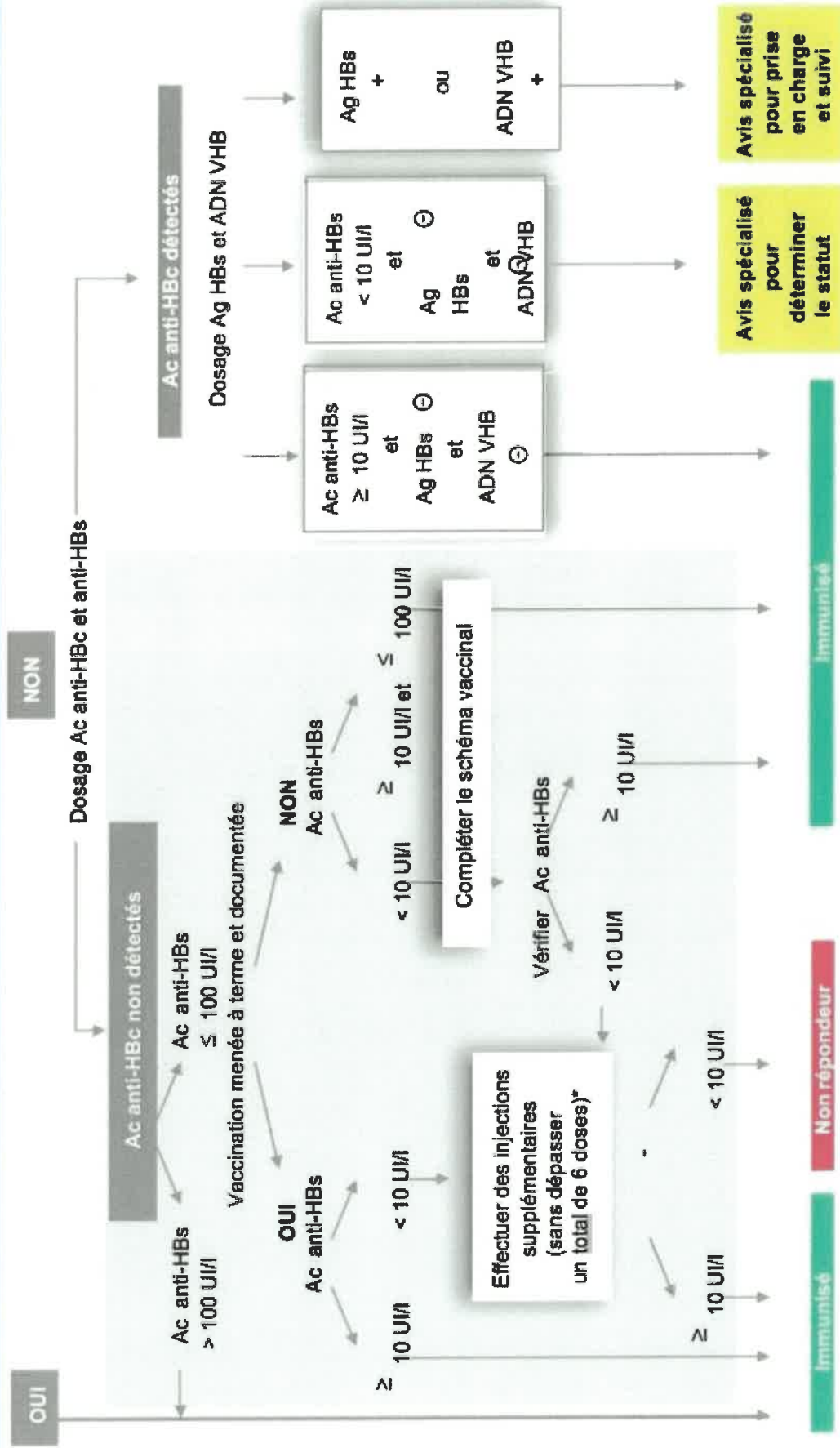
Cachet et signature du médecin

Le.....

4.8 Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des professionnels de santé

Instruction no DGS/R11/R12/2014/21 du 21 janvier 2014 relative aux modalités d'application de l'arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L. 3111-4 du code de la santé publique <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027830751&categorieLien=id>

Attestation d'un résultat, même ancien, montrant des Ac anti-HBs > 100 UI/l



* Sauf cas particulier voir 4° de l'annexe 2 de l'arrêté

Legende : Ac : anticorps ; Ag : antigène ; VHB : virus de l'hépatite B

Référent handicap

Formation aide-soignante

Formation auxiliaire de puériculture

Formation infirmière

Mme Christine HAYOTTE

Tél : 01 64 35 21 50

E-mail : chayotte@ghef.fr

Formulaire de demande d'aménagement de la formation pour un apprenant en situation de handicap*

** Il existe une grande variété de handicap : les déficiences (auditives, visuelles, motrices), les maladies chroniques (asthme ; diabète, ...), les troubles « DYS » (dyslexie, dyspraxie, ...), les troubles de l'apprentissage, TDAH ...*

NOM : Formation aide-soignante
PRÉNOM : Formation auxiliaire de puériculture
DATE D'ENTRÉE EN FORMATION : / / **Formation infirmière**

Ce formulaire de demande d'aménagement de la formation est à compléter par tous les apprenants dès leur entrée en formation. Il sera transmis au référent handicap qui vous proposera un accompagnement personnalisé et qui vous guidera dans les démarches à accomplir lors d'un rendez-vous.

Etes-vous en situation de handicap* ? OUI NON
Si oui, avez-vous une notification en cours de validité ? OUI NON
Si oui, laquelle (joindre obligatoirement la notification) ?
- MDPH
- Autres Précisez :

Avez-vous besoin d'aménagements de la formation ? OUI NON
Si oui, lesquels ?
.....

Date :

Signature de l'apprenant :
(Et de ses parents s'il est mineur)