Auch, le 14 Novembre 2024

Institut de Formation
aux Métiers de la Santé du Gers
Groupement d'Intérêt Public

Nos réf: : HA/AD/2024/11

Objet : Formation Aide-Soignante
Rentrée du 06 Janvier 2025

Madame, Monsieur,

Comme suite à votre admission à la formation Aide-Soignante, nous avons le plaisir de vous convoquer à une demi-journée de pré-rentrée **le Mardi 10 Décembre 2024, de 10 heures à 12 heures, à l'I.F.A.S. de l'I.F.M.S. du GERS, Allée des Arts (à côté du Ciné32).**

Vous trouverez ci-joint le dossier qui comporte :
1 – la fiche administrative à compléter et à remettre,
2 – la fiche de renseignements « Gestion des stages »,
3 - la liste des pièces à fournir,
4 - une information sur les bourses.
5 – un modèle de certificat médical et d'attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires.

Vous devrez être en possession de tous ces documents le jour de la pré-rentrée. **Les services du secteur sanitaire et social de la Région Occitanie et un agent de Pôle Emploi seront présents pour vous présenter les différentes possibilités de financement et pour répondre à vos questionnements le cas échéant.**

Par ailleurs, nous avons le plaisir de vous convoquer pour la rentrée qui aura lieu **le Lundi 06 Janvier 2025, à 09 heures 00, à l'I.F.A.S. de l'I.F.M.S. du Gers, situé Allée des Arts, 32000 AUCH. (ce courrier fait foi de convocation).**

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Le Directeur de l'I.F.A.S. du G.I.P.- I.F.M.S. du Gers,

H. AFOY

I.F.A.S. de l'I.F.M.S. du GERS
Allée des Arts - BP 382
32008 AUCH Cedex
Tel : 05.42.54.01.30
direction@gip-ifsidugers.fr
www.gip-ifsidugers.fr

N° déclaration d'existence : 73 32 P 000 432 / N° SIRET : 183 202 225 000 29

1 - FICHE ADMINISTRATIVE

Identité			
NOM DE NAISSANCE			
Prénom(s)			
NOM D'EPOUSE			
Date de naissance		Département de naissance	
Lieu de naissance			
Nationalité			
N° de Sécurité sociale			
J'autorise le service organisateur, le DREETS à publier mes Nom et Prénom sur internet dans le cadre de la diffusion des résultats:			
	☐ Oui	☐	Non

SITUATION DE FAMILLE					
☐ Célibataire	☐Marié(e)	☐ Pacsé(e)	☐ Concubinage	☐ Veuf	☐ Divorcé(e)
Nombre d'Enfants					
Ages enfants					

ADRESSE DOMICILE			
N°, rue, libellé voie...			
Code Postal		Commune	
Téléphone Portable		Téléphone fixe	
Mail personnel :	@		

ADRESSE DE RESIDENCE DURANT VOS ETUDES			
N°, rue, libellé voie...			
Code Postal		Commune	

NIVEAU D'ETUDE - DIPLÔMES - TITRES

Date de SORTIE de scolarité : ----------

Dernière classe suivie : ----------

Type - Série	Année(s)	Obtention du diplôme ou titre	
		OUI	NON

FORMATIONS SUIVIES

		Attestations	
Intitulé de la formation	Année(s)	OUI	NON

SITUATION ADMINISTRATIVE A L'ENTREE EN INSTITUT DE FORMATION AIDE SOIGNANT

Modalité de sélection à la formation :

- ☐ Formation initiale (par la voie de la sélection)
- ☐ ASHQ ou agent de service admis sans sélection (Art. 11 de l'arrête du 12 Avril 2021)
- ☐ Admission dans le cadre de la VAE

Situation 1 : Formation initiale (par la voie de la sélection)

☐ **Elève sorti de formation depuis moins d'un an**

Etes-vous demandeur de bourses		OUI ☐	NON ☐	En cours ☐

☐ **Demandeur d'emploi**

Numéro identifiant		Date d'inscription à Pole Emploi : ……/……/……
Date ouverture des droits	……/……/……	Durée de l'indemnisation :

☐ **Salarié rémunéré pendant la formation**

Nom de l'employeur	
Adresse	
Mail	
Téléphone	

☐ **OPCO**	
Nom de l'OPCO	
Adresse	
Mail	
Téléphone	
☐ **Autre**	
Précisez	

Situation 2 : ASHQ ou agent de service admis sans sélection (Art. 11 de l'arrête du 12 Avril 2021)	
☐ **Salarié rémunéré pendant la formation**	
Nom de l'employeur	
Adresse	
Mail	
Téléphone	
☐ **OPCO**	
Nom de l'OPCO	
Adresse	
Mail	
Téléphone	
☐ **Autre**	
Précisez	

Situation 3 : Admission dans le cadre de la VAE		
☐ **Demandeur d'emploi**		
Numéro identifiant		Date d'inscription à Pole Emploi : ……/……../……
Date ouverture des droits	……/……/……	Durée de l'indemnisation :
☐ **Salarié rémunéré pendant la formation**		
Nom de l'employeur		
Adresse		
Mail		
Téléphone		
☐ **OPCO**		
Nom de l'OPCO		

Adresse	
Mail	
Téléphone	
☐ **Autre**	
Précisez	

COMMENTAIRE

SITUATION D'HANDICAP			
Reconnaissance handicap	☐ OUI	☐ NON	
Je bénéficie d'un Tiers Temps	☐ OUI	☐ NON	Si oui fournir le justificatif MDPH pour l'année 2024-2025

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE			
NOM / Prénom			
Lien de parenté			
Téléphone Portable		Téléphone fixe	
Mail			

POUR LES PERSONNES MINEURES			
Parent 1			
NOM / Prénom			
Adresse			
Téléphone Portable		Téléphone fixe	
Mail			
Parent 2			
NOM / Prénom			
Adresse			
Téléphone Portable		Téléphone fixe	
Mail			

Je soussigné(e) ……confirme mon inscription en formation aide-soignante à l'IFAS de l'IFMS du GERS pour la rentrée du 06 janvier 2025

Je certifie sur l'honneur de l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document et de la conformité des pièces fournies ;
J'atteste sur l'honneur avoir pris connaissance des dispositions vaccinales obligatoires pour l'entrée en formation

Fait le : …… à : ……

Signature du candidat

2 - LISTE des PIECES à FOURNIR

Votre admission définitive, selon la réglementation, est subordonnée à la présentation **LE JOUR de la RENTREÉ** des pièces suivantes :

La fiche administrative ci-jointe complétée et signée
La fiche de renseignements/gestion des stages complétée
Une photocopie de votre carte nationale d'identité ou du passeport ou titre de séjour en cours de validité, en deux exemplaires
Une photo d'identité au format obligatoire de 35 millimètre de large sur 45 millimètre de haut (photo en couleur recommandée, nette sans pliure ni trace) (*veuillez notifier votre nom et prénom au dos de la photo*).
Un justificatif de domiciliation durant vos études (photocopie d'une facture EDF ou de téléphone ou d'une quittance de loyer...).
Une copie de votre permis de conduire.
Une copie de la carte grise et de l'attestation d'assurance du véhicule que vous utiliserez pour vous rendre en formation et en stage. *Si la carte grise n'est pas à votre nom, vous devez fournir une attestation sur l'honneur du propriétaire vous autorisant à conduire ce véhicule. Si l'assurance n'est pas à votre nom, vous devez fournir une attestation de l'assureur spécifiant que vous êtes autorisé à conduire le véhicule.*

Une copie de votre carte d'immatriculation à la sécurité sociale sur laquelle figure votre nom.

Un justificatif d'assurance responsabilité civile couvrant obligatoirement la période de Janvier à Décembre 2025 :

Il vous appartiendra de souscrire un avenant limité dans le temps auprès de votre compagnie d'assurance qui gère votre contrat.
Le choix du montant de la garantie relève de votre responsabilité.
Vous devez être garanti(e) pour l'ensemble des risques suivants, tant lors du stage que lors des trajets occasionnés par celui-ci :

- *Accidents corporels causés aux tiers ;*
- *Accidents matériels causés aux tiers ;*
- *Dommages immatériels.*

Votre nom, prénom et la date d'échéance de l'attestation doivent figurer sur le contrat.
Ces trois garanties devront figurées sur le justificatif

(Instruction DGOS/RH1/2010/243 du 5 juillet 2010 et de la Circulaire DGS/PS 3 n°2000-371 du 5 juillet 2000)

Un chèque de caution de 15 €uros à l'ordre de l'Agent comptable du GIP IFMS du Gers pour le prêt et l'entretien des tenues professionnelles lors des Travaux Pratiques et des Travaux Dirigés (*merci de noter votre nom et prénom au dos du chèque, si vous n'êtes pas le possesseur du compte*)

Vous DEVEZ FOURNIR EGALEMENT :

Le certificat médical complété par un médecin agréé, attestant que le candidat présente les aptitudes physiques et psychologiques nécessaires à l'exercice de la profession (*liste des médecins agréés disponible sur le site de l'A.R.S. Occitanie*) ;

L'attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires dûment complétée par un médecin conformément à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France (Cf. arrêté du 06 Mars 2007 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L311-4 du code de la santé publique) ;

TRES IMPORTANT

VOUS DEVREZ ÊTRE EN POSSESSION OBLIGATOIREMENT LE JOUR DE LA RENTRÉE du :

DIPLOME ORIGINAL qui vous a permis de BENEFICIER d'une DISPENSE de FORMATION (obligatoire pour la poursuite du cursus de formation). Si vous n'avez pas encore le diplôme vous devez être en possession d'un relevé de note original.

Pour les personnes en situation de Handicap, vous devez nous adresser les justificatifs (bilan orthophonique, certificat médical, MDPH…) par mail à l'adresse suivante : a.llebot@gip-ifsidugers.fr (Référente Handicap Mme LLEBOT Aurélie).

3 - INFORMATION BOURSES

Si vous êtes sorti(e) du système scolaire depuis moins d'un an ou non inscrit à Pôle emploi comme demandeur d'emploi, vous pouvez faire une demande de bourses sous conditions de ressources auprès de la Région Occitanie

Suivre le lien ci-joint : https://www.laregion.fr/bourses-etudes-sanitaires-sociales

- Vous connecter sur le site :
- Créer un compte afin d'accéder à votre espace personnel
- Sécuriser votre compte par un identifiant et un mot de passe

CODE ETABLISSEMENT :

AUCH2024
(Ce code doit rester confidentiel)

La bourse d'études n'est pas cumulable avec un autre financement public constituant une aide à la formation.
Vous ne pouvez donc pas cumuler la bourse avec une indemnité émanant de Pôle emploi, d'une allocation Individuelle à la Formation, d'un Congé Individuel de Formation, d'une Bourse versée par un autre Ministère.

Vous pouvez, si vous le souhaitez, effectuer cette démarche depuis l'atelier informatique du GIP IFMS du Gers.

FOURNIR OBLIGATOIREMENT une COPIE de votre NOTIFICATION de DEMANDE de BOURSES au SECRÉTARIAT

Fiche de renseignements / gestion des stages.

Merci de renseigner ce document en lien avec vos futures affectations de stage :

Nom		
Prénom		
Date de naissance		
Lieu de résidence habituelle		
Lieu de résidence durant les études		
Autres lieux d'hébergement possibles		
Accès à la formation :	**<u>Nom employeur si formation financée :</u>**	
Permis de conduire :	**O/N**	**Si non,** date prévue du permis :
Véhicule :	**O/N**	
Je précise si je connais des structures par : **<u>mes stages antérieurs</u>** **<u>ou</u>** **<u>mes emplois antérieurs</u>**	• • • • •	
Je précise si je connais des structures *(ou services de soins)* car un membre de **ma famille y travaille** **Ou y réside**	• • •	

INSTITUT de FORMATION
aux METIERS DE LA SANTE du GERS

IFAS du Gers

Allée des Arts - BP 80382 - 32008 AUCH Cédex
Tél : 05.42.54.01.30
secretariat@gip-ifsidugers.fr

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE D'AIDE-SOIGNANT (E)

ETABLI PAR UN MEDECIN AGREE

A produire :

❒ Pour le jour de la rentrée administrative

Je, soussigné(e), Docteur : .....

Médecin agréé (figurant sur la liste des médecins agréés de l'Agence Régonale de Santé)

Adresse : .....

.....

Certifie avoir examiné, et atteste que conformément à l'article 8 ter de l'arrêté du 7 avril 2020 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'Aide-Soignant(e):

❒ Mme, ❒ Melle, ❒ M. .....

Né(e) le .....

Ne présente aucune contre-indication d'ordre physique ou psychologique incompatible :

❒ A l'exercice de la profession d'Aide-Soignant(e):

❒ Est autorisé(e) à se rendre en stage clinique
❒ N'est pas autorisé(e) à se rendre en stage clinique

Pour faire valoir ce que de droit,

A ....., le .....

Signature et cachet du médecin généraliste agréé

Attestation médicale d'immunisation et de vaccination obligatoire

Je soussigné(e), Docteur (nom/prénom).....

Adresse : .....

.....

Certifie que : Nom de l'étudiant/élève : ..... Prénom : .....

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

Candidat à l'inscription en formation : ☐ Soins infirmiers ☐ Aide-soignant ☐ Auxiliaire de Puériculture
(cochez la formation concernée)

a été vacciné(e) :

- **Contre la COVID 19**

NOM du VACCIN	Date	N° de LOT
1ière injection		
2ième injection		
3ième injection		
Si contre-indication merci de précisez		

- **Contre la DIPHTÉRIE, le TÉTANOS, la POLIOMYÉLITE**

Dernier RAPPEL EFFECTUÉ		
NOM du VACCIN	**Date**	**N° de LOT**

- **Contre l'HÉPATITE B**

NOM du VACCIN	Date	N° de LOT
1ière injection		
2ième injection		
3ième injection		

- Sérologie de l'hépatite B (dosage des Ac Anti-HBs pour le contrôle obligatoire de l'immunisation)

Date de la sérologie : _____

Selon les conditions définies (schéma ci-joint), il/elle est considéré(e) comme (*rayer les mentions inutiles*)

- Immunisé(e) contre l'hépatite B : OUI NON
- NON répondeur(se) à la vaccination OUI NON

Nom de l'étudiant : ..... Prénom : .....

Si injections supplémentaires, selon les conditions définies (schéma ci-joint)

NOM du VACCIN	Date	N° de LOT
4ième injection		
5ième injection		
6ième injection		

- **Par le BCG**

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

IDR à la Tuberculine	Date	Résultat (en mm)

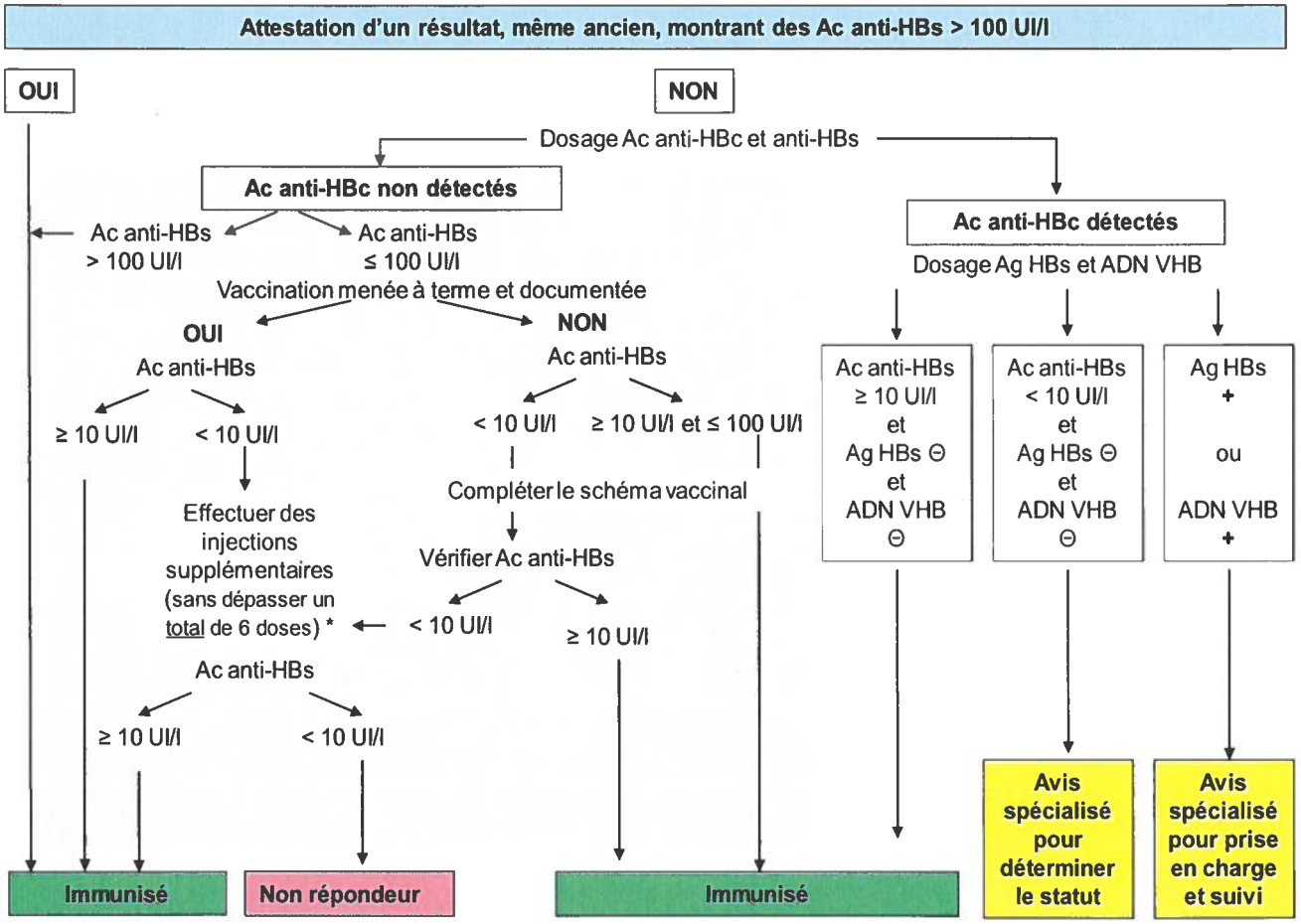
Nota bene :Selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour ces professionnels de santé, il est par ailleurs recommandé d'être immunisé contre la coqueluche, la rougeole, la varicelle et la grippe saisonnière.

NOM du VACCIN	Date	N° de LOT

Signature et cachet du médecin :

Date : .....

Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 et dont les conditions sont fixées par l'arrêté du 2 août 2013



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

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

Textes de référence

- Articles L.3111-1, L.3111-4 et L.3112-1 du code de la santé publique (CSP)
- Arrêté du 15 mars 1991 fixant la liste des établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins dans lesquels le personnel exposé doit être vacciné, modifié par l'arrêté du 29 mars 2005 (intégration des services d'incendie et de secours)
- Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiniques
- Arrêté du 6 mars 2007 relatif à la liste des élèves et étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des autres professions de santé pris en application de l'article L.3111-4 du CSP
- Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux (Titre III)
- Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L.3111-4 du CSP
- Calendrier vaccinal en vigueur (cf. Site du ministère chargé de la santé : http://www.sante.gouv.fr/vaccinations-vaccins-politique-vaccinale.html)