



DOSSIER D'INSCRIPTION

FORMATION AIDE-SOIGNANTE

ANNEE 2021/2022

INSTITUT de FORMATION AIDES-SOIGNANTS
CH EURE SEINE - Hôpital Evreux - Vernon
22 rue du Docteur Baudoux 27 015 EVREUX Cedex
☎ : 02 32 78 35 52 – Fax : 02 32 78 35 53
Formation organisée et financée par la région Normandie

<p style="text-align: center;">NOTICE D'INFORMATION Formation aide-soignante Equivalence de compétences et Allègements de formation</p>
--

- **Arrêté du 7 avril 2020 modifié par l'arrêté du 12 avril 2021 relatif aux modalités d'admission aux formations conduisant aux diplômes d'Etat d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture.**
- **Arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formations paramédicaux.**

Selon l'article 1^{er} de l'arrêté du 7 avril 2020 : « Les candidats doivent être âgés de dix-sept ans au moins à la date d'entrée en formation. »

Equivalence de compétences et allègements de formation

Selon l'article 14 de l'arrêté du 10 juin 2021 : « Sous réserve d'être admis à suivre la formation dans les conditions fixées par l'arrêté du 7 avril 2020 modifié susvisé, des équivalences de compétences, de blocs de compétences ou des allègements partiels ou complets de certains modules de formation sont accordées aux élèves titulaires des titres ou diplômes suivants : »

- Le diplôme d'Etat d'auxiliaire de puériculture
- Le diplôme d'assistant de régulation médicale
- Le diplôme d'Etat d'ambulancier
- Le diplôme d'Etat d'aide médico-psychologique
- Le diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social
- Le diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale ou de la mention complémentaire d'aide à domicile
- Le baccalauréat professionnel Services aux personnes et aux territoires (SAPAT)
- Le baccalauréat professionnel Accompagnement, soins et services à la personne (ASSP)
- Le titre professionnel d'assistant de vie aux familles
- Le titre professionnel d'agent de service médico-social

Les élèves titulaires de l'un des titres ou diplômes précités est inscrit automatiquement dans un parcours allégé.

Les agents de services hospitaliers

Selon l'article 15 de l'arrêté du 10 juin 2021 : « Les agents des services hospitaliers qualifiés de la fonction publique hospitalière et les agents de service mentionnés au 2° de l'article 11 de l'arrêté du 7 avril 2020 modifié susvisé sont dispensés de la réalisation d'une période de stage de cinq semaines mentionnés à l'article 3 du présent arrêté. »

Les élèves titulaires de l'un des diplômes ou titres précités est inscrit automatiquement dans un parcours allégé.

IMPORTANT, avant d'entrer en IFAS vous devez impérativement :

- Vous assurer du mode de financement de votre formation et de vos ressources pendant la durée de votre formation,
- Etre à jour des vaccinations obligatoires,
- Etre à jour d'un titre de séjour valide à l'entrée en formation : **vous ne pourrez pas entrer en formation si votre justificatif n'est pas à jour au 02/09/2021**

Evreux,

Le 30 juin 2021

Florence RAGUENES

Directrice des soins

Coordonnatrice des instituts des formations paramédicales

IFAS/IFAP - Centre Hospitalier Eure-Seine

INSCRIPTION EN FORMATION AIDE-SOIGNANTE

NOM :
Adresse:

Prénom :

Téléphone :

Mail :

N° Pôle Emploi |_|_|_|_|_|_|_|_|

N° Dossier financeur (Transition pro, ANFH...) : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Constitution de votre dossier d'inscription:

- Cette fiche de confirmation dûment complétée et signée
- Copie des originaux des diplômes ou titres
- Attestation de sécurité sociale avec des droits couvrant l'année scolaire 2021 – 2022 (et non la copie de la carte vitale)
- Pour les personnes inscrites au pôle emploi : le dernier avis de paiement
- Fiches de renseignements (ci-jointes)
- Attestation de responsabilité civile **et risques professionnels** de votre assurance (En référence à l'Instruction N°DGOS/RH1/201/243 du 05/07/2010 relative aux modalités de mise en œuvre de la réforme LMD au sein de IFSI)
- Notification conditionnelle d'attribution de la bourse régionale pour les boursiers. Si vous n'avez pas encore constitué votre dossier, vous devez vous connecter sur le : <http://www.crous-caen.fr/bourses/paramedicales/>
- Justificatif de prise en charge financière pour les salariés du secteur privé ou public (promotion professionnelle, OPCO, Transition Pro...)
- Création d'une adresse Gmail (obligatoire)
- 1 photo d'identité (nom et prénom au dos)
- 1 photo d'identité envoyée sur ifas-ifap@ch-eureseine.fr (avec votre identité dans le corps du mail)
- Certificats médicaux

Vous devez constituer votre dossier médical et nous l'envoyer dès que possible

- Un certificat médical d'un médecin agréé (<https://www.normandie.ars.sante.fr/annuaire-des-professionnels-et-etablissements-0>) attestant que vous présentez les aptitudes physiques et psychologiques nécessaires à l'exercice du métier d'aide-soignant. (document ci-joint).
- Le certificat de vaccinations à faire compléter par votre médecin traitant (document ci-joint).

Merci de nous renvoyer tous les documents complétés à :

IFAS DE L'EURE
22 rue du Docteur Michel Baudoux
27015 EVREUX CEDEX
ifas-ifap@ch-eureseine.fr

Date :

Signature :

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

LES RENSEIGNEMENTS DEMANDES SUR CETTE FEUILLE SONT OBLIGATOIRES POUR VALIDER VOTRE INSCRIPTION

ETAT CIVIL DE L'ÉLÈVE / ETUDIANT

NOM DE NAISSANCE:PRENOM :

NOM D'USAGE :

Date de naissance : __ / __ / ____

Lieu :

Département : ____

Nationalité :

Numéro d'immatriculation à la sécurité sociale : / _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ /
Régime: GENERAL SNCF EDF MILITAIRE autre: précisez.....

ADRESSE (Résidence principale) :
.....
.....

Numéro de téléphone : / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ /

Numéro de portable : / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ /

ADRESSE (Pendant la scolarité si différente) :
.....
.....

Numéro de téléphone : / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ /

Numéro de portable : / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ /

E-mail :@.....

N° INE* : (figure sur votre relevé de notes du BAC)

Personne (s) à prévenir en cas d'urgence:
.....
.....

Lien (s) de parenté:

Numéro de téléphone : / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ /

Numéro de portable : / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ /

Merci de bien vouloir indiquer au secrétariat-accueil tout changement d'adresse et/ou de numéro de téléphone.

AUTORISATION CONCERNANT « LE DROIT A L'IMAGE »

Numérisation photographie fichier "élèves" :

Autorise n'autorise pas

L'Institut à insérer ma photographie numérisée dans le fichier informatique, dans l'unique but de réaliser "un tableau photographique" pour les formateurs.

Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser auprès du secrétariat accueil de l'IFAS.

Publication photographie / vidéo :

Autorise n'autorise pas

A diffuser les photographies de ma personne prises dans le cadre de mon activité à l'Institut de formations paramédicales de l'Eure, pour les usages suivants:

- plaquette d'information de l'Institut de formations paramédicales de l'Eure
- vidéos retraçant les activités pédagogiques

Cette autorisation étant donnée à titre gracieux.

Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant la reproduction de ces photos devront respecter mon anonymat et ne devront pas porter atteinte à ma réputation.

FINANCEMENT DE LA FORMATION

OUI **NON**

Si oui:

Mode de prise en charge:

Région

CFP (congé de formation professionnelle)
ou organisme prenant en charge la formation :

Nom et adresse de l'organisme :

.....
.....

Employeur

Nom, adresse

.....

Autre : Préciser

.....

REMUNERATION

OUI **NON**

Si oui :

Pôle Emploi – N° identifiant :

Date de fin de la prise en charge.....

Secteur public Secteur privé Public et privé

Contrat de sécurisation professionnelle

Allocation retour à l'emploi (ARE)

Relai rémunération fin de formation (RFF)

Droits en cours de calculs

Allocation spécifique solidarité (ASS)

Revenu solidarité action (RSA)

Autre : Préciser

.....

DIPLOMES OBTENUS :

.....

.....

.....

Fait à, le.....

Signature (précédé de la mention manuscrite "Lu et approuvé").

Institut des Formations Paramédicales de l'Eure
CH Eure-Seine

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

SEPTEMBRE 2021

Formation

- FORMATION EN SOINS INFIRMIERS**
- FORMATION D'AIDE-SOIGNANT**
- FORMATION D'AUXILIAIRE DE PUERICULTURE**

Situation

- PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP**
- PORTEUSE DE MALADIE CHRONIQUE**
- AUTRE**

**LES RENSEIGNEMENTS DEMANDES SONT CONSEILLES POUR VOTRE CURSUS DE
FORMATION**

ETAT CIVIL DE L'ÉLÈVE / ETUDIANT

NOM DE NAISSANCE :PRENOM :

NOM D'USAGE :

Date de naissance : __ / __ / ____

Lieu :

Département : ____

Nationalité :

E-mail :@.....

Numéro d'immatriculation à la sécurité sociale : / _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ /

Numéro de téléphone : / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ /

Numéro de portable : / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ /

ADRESSE (Pendant la scolarité) :

.....
.....

Avez-vous une reconnaissance par la MDPH ?

- OUI
- NON

Avez-vous une reconnaissance RQTH ou en cours ?

- OUI, date de validité.....
- NON

Etes-vous accompagné par un organisme ?

OUI NON

Si oui, pouvons-nous le contacter si besoin ?

OUI NON

Merci de préciser l'organisme et les coordonnées de votre conseiller (CAP EMPLOI, AGEFIPH ...)

.....
.....

Avez-vous bénéficié d'un bilan d'appuis spécifiques ?

OUI NON

Quels sont vos besoins pour atteindre vos objectifs de formation ? (Joindre un justificatif)

Les divers aménagements possibles doivent être validés par la MDPH. (Maison départementale des personnes handicapées)

.....
.....
.....
.....

Suivez-vous un traitement médical ?

OUI NON

Ce traitement nécessite-t-il des aménagements et/ ou une conduite à tenir ? Si oui, lesquels ?

.....
.....
.....

Personne(s) à prévenir en cas d'urgence :

.....

Lien(s) de parenté :

.....

Numéro de téléphone : / __ / __ / __ / __ / __ /

Numéro de portable : / __ / __ / __ / __ / __ /

Un entretien peut vous être proposé, à votre demande à la rentrée.

Fait à, le.....
Signature (précédée de la mention manuscrite "Lu et approuvé").

IFSI IFAS IFAP de l'Eure
22, rue du Docteur Michel Baudoux
27015 Evreux Cedex

Florence RAGUENES
Directrice

FEUILLOLEY Brigitte
HENRI Isabelle
Adjointes à la direction

Secrétariat IFSI
02.32.78.35.90
02.32.78.36.24

Courriel : ifsie@chi-eureseine.fr
Tél : 02 32 78 35 52

Evreux, le 30 juin 2021

DOSSIER MEDICAL

Nous vous rappelons que l'admission définitive est subordonnée à la production au moment de l'inscription administrative :

- 1- Du certificat médical** ci-joint émanant **d'un médecin agréé** par l'Agence Régionale de Santé **ARS**, attestant que le candidat ne présente pas de contre-indication **physique et psychologique à l'exercice de la profession** (*termes à mentionner obligatoirement*).
- 2- Merci de joindre avec le certificat médical, la liste des médecins agréés de votre département** si vous ne résidez pas en Normandie.
- 3- De l'attestation vaccinale ci-jointe** précisant que vous avez reçu **les vaccinations obligatoires** pour l'exercice des professions de santé (DTP-Hépatite B) **et les vaccinations recommandées** (coqueluche avec le DTP, Rougeole, oreillons et rubéole). Bien préciser si vous avez eu la varicelle ou la rougeole et, par défaut, faire et transmettre les résultats de sérologie uniquement pour la varicelle(IgG) pour vérifier l'immunité. Pour la Rougeole mise à jour du vaccin.
- 4- La présentation de cette attestation** comportant **de façon claire et précise, les informations** concernant votre situation vaccinale et immunitaire est une des conditions obligatoires pour prétendre à la mise en stage dans des services de soins.
- 5- En ce qui concerne l'hépatite B**, si vous n'avez jamais été vacciné(e), **prévoir 7 mois minimum** : (vaccins réalisés à M0-M1 et M6 M=mois et sérologie 4 à 8 semaines après M6). Il existe également un schéma accéléré qui comporte l'administration en primo-vaccination de 3 doses en 21 jours (J0, J7, J21 ou J0, J10, J21 J=jour, selon l'AMM des 2 vaccins concernés).

Vous pouvez effectuer gratuitement les vaccinations auprès du centre de vaccination - Rue Léon Schwartzberg à Evreux - (téléphone : 02.32.33.84.85) ou vous rendre chez votre médecin traitant.

Pour informations, lire les recommandations vaccinales 2014 : Sur Internet prendre le lien : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Calendrier_vaccinal_ministere_sante_2014.pdf

* Vous trouverez la liste des médecins **agréés** pour le département de l'Eure en suivant le lien (<https://www.normandie.ars.sante.fr/annuaires-des-professionnels-et-etablissements-0>)
Si vous résidez dans un autre département, vous pouvez vous procurer cette liste auprès de l'ARS de votre département. Vous devrez **impérativement** fournir celle-ci avec les certificats afin que nous puissions vérifier que votre médecin est agréé. **Dans le cas contraire, nous ne pourrions pas effectuer votre inscription.**



IFSI IFAS IFAP de l'Eure
22, rue du Docteur Michel Baudoux
27015 Evreux Cedex

Florence RAGUENES
Directrice

FEUILLOLEY Brigitte
HENRI Isabelle
Adjointes à la direction

Secrétariat IFAS IFAP
02.32.78.35.79
02.32.78.36.23

Courriel : ifsie@chi-eureseine.fr
Tél : 02 32 78 35 52

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur en médecine,

agrée par l'ARS du département de

certifie que :

Nom et Prénom :

Né(e) le : **à** :

Domicilié(e) à (adresse familiale) :
.....
.....

Ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession d'aide-soignant (e), selon l'arrêté du 12 avril 2021 portant diverses modifications relatives aux conditions d'accès aux formations conduisant aux diplômes d'Etat d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture. (Article 8 ter)

Fait à :

Le :

Signature et cachet :

Nous vous rappelons que l'admission définitive est subordonnée à la production du certificat médical au moment de l'inscription administrative.

Certificat vaccinal en vue de l'intégration à l'Institut de Formation d'Aide-Soignant (IFAS)

Je soussigné Dr _____ certifie que M/Mme _____

Né(e) le _____ satisfait :

Aux obligations vaccinales (Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite / Hépatite B avec sérologie protectrice) l'autorisant à réaliser les stages dans le cadre de sa formation clinique au sein de l'IFSI/IFAS/IFAP.

Par ailleurs, les informations relatives aux recommandations sont les suivantes :

- Réalisation d'un tubertest et organisation d'un suivi en cas d'induration supérieure à 10mm
 OUI NON
- Protection contre la Varicelle (sérologie protectrice, preuve de la maladie ou d'une vaccination)
 OUI NON
- Protection contre la Rougeole (preuve de la maladie ou d'une vaccination)
 OUI NON
- Protection contre la Coqueluche (vaccination DTPc il y a moins de 10 ans)
 OUI NON

Date : _____

Signature et cachet

Rappel des obligations/recommandations vaccinales avant la rentrée en IFSI/IFAS/IFAP

Obligations vaccinales

DTP, idéalement DTPc pour assurer les stages dans les services exposés (pédiatrie, maternité, gynéco, crèches...)

Entre 11 et 13 ans, puis rappel à 25-45-65 ans

VHB

Schéma complet de 3 doses minimales : **M0-M1-M6** puis sérologie **Ac Anti HBs / Ac anti HBc / Ag HBs** 6 semaines post M6

En l'absence de protection à l'issue des 3 injections, compléter le schéma par une 4^e dose suivi d'une nouvelle sérologie complète à 6 semaines. A renouveler jusqu'à 6 injections

En cas d'absence de protection sérologique après 6 injections : délivrance d'un certificat médical de « non répondeur » à la vaccination contre l'Hépatite B (avec consignes en cas d'Accident d'Exposition aux Virus – cf infra)
Cf algorithme issu du calendrier vaccinal pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des professionnels de santé

Recommandations vaccinales

TUBERTEST datant de moins de 2 ans avec induration notée en mm

Si induration > 10mm : réalisation d'un quantiféron

Si quantiféron positif, orientation vers le CLAT

Varicelle

ATCD de varicelle médicalement prouvé (carnet de santé avec date de constatation et signature du médecin)

A défaut, réalisation d'une sérologie varicelle

Si sérologie négative : proposition de la vaccination

Schéma vaccinal (vaccin vivant atténué / CI chez femme enceinte et chez immunodéprimé / prélever β HCG pré vaccinal et différer projet de grossesse)

VARIVAX® : 2 doses espacées de 4 à 8 semaines

VARILRIX® : 2 doses espacées de 6 à 10 semaines

Rougeole

ATCD de rougeole médicalement prouvé (carnet de santé avec date de constatation et signature du médecin)

A défaut, proposition de la vaccination

Schéma vaccinal (vaccin vivant atténué / CI chez femme enceinte et chez immunodéprimé / prélever β HCG pré vaccinal et différer projet de grossesse) : MMR VAXPRO® ou PRIORIX®

Né avant 1980 : 1 dose

Né depuis 1980 : 2 doses espacées d'au moins 1 mois

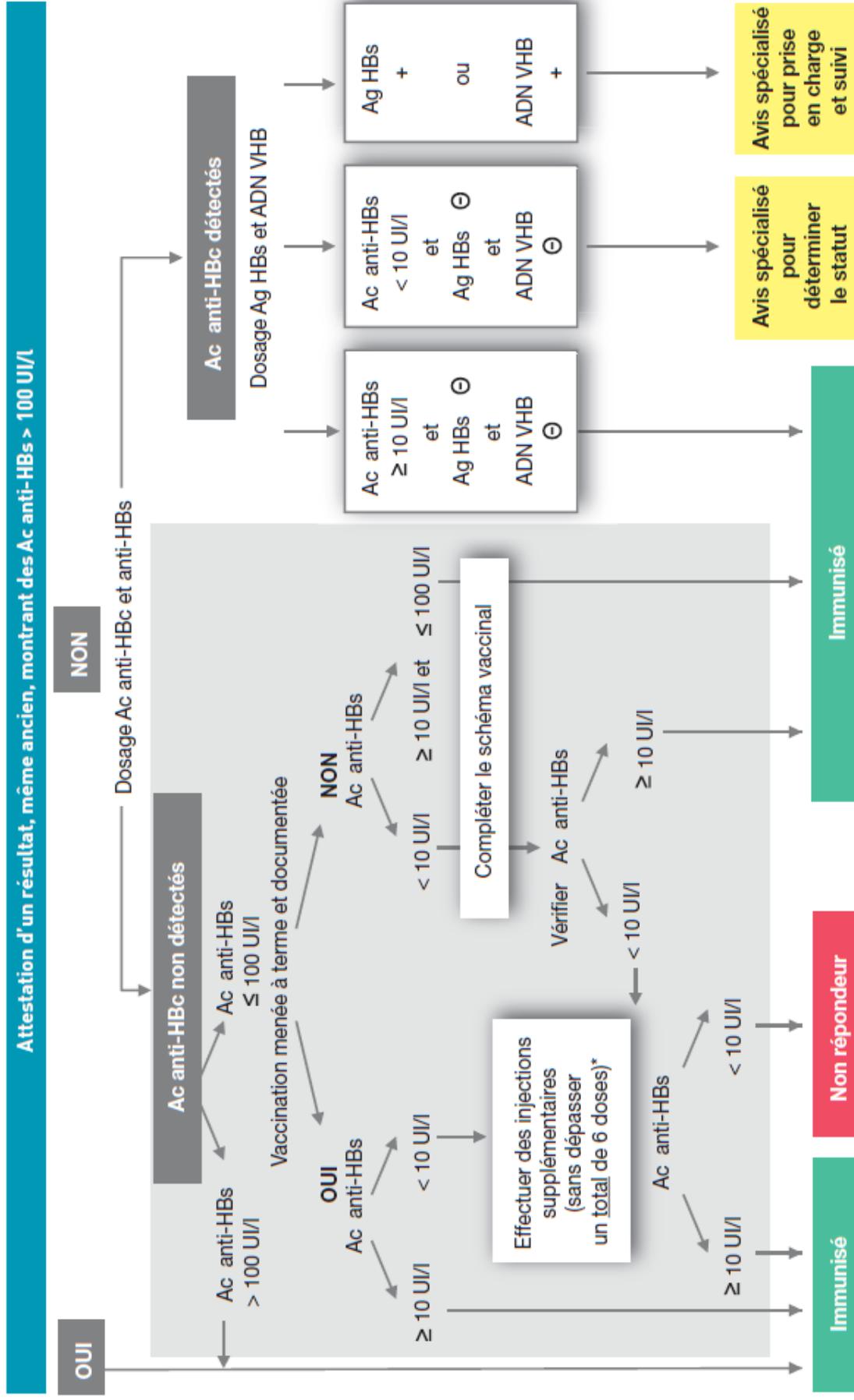
Coqueluche

Une immunité contre la coqueluche peut être exigée pour l'accès à certains stages à fort risque d'exposition (petite enfance, maternité...)

Vaccination combinée avec le DTP (cf obligations vaccinales)

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

Instruction n° DGS/RI1/RI2/2014/21 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 sante publique



RECOMMANDATIONS DE PRISE EN CHARGE EN CAS D'ACCIDENT D'EXPOSITION AU VIRUS (AEV)

- HEPATITE B -

Sujet exposé	Statut VHB (Ag HBs) de la personne source	
	Positif	Inconnu
Vacciné répondeur (Anti HBs > 10 mUI/ml ou > 100 mUI/ml dans les antécédents)	rien	rien
Vacciné non répondeur (Anti HBs < 10 mUI/ml sans anti-HBc ni notion d'anti HBs > 100 mUI/ml dans le passé)	Immunoglobulines*	rien**
Non vacciné	Immunoglobulines* + vaccin	vaccin**

* L'administration d'immunoglobulines n'est pas nécessaire si absence de virémie VHB (ADN VHB indétectable) chez la personne source et utilisation de ténofovir en TPE

** L'administration d'immunoglobulines est légitime en l'absence d'utilisation de ténofovir en TPE et si la personne source est originaire d'un pays de haute (Afrique subsaharienne, Asie) ou moyenne (Outre-mer, Europe de l'Est et du Sud, Afrique du Nord, Moyen-Orient, Sous-continent indien et Amérique du Sud) endémicité pour le VHB et/ou usager de drogues par voie intraveineuse et/ou HSH et/ou avec partenaires multiples



IFSI de l'Eure
22, rue du Docteur Michel Baudoux
27015 Evreux Cedex
Courriel : ifsie@chi-eureseine.fr
Tél : 02 32 78 35.52
Fax : 02 32 78 35 53

Secrétariat IFAS IFAP

Affaire suivie par :
C. LEROY – C. BONDON
Tél : 02.32.78.35.79
02.32.78.36.23

Evreux, le 30 juin 2021

ENTREE EN FORMATION IFAS – IFAP 2021-2022

Madame, Monsieur,

Afin de réaliser votre inscription, nous vous proposons une pré-rentrée le 30 ou 31 août prochain. Une information vous sera donnée par mail début août.

Tout dossier incomplet sera refusé et retardera votre rentrée.

Votre inscription se fera selon différentes étapes :

I. BADGES

Le badge de l'IFSI vous servira de carte de self.

Un chèque de 15 €uros libellé à l'ordre du Trésor Public vous sera demandé, afin d'approvisionner votre carte de self.

En cas de perte, le badge vous sera facturé 30 euros.

II. TENUES PROFESSIONNELLES

L'acquisition de 5 tenues professionnelles complètes est préconisée.

Nous vous proposons un prestataire qui sera présent le jour de votre pré-rentrée. Les tarifs ont été négociés avec ce dernier pour qu'ils soient le plus abordables (prévoir chèque). Néanmoins, vous pouvez faire appel à un autre prestataire en respectant les principes suivants : pantalons et tuniques blancs.

III. DOCUMENTS ADMINISTRATIFS / CERTIFICATS MEDICAUX – VACCINATIONS

Vous devez remettre:

- Une photo d'identité récente
 - **Deux photocopies de votre pièce d'identité** ou passeport ou titre de séjour en cours de validité pour l'année 2021/2022.
 - Le dossier médical complet
- Si vous êtes domicilié hors du département de l'Eure, merci de fournir la liste des médecins agréés où figure le nom du médecin que vous avez consulté.
- La photocopie de l'AFGSU 2 en cours de validité (moins de quatre ans) si vous êtes titulaire de ce diplôme.
 - L'attestation de désinscription sur PARCOURSUP si vous étiez inscrit.
 - L'attestation « autorisation parentale » (pour les mineurs).
 - L'attestation de Sécurité Sociale (et non la copie de la carte vitale) avec des droits couvrant l'année scolaire 2020 – 2021.
 - L'attestation de responsabilité civile et **risques professionnels** :
Les frais d'assurance de responsabilité civile sont à la charge des étudiants. Il vous appartient de souscrire un contrat limité dans le temps auprès d'une compagnie d'assurance en référence à "l'Instruction N°DGOS/RH1/2010/243 du 5 JUILLET 2010 relative aux modalités de mise en œuvre de la réforme LMD au sein des IFSI".
Par conséquent, vous devez nous *fournir l'attestation couvrant les risques professionnels et la responsabilité civile* mentionnant que vous êtes couvert lors de vos stages en milieu médical pour l'année scolaire 2019–2020 (dates de début et fin validité y seront notées).
 - La notification conditionnelle d'attribution de la bourse régionale pour les boursiers.
Si vous n'avez pas encore constitué votre dossier, vous devez vous connecter sur le : <http://www.crous-caen.fr/bourses/paramedicales/>
 - Le justificatif de prise en charge financière pour les salariés du secteur privé ou public (promotion professionnelle, OPCO, Transition PRO, ...).

IV. RENCONTRE AVEC LES FORMATEURS

Pour finir, vous rencontrerez les formateurs lors d'une présentation en sous groupe.

Nous vous informons que la rentrée en formation à l'Institut de Formation d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture aura lieu :

Le jeudi 2 septembre 2021 à 9 heures 00
22 rue du Docteur BAUDOIX
27015 EVREUX Cedex



IFSI IFAS IFAP de l'Eure
22, rue du Docteur Michel Baudoux
27015 Evreux Cedex

Florence RAGUENES
Directrice

FEUILLOLEY Brigitte
HENRI Isabelle
Adjointes à la direction

Secrétariat IFAS IFAP
02.32.78.35.79
02.32.78.36.23

Courriel : ifsie@chi-eureseine.fr
Tél : 02 32 78 35 52

A FAIRE REMPLIR PAR L'ASSURANCE

ATTESTATION RESPONSABILITE CIVILE ET RISQUES PROFESSIONNELS

Je, soussigné(e)

Atteste que

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

Est bénéficiaire d'un contrat d'assurance (références) :

Garantissant les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile et professionnelle qu'il peut encourir lors des stages en milieu médical et social qu'il effectue dans le cadre de ses activités d'étudiant en soins infirmiers / d'élève aide soignant / d'élève auxiliaire de puériculture ***rayer la mention inutile**

En référence à "l'Instruction N°DGOS/RH1/2010/243 du 5 JUILLET 2010 relative aux modalités de mise en œuvre de la réforme LMD au sein des IFSI".

La présente attestation est valable du

Fait-le..... A

Cachet
Signature



AUTORISATION PARENTALE

(à établir pour les jeunes de moins de 18 ans non émancipés)

Je soussigné(e), Monsieur, Madame, *.....
agissant en qualité de père- mère – représentant légal, *
autorise Monsieur, Madame
né(e) le à Département ou pays.....

à suivre la formation suivante :

Intitulé de la formation :

Nom du centre de Formation :

.....

Fait à Le

Signature du père, de la
mère,
ou du représentant légal,

* Rayer les mentions inutiles

Joindre la pièce justifiant la qualité du signataire (livret de famille ou jugement)

Utilisation des outils numériques en formations aux métiers d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture

L'utilisation du numérique se développe dans les formations aux métiers d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture. L'équipe pédagogique vous accompagnera dans cet usage qui ne vous est peut-être pas familier.

Afin d'anticiper, cette utilisation, nous vous demandons de prendre en compte les points suivants :

- Des informations vous seront transmises tout au long de la formation par mail et sur des plateformes dédiées. Pour permettre cet usage, vous devez **créer avant la rentrée une adresse gmail composée de votre prénom complet et de votre nom complet** (nom de naissance pour les personnes mariées) : prénom.nom@gmail.com. Si besoin, vous pouvez compléter cette adresse avec des chiffres uniquement. (La création d'un compte gmail se fait facilement sur www.gmail.com)
- Dans la mesure de vos possibilités, nous vous conseillons d'être équipé en matériel informatique lors de l'année de formation. Vous pourrez utiliser gratuitement les outils Google comme Google Docs (traitement de texte) avec le compte lié à l'adresse gmail que vous aurez créée.
- Afin de vous accompagner au mieux dans l'utilisation des outils numériques, nous vous demandons de remplir une enquête pour apprécier votre relation avec le numérique. Pour cela, entrez l'adresse suivante dans la barre de lien de votre navigateur : <https://forms.office.com/r/V5Add88ZGc> ou scanner le QR code ci-dessous.



L'équipe pédagogique