



DOSSIER D'INSCRIPTION

FORMATION AUXILIAIRE DE PUERICULTURE

ANNEE 2022/2023

INSTITUT de FORMATIONS PARAMEDICALES
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

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

Florence RAGUENES
Directrice

ENOS Anne-Sophie
FEUILLOLEY Brigitte
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

ENTREE EN FORMATION IFAS / IFAP 2022 - 2023

DOCUMENTS ADMINISTRATIFS A RENVOYER PAR COURRIER AVANT LE 22 AOUT 2022 à : IFAS IFAP 22 rue du DR BAUDOUX 27015 EVREUX CEDEX :

- « Check-list : « constitution du dossier d'inscription » dûment complétée et signée.
- **DEUX Copies couleur recto-verso** de la pièce d'identité valide ou en cours de validité.
- Copie couleur des originaux des diplômes ou titres.
- Copie de l'AFGSU 2 en cours de validité si vous êtes titulaire de ce diplôme
- Dossier médical complet (certificat médical et tableau vaccinal).
- Fiche de financement de formation (cf. : document de la Région et pièces justificatives).
- Pour les personnes inscrites au pôle emploi : l'avis de situation délivré par pôle emploi.
- Attestation de sécurité sociale avec des droits couvrant l'année scolaire 2022 - 2023 (et non la copie de la carte vitale)
- Pour les personnes inscrites au pôle emploi : le dernier avis de paiement.
- Fiche de renseignements (ci-jointe).
- Attestation d'autorisation parentale pour les mineurs (ci-jointe).
- 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).
- Attestation conditionnelle d'attribution de la bourse régionale pour les élèves éligibles.
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...).
- 1 RIB.
- 1 photo d'identité (nom et prénom au dos).

Nous vous informons que la rentrée en formation à l'Institut de Formation d'Aide-Soignante – d'Auxiliaire de Puériculture aura lieu :

Le lundi 1er Septembre 2022 à 9h00
22 rue du Docteur Baudoux
27015 EVREUX Cedex

Afin de réaliser votre inscription, votre présence est **vivement conseillée** lors de votre rendez-vous de pré-rentrée (la date et l'heure vous seront communiquées par mail au cours de l'été). Pour votre information, la pré-rentrée se déroulera les **29 et 30 aout 2022**.

Vous serez reçu lors des différents temps décrits ci-dessous :

I. TEMPS : REMISE DES BADGES :

Le badge de l'IFSI / IFAS / IFAP vous servira de carte d'accès au Centre Hospitalier Eure Seine mais aussi de carte de self.

Merci de ramener **un chèque de 15 €uros le jour de la pré-rentrée** libellé à l'ordre du Trésor Public, afin d'approvisionner votre carte de self.

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

II. TEMPS : ESSAYAGE DES TENUES :

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. TEMPS : RENCONTRE AVEC LES FORMATEURS

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

UTILISATION DES OUTILS NUMERIQUES

D'autre part, 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. Avant le rendez-vous de pré-rentrée, 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.gle/ip8RWwGTcsLjGHw69> ou scanner le QR code ci-dessous.



Formation

- FORMATION AIDE-SOIGNANT**
- FORMATION AUXILIAIRE DE PUERICULTURE**

NOM :

Prénom :

CHECK-LIST : Constitution de votre dossier d'inscription:

- Cette fiche check-list : « constitution du dossier d'inscription » dûment complétée et signée.
- DEUX Copies couleur recto-verso de la pièce d'identité valide ou en cours de validité.
- Copie couleur des originaux des diplômes ou titres.
- Copie de l'AFGSU 2 en cours de validité si vous êtes titulaire de ce diplôme
- Fiche de financement de formation (cf. : document de la Région et pièces justificatives).
- Pour les personnes inscrites au pôle emploi : l'avis de situation délivré par pôle emploi.
- Attestation de sécurité sociale avec des droits couvrant l'année scolaire 2022 – 2023 (et non la copie de la carte vitale)
- Pour les personnes inscrites au pôle emploi : le dernier avis de paiement
- Fiche de renseignements (ci-jointe).
- Attestation d'autorisation parentale pour les mineurs (ci-jointe).
- 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 des IFSI)
- Attestation conditionnelle d'attribution de la bourse régionale pour les élèves éligibles.
- Justificatif de prise en charge financière pour les salariés du secteur privé ou public (promotion professionnelle, OPCO, Transition Pro...)
- 1 RIB
- 1 photo d'identité (nom et prénom au dos)
- Création d'une adresse Gmail (obligatoire)

Vous devez constituer votre dossier médical dès que possible :

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

AUCUN CERTIFICAT DE SCOLARITE NE SERA DELIVRE SI DOSSIER INCOMPLET OU NON CONFORME

Compléments d'information

- Bourses d'études

<https://www.crous-normandie.fr/>

- Pour informations

<https://www.meservices.etudiant.gouv.fr/envole/>

Merci de nous renvoyer tous les documents complétés à :

IFAS / IFAP DE L'EURE
22 rue du Docteur Michel Baudoux
27015 EVREUX CEDEX

Centre Hospitalier Eure-Seine - Hôpital d'Évreux - Vernon

Siège social : rue Léon Schwartzberg - 27015 Évreux Cedex – Tél : 02.32.33.80.00 - Fax : 02.32.31.81.99

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

Florence RAGUENES
Directrice

FEUILLOLEY Brigitte
ENOS Anne-Sophie
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

Evreux, le 30 juin 2022

DOSSIER MEDICAL

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*).

Merci de joindre avec le certificat médical, la liste des médecins agréés de votre département si vous ne résidez pas en Normandie.

- 2- **De l'attestation vaccinale ci-jointe** précisant que vous avez reçu **les vaccinations obligatoires** pour l'exercice des professions de santé (DTP-Hépatite B/ Covid) **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.

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.

- 3- **En ce qui concerne l'hépatite B**, si vous n'avez jamais été vacciné(e), **prévoir 7 mois minimum**. Il existe également un schéma accéléré qui comporte l'administration en primo-vaccination de 3 doses en 21 jours.

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

**Attestation médicale d'immunisation et de vaccinations en vue de l'admission à l'Institut de
Formations Paramédicales**

Je soussigné Docteur _____

Adresse : _____

Certifie que Monsieur, Madame _____

Né(e) le, _____

Satisfait,

- **Aux obligations vaccinales des professionnels de santé** l'autorisant à réaliser les stages dans le cadre de sa formation clinique au sein de l'IFSI :

Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite

OUI NON En cours de vaccination

Hépatite B avec sérologie protectrice

OUI NON En cours de vaccination

Sérologie en attente Non répondeur(se) à la vaccination

Vaccination Covid-19 (Attestation Covid à joindre obligatoirement)

OUI NON

- **Aux vaccins recommandés** suivants :

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 de moins de 10 ans)

OUI NON

Date :

Signature et cachet du médecin

Rappel des obligations/recommandations vaccinales avant l'admission en 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 (Hépatite B)

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

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 βHCG 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 βHCG pré vaccinal et différer projet de grossesse) : MMR VAXPRO® ou PRIORIX®

Né avant 1980 : 1 dose

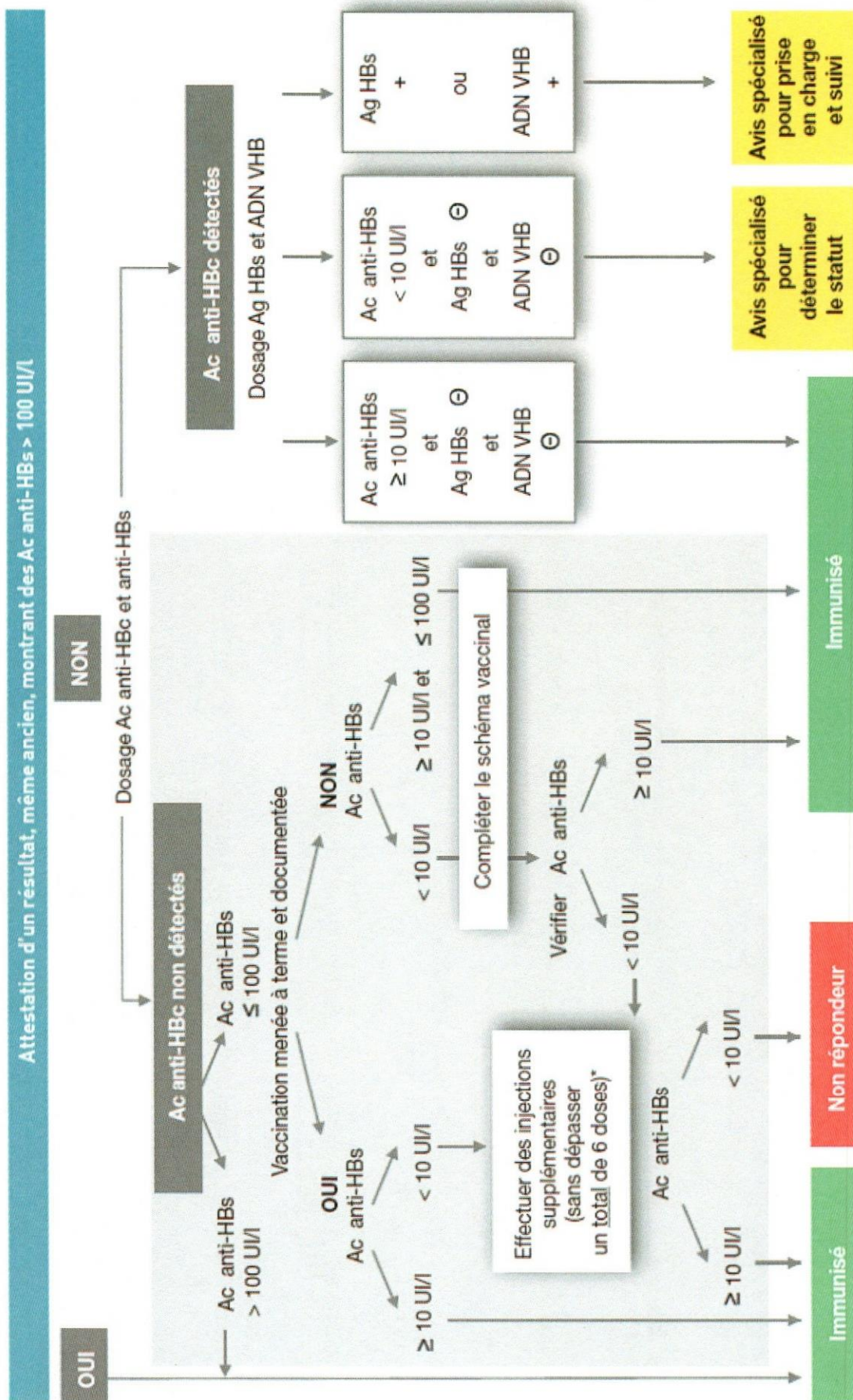
Né depuis 1980 : 2 doses espacées d'au moins 1 mois

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/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



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

Florence RAGUENES
Directrice

FEUILLOLEY Brigitte
ENOS Anne-Sophie
Adjointes à la direction

Secrétariat IFAS IFAP
02.32.78.35.79
02.32.78.36.23
Courriel : ifas-ifap@ch-eureseine.fr

Tél : 02 32 78 35 52

CERTIFICAT MEDICAL **D'APTITUDES**

Je soussigné Docteur, _____, médecin **agréé**
par l'ARS pour la préfecture du département de _____,
Exerçant à _____,

Certifie que Madame, Monsieur,

Nom et Prénom : _____

Né(e) le : _____ **à :** _____

Domicilié(e) à : _____

Ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession d'auxiliaire de puériculture, selon l'arrêté du 07 avril 2020 modifié -Article 8 ter.

Fait à : _____

Le : _____

Signature et cachet du Médecin agréé

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

FINANCEMENT DE LA FORMATION
DECLARATION DE SITUATION 22/23
+ LISTE DES PIECES A FOURNIR

à retourner à l'institut



NOM : **PRENOM :**

ADRESSE :

NOM DE L'INSTITUT DE FORMATION :

POURSUITE DE SCOLARITE

Etablissement fréquenté et diplôme préparé

Année scolaire 2021/2022 :

Année scolaire 2020/2021 :

Année scolaire 2019/2020 :

Année scolaire 2018/2019 :

Année scolaire 2017/2018 :

et

Année d'obtention du baccalauréat :

Justificatifs à fournir :

- Lycéens : certificat de scolarité de l'année scolaire en cours ;
- Personnes titulaires d'un baccalauréat obtenu à compter de juin 2017 : copie du diplôme du baccalauréat ;
- Personnes n'ayant pas interrompu leur scolarité pendant plus d'une année : tous les certificats de scolarité depuis le lycée.

DEMANDEUR D'EMPLOI SANS EMPLOI

N° identifiant Pôle-emploi :

Dernier emploi occupé :

Date de début de contrat :

Date de fin de contrat :

Suivez-vous ou avez-vous suivi une formation au cours des 12 derniers mois ?

oui (préciser quelle formation et son mode de financement) :

non

Justificatifs à fournir : justificatif attestant une inscription à Pôle-emploi en cours de validité (disponible sur le site de pole-emploi.fr à partir de votre espace personnel)

SALARIE EN EMPLOI PRECAIRE

Je suis actuellement en :

- Contrat à Durée Déterminée (CDD droit public ou droit privé) ;
- Contrat de travail aidé (CUI-PEC, contrat d'avenir, etc) ;
- Contrat à Durée Indéterminé (CDI) d'une durée inférieure ou égale à 24h hebdomadaires ou 104h mensuelles ;
- Contrat de Sécurisation Professionnelle (CSP).

Justificatifs à fournir : contrat de travail en cours ou CSP

Je suis :

- inscrit dans le cadre du « Dispositif Démissionnaire » de Transition Pro ;
- en service civique ;
- dans une autre situation (précisez, exemple congé parental ou de maternité) :

Suivez-vous ou avez-vous suivi une formation au cours des 12 derniers mois ?

- oui (préciser quelle formation et son mode de financement) :
- non

Justificatifs à fournir : tout document attestant de la situation déclarée.

- Les personnes en position de congé maternité ou de congé parental doivent également fournir un justificatif permettant d'apprécier leur statut la veille du début dudit congé ;
- Les salariés concernés par le « dispositif démissionnaire » doivent fournir un justificatif de dépôt de dossier sur la plateforme de Transition Pro.

AUTRE SITUATION (NON ELIGIBLE AU FINANCEMENT REGIONAL)

Je suis :

- salarié (hors contrats d'insertion, hors CDI inférieur ou égal à 24h/semaine et hors CDD) ;
- agent stagiaire ou titulaire de la fonction publique ;
- retraité ou j'ai dépassé l'âge légal du départ à la retraite

Type d'employeur :

- Fonction Publique Hospitalière Fonction Publique de l'Etat Fonction Publique Territoriale
- Employeur privé/associatif

Financement de la formation par (précisez, y compris si en attente de réponse) :

Justificatifs à fournir : attestation de prise en charge (employeur, ou organisme financeur) ou dans l'attente d'une réponse une attestation de dépôt d'un dossier de demande de prise en charge.

LES PIÈCES JUSTIFICATIVES DOIVENT IMPÉRATIVEMENT ÊTRE JOINTES À CE DOCUMENT ET RETOURNÉES À L'INSTITUT DANS LES MÊMES DELAIS QUE LA CONFIRMATION D'INSCRIPTION. TOUTE DÉCLARATION DE SITUATION INCOMPLETE OU NON REMISE DANS LES DELAIS ENTRAINERA LA NON PRISE EN CHARGE DE VOTRE FORMATION PAR LA RÉGION.

Je soussigné(e), M./ Mme déclare avoir pris connaissance des règles de financement des parcours de formations sanitaires et sociales* et atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document.

Date et signature du candidat :

Date et signature des parents ou tuteurs
pour les candidats mineurs :

*Retrouvez le règlement sur le site parcours-metier.normandie.fr/fss-se-former-aux-metiers-de-la-sante-et-du-social

SEPTEMBRE 2022

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Formation

- FORMATION AIDE-SOIGNANT**
- FORMATION AUXILIAIRE DE PUERICULTURE**

LES RENSEIGNEMENTS DEMANDES SONT OBLIGATOIRES POUR VALIDER VOTRE INSCRIPTION

ETAT CIVIL DE L'ÉLÈVE

NOM DE NAISSANCE : PRENOM :

NOM D'USAGE :

Date de naissance : __ / __ / ____ Lieu :

Département : _____ Nationalité :

E-mail :@.....

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

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) :

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


Lien de parenté:

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

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

DIPLOMES OBTENUS :

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

Tournez SVP 

AUTORISATION CONCERNANT « LE DROIT A L'IMAGE »

Numérisation et publication photographie / vidéo

Autorise N'autorise pas

L'Institut de formation à insérer ma photographie numérisée dans le fichier informatique, dans l'unique but de réaliser "un tableau photographique" pour les formateurs, et à diffuser les photographies de ma personne prises dans le cadre de mon activité à l'Institut, pour les usages suivants :

- plaquette(s) d'information de l'Institut,
- 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, « 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'Institut. »

FINANCEMENT DE LA FORMATION

OUI NON

Si oui :

Mode de prise en charge:

Région

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

Nom et adresse de l'organisme :

.....
.....

Employeur et emploi occupé

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

.....

FORMATION PREPARATOIRE : OUI NON

NOM ET ADRESSE DU CENTRE DE FORMATION PREPARATOIRE : (joindre l'attestation)

.....

.....

Fait à, le.....

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

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

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

SEPTEMBRE 2022

A remplir uniquement si vous êtes :

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

Formation

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

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

ETAT CIVIL DE L'ÉLÈVE

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").

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 : **IFSI IFAS IFAP de l'Eure**

Fait à _____ Le _____

Signature du père, de la mère
ou du représentant légal

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

* Rayer les mentions inutiles

NOTICE D'INFORMATION
Formation auxiliaire de puériculture
Equivalence de compétences et Allègements de formation

- **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'auxiliaire de puériculture 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'aide-soignant ;
- Le diplôme d'assistant de régulation médicale ;
- Le diplôme d'Etat d'ambulancier ;
- Le baccalauréat professionnel Services aux personnes et aux territoires (SAPAT) ;
- Le baccalauréat professionnel Accompagnement, soins et services à la personne (ASSP)
- Les diplômes ou certificats mentionnés aux articles D.451-88 et D.451-92 du code de l'action sociale et des familles
- Le titre professionnel d'assistant de vie aux familles
- Le titre professionnel d'agent de service médico-social
- La spécialité « Accompagnement éducatif petite enfance » du certificat d'aptitude professionnelle.

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

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

- Vous assurez 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 01/09/2022**

Evreux,

Le 07 juillet 2022

Florence RAGUENES

Directrice des soins

Coordonnatrice des instituts des formations paramédicales

IFAS/IFAP - Centre Hospitalier Eure-Seine