ifsi EURE-SEINE INSTITUT DE FORMATION PARAMÉDICALE

CH EURE SEINE HÔPITAL ÉVREUX-VERNON
Votre santé au cœur de notre engagement

RÉGION NORMANDIE
avec le soutien de la Région Normandie

ENTREE EN FORMATION EN IFAS / IFAP
2024 - 2025

Constitution de votre dossier de confirmation pour le Vendredi 23 aout 2024 au plus tard :

- Check-list : « constitution du dossier d'inscription » dûment complétée et signée.
- 1 photo d'identité (nom et prénom au dos).
- **DEUX Copies couleur recto-verso** de la pièce d'identité valide ou en cours de validité.
- Fiche de renseignements (ci-jointe).
- Attestation de sécurité sociale avec des droits couvrant l'année scolaire 2024 – 2025 (et non la copie de la carte vitale)
- Attestation de responsabilité civile **et risques professionnels** de votre assurance
- Dossier médical complet (certificat médical et tableau vaccinal).
- Copie de l'AFGSU 2 en cours de validité si vous êtes titulaire de ce diplôme.
- Copie couleur des originaux des diplômes ou titres.
- Attestation d'autorisation parentale pour les mineurs (ci-jointe).
- 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 ET le dernier avis de paiement.
- 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 : https://www.crous-normandie.fr/bourses-et-aides-financieres/les-bourses-detudes-regionales-pour-les-apprenants-des-formations-sanitaires-et-sociales/
- Justificatif de prise en charge financière pour les salariés du secteur privé ou public (promotion professionnelle, OPCO, Transition Pro…).
- 1 Relevé d'Identité Bancaire (RIB).

Vous devez constituer votre dossier médical dans les meilleurs délais

- Un certificat médical d'un **médecin AGRÉÉ** (https://www.normandie.ars.sante.fr/annuaires-des-professionnels-et-etablissements-0) attestant que vous présentez les aptitudes physiques et psychologiques nécessaire à l'exercice de la profession d'infirmier/ère(document ci-joint).
- Le certificat de vaccinations à faire compléter par un médecin (document ci-joint).
- La copie du carnet de vaccinations.
- Si besoin, copie d'une sérologie hépatite B.

Merci de nous renvoyer tous les documents complétés à l'adresse suivante:

IFP DE L'EURE
Secrétariat IFAS-IFAP
22 rue du Docteur Michel Baudoux
27015 EVREUX CEDEX

AUCUN CERTIFICAT DE SCOLARITE NE SERA DELIVRE EN CAS DE DOSSIER INCOMPLET

Pré-rentrée prévue le jeudi 29 aout 2024.
Un rendez-vous vous sera communiqué par mail au cours de l'été (prévoir 2 heures).

La pré-rentrée se déroulera en 4 temps : :

TEMPS 1 : RENCONTRE AVEC LES FORMATEURS

Vous rencontrerez les formateurs lors d'une présentation de la formation en sous-groupe.

TEMPS 2 : REMISE DES BADGES :

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

TEMPS 3 : 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.

TEMPS 4 : RENCONTRE AVEC LE COORDINATEUR PEDAGOGIQUE ET LE SECRETARIAT

Pour finir, vous rencontrerez le coordinateur pédagogique afin de faire un point sur vos vaccinations.

Rentrée prévue le lundi 2 Septembre 2024 à 9h00

ifsi EURE - SEINE INSTITUT DE FORMATION PARAMÉDICALE

CH EURE SEINE HÔPITAL EVREUX-VERNON
Votre santé au cœur de notre engagement

RÉGION NORMANDIE
avec le soutien de la Région Normandie

CHECK-LIST : Constitution de votre dossier d'inscription

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

NOM : **Prénom :**

- ❒ 1 photo d'identité (nom et prénom au dos).
- ❒ **DEUX Copies couleur recto-verso** de la pièce d'identité **valide ou en cours de validité**.
- ❒ Fiche de renseignements (ci-jointe).
- ❒ Attestation de sécurité sociale avec des droits couvrant l'année scolaire 2024 – 2025 (et non la copie de la carte vitale).
- ❒ Attestation de responsabilité civile **et risques professionnels** de votre assurance
- ❒ Copie de l'AFGSU 2 en cours de validité si vous êtes titulaire de ce diplôme.
- ❒ Copie couleur des originaux des diplômes ou titres.
- ❒ Attestation d'autorisation parentale pour les mineurs (ci-jointe).
- ❒ Certificat médical d'un médecin agréé.
- ❒ Certificat de vaccinations.
- ❒ Copie du carnet de vaccinations.
- ❒ Copie d'une sérologie hépatite B (si besoin).
- ❒ Fiche de financement de formation (cf. : document de la Région et pièces justificatives).
- ❒ Pour les personnes inscrites à France Travail : l'avis de situation délivré par pôle emploi et le dernier avis de paiement.
- ❒ 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 : https://www.crous-normandie.fr/bourses-et-aides-financieres/les-bourses-detudes-regionales-pour-les-apprenants-des-formations-sanitaires-et-sociales/
- ❒ Justificatif de prise en charge financière pour les salariés du secteur privé ou public (promotion professionnelle, OPCO, Transition Pro…).
- ❒ 1 Relevé d'Identité Bancaire (RIB).

DOSSIER A ENVOYER A :
INSTITUT DE FORMATION IFAS IFAP
22 rue du Docteur Baudoux
27015 EVREUX Cedex

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

ifsi EURE-SEINE INSTITUT DE FORMATION PARAMÉDICALE

CH EURE SEINE HÔPITAL EVREUX-VERNON
Votre santé au cœur de notre engagement

RÉGION NORMANDIE
avec le soutien de la Région Normandie

SEPTEMBRE 2024

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

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

LES RENSEIGNEMENTS DEMANDES SONT OBLIGATOIRES POUR VALIDER VOTRE INSCRIPTION

ETAT CIVIL DE L'ÉLEVE

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)

☐ 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 ☐

☐ 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 préparatoire : (joindre l'attestation)
.....
.....

Fait à ....., le.....
Signature (précédée de la mention « Lu et approuvé »)

ifsi EURE-SEINE INSTITUT DE FORMATION PARAMÉDICALE

CH EURE SEINE HÔPITAL EVREUX-VERNON
Votre santé au cœur de notre engagement

RÉGION NORMANDIE
avec le soutien de la Région Normandie

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

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

SEPTEMBRE 2024

Fiche à 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 CONSEILLES POUR VOTRE CURSUS DE FORMATION

ETAT CIVIL DE L'ÉLEVE

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

Tournez SVP

Etes-vous accompagné(e) 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

ZANON Stéphanie
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 05 juin 2024

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'**A**gence **R**égionale de **S**anté **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) **et les vaccinations recommandées** (coqueluche avec le DTP, Rougeole, oreillons et rubéole). Bien préciser si vous avez eu la varicelle, la rougeole ou la covid et, par défaut, réaliser 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 Schwartzenberg à Evreux – (téléphone : 02.32.33.84.85) ou vous rendre chez votre médecin traitant.
Pour informations, prendre connaissance du calendrier des vaccinations et recommandations 2024 sur Internet en suivant le lien : **.https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinal_avr2024.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 pourrons pas effectuer votre inscription**.

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

Florence RAGUENES
Directrice

ZANON Stéphanie
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'aide-soignant, 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.

ifsi EURE-SEINE INSTITUT DE FORMATION PARAMÉDICALE

CH EURE SEINE HÔPITAL EVREUX VERNON
Votre santé au cœur de notre engagement

RÉGION NORMANDIE
avec le soutien de la Région Normandie

ATTESTATION MEDICALE D'IMMUNISATION ET DE VACCINATION

Je soussigné (e) 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'IFAS-IFAP:

DENOMINATION-OBLIGATION VACCINALE	DATE DE VACCINATION OU DATE DE DERNIER RAPPEL	COMMENTAIRE
DIPHTERIE, TETANOS, POLIOMYELITE		**Préciser si DTP ou DTP-Coq**
HEPATITE B	DOSE 1 le :	**Sérologie de contrôle Ac AntiHBs et AntiHBc**
	DOSE 2 le :	**le :.....**
	DOSE 3 le :	**Résultat d'immunisation :** ❑ **Acquise** ❑ **Non Acquise**

Satisfait, **aux recommandations vaccinales des professionnels de santé** dans le cadre de sa formation clinique au sein de l'IFAS-IFAP :

DENOMINATION-RECOMMANDATION VACCINALE	COMMENTAIRE
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 DTP-Coq de moins de 10 ans	☐ **OUI** ☐ **NON**
Protection contre la COVID-19	DOSE 1 le :
	DOSE 2 le :
	DOSE 3 le :

Date ...../...../20.....
Signature et cachet du médecin

ifsi EURE-SEINE INSTITUT DE FORMATION PARAMÉDICALE

CH EURE SEINE HÔPITAL EVREUX-VERNON
Votre santé au cœur de notre engagement

RÉGION NORMANDIE
avec le soutien de la Région Normandie

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 4e 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).

Secrétariat IFAS/IFAP :
C.LEROY : 02 32 78 35 79
C.BONDON : 02 32 78 36 23

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 : **Institut de Formation Paramédical 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

ifsi EURE-SEINE INSTITUT DE FORMATION PARAMÉDICALE

CH EURE SEINE HÔPITAL EVREUX-VERNON
Votre santé au cœur de notre engagement

RÉGION NORMANDIE
avec le soutien de la Région Normandie

NOTICE D'INFORMATION
Formation aide-soignante
Equivalence de compétences et Allégements de formation

- **Arrêté du 7 avril 2020 modifié par l'arrêté du 9 juin 2023 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 modifié par les arrêtés des 28 octobre 2022 et 9 juin 2023 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 1er 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 allégements 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 allégements 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 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

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 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 02/09/2024**

Evreux, Le 27 juin 2024

Florence RAGUENES
Directrice des soins
Coordonnatrice des instituts des formations paramédicales
IFAS/IFAP - Centre Hospitalier Eure-Seine

FINANCEMENT DE LA FORMATION

DECLARATION DE SITUATION 24/25

+ LISTE DES PIECES A FOURNIR

à retourner à l'institut

RÉGION NORMANDIE

NOM :.....**PRENOM :**.....
ADRESSE :..... .....
....

NOM DE L'INSTITUT DE FORMATION :.....

POURSUITE DE SCOLARITE

Etablissement fréquenté et diplôme préparé
Année scolaire 2023/2024 : .....
Année scolaire 2022/2023 : .....
Année scolaire 2021/2022 : .....
Année scolaire 2020/2021 : .....
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 2020 : 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 PIECES JUSTIFICATIVES DOIVENT IMPERATIVEMENT ETRE JOINTES A CE DOCUMENT ET RETOURNEES A L'INSTITUT DANS LES MEILLEURS DELAIS. TOUTE DECLARATION DE SITUATION INCOMPLETE ENTRAINERA LA NON PRISE EN CHARGE DE VOTRE FORMATION PAR LA REGION.

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-métier.normandie.fr/fss-se-former-aux-metiers-de-la-sante-et-du-social*

FINANCEMENT DE LA FORMATION

Notice à conserver

RÉGION NORMANDIE

Avant d'entrer en institut de formation sanitaire ou sociale en Normandie, vous devez impérativement vous assurer du mode de financement de votre formation et de vos ressources(1) pendant la durée de votre formation.

VOUS ETES	QUI FINANCE VOTRE FORMATION ? (2)
En poursuite de scolarité : - Titulaire du baccalauréat depuis moins de 4 ans ou - En études (scolarité sans interruption pendant plus d'une année)	Région
Demandeur d'emploi sans emploi	Région ou OPCO(3) (si éligible)
Salarié en CDD (droit privé ou public) ou Salarié en CDI inférieur ou égal à 24h / semaine	
Salarié en CDI supérieur à 24h / semaine	Employeur ou OPCO
Contrats aidés, Contrat de Sécurisation Professionnelle, service civique	Région
Agent de la fonction publique (Titulaire, stagiaire, contractuel en CDI, en disponibilité, inscrit ou non à Pôle-Emploi)	Employeur ou OPCO
En formation financée par la Région	Vous-même(4)
Dans une autre situation	Vous-même

(1) Ressources : bourse régionale sur critères sociaux, allocation chômage, maintien de rémunération, …
(2) Conformément aux règles de financement régionales et sous réserve de modifications
(3) OPCO : Opérateurs de Compétences (Santé, Cohésion Sociale, ANFH, Dispositif de transition professionnelle …)
(4) Cf paragraphe 2.5 « délai de carence » des règles de financement régionales

Votre statut est considéré la veille de l'entrée en formation.
Pour les formations pluriannuelles, ce statut est révisable tout au long du cursus de formation (justificatifs à transmettre en début d'année).

En cas de non-production des pièces demandées dans les délais impartis, le coût de la formation vous sera facturé.

plus d'infos sur :
parcours-metier.normandie.fr
0 800 05 00 00 Service & appel gratuits

RÉGION NORMANDIE
www.normandie.fr