

IFAP LIBOURNE

DOSSIER DE RENTREE EN FORMATION D'AUXILIAIRE DE PUERICULTURE 2025 / 2026

**Pour l'IFAS / IFAP de Libourne Pièces Justificatives à
joindre au Dossier d'Inscription et à retourner par courrier
postal, ou à déposer directement à l'IFAS / IFAP
avant le 01 Août 2025
IFAS / IFAP– Centre Hospitalier Garderose - 70, rue des Réaux – 33500 LIBOURNE**

Nom : Nom d'usage : Prénom :

Date de naissance : / / à (Ville et département)

Pièces justificatives à nous fournir pour confirmer votre inscription :

Dossier 1 (1 enveloppe)

- ☐ Fiche inscription rentrée septembre 2025 / 2026 (**annexe 1**)
- ☐ **Chèque de 100 € à l'ordre du Trésor Public** pour le paiement des droits d'inscription (ne sont pas concernés les personnes financées par un employeur ou par un organisme de formation OPCO / CFA),
- ☐ Copie de votre carte nationale d'identité recto/verso (sur la même page) ou passeport **en cours de validité**, ou un titre de séjour **avec mention « étudiant » ou « autorisé à travailler » valide pour toute la période de la formation et jusqu'au jury plénier**
- ☐ Attestation de couverture sociale **en cours de validité** (pas de photocopie de carte vitale)
- ☐ 1 photo d'identité récente (mettre nom, prénom et filière AS ou AP au dos de la photo)
- ☐ 1 attestation de **responsabilité civile à votre nom couvrant les risques scolaires et extra-scolaires valable pour l'année scolaire 2025-2026 (à réclamer à votre assureur)**
- ☐ 1 attestation de **responsabilité civile professionnelle (RCP)**, concernant les stages hospitaliers et extrahospitaliers pour l'année scolaire 2025-2026 (les compagnies suivantes fournissent de document en ligne à titre gracieux : MNH, MACSF, MGEN.)
- ☐ Attestation d'accord de financement (si votre formation est financée par un employeur, ...)
- ☐ Attestation d'inscription de demandeur d'emploi (si inscrit à France Travail),
- ☐ Pour les bacheliers 2025, le relevé de notes du Bac. Vous devrez nous fournir votre diplôme dûment signé par vous lorsque vous l'aurez reçu.
- ☐ Autorisation de droit à l'image datée et signé (**annexe 2**)

Dossier 2 (1 enveloppe)

- ☐ Certificat d'un médecin agréé par l'ARS attestant que l'élève ne présente aucune contre-indication physique et psychologique à **l'exercice de la profession d'aide-soignante / auxiliaire de puériculture** (vous trouverez la liste des médecins agréés sur le site de l'ARS de votre région : <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/medecins-agrees-11> (**annexe 3**))
- ☐ Fiche médicale de vaccinations (**annexe 4**) à faire compléter **par votre médecin traitant** accompagnée de la copie des vaccinations obligatoires (**Joindre sérologie récente de l'hépatite B**)
- ☞ Si vous n'êtes pas à jour dans vos vaccinations le jour de la rentrée, vous ne pourrez pas être affecté(e) en stage et votre inscription peut être compromise

INFORMATIONS

1 - Achat livre :

A prévoir le jour de la rentrée :

L'achat de livres :

« **Guide Anatomie et Physiologie pour les AS et AP** » GERACFAS 2023 – Elsevier Masson
ISBN : 978-2294-778186

« **Le vocabulaire médical des AS/AP/EAS** » de Alain RAME et Françoise BOURGEOIS – (2021) –
ISBN : 978-2294-771934

2 - Rentrée :

La rentrée aura lieu **le 01 septembre 2025 à 09h00**. Votre présence est obligatoire.

Redoublant : oui ☐ non ☐

Nom de naissance : Nom d'usage : Prénom :

Né(e) le : / / Lieu de naissance : Dépt de naissance : Nationalité :

Adresse :

CP : Ville :

Téléphone : Mail : @

Numéro SS :

. Possédez-vous le permis : ☐ oui ☐ non ☐ en cours

. Possédez-vous un véhicule : ☐ oui ☐ non ☐ en cours . Pratiquez-vous une activité sportive ? ☐ oui ☐ non Si oui, laquelle ?.....

. Etes-vous inscrit à la réserve sanitaire ? ☐ oui ☐ non . Avez-vous un talent ? Si oui, lequel ?.....

. Profession des parents : Père : Mère : Tuteur :

. Profession du conjoint :

SITUATION FAMILIALE

Situation familiale : ☐ Marié(e) / Pacsé(e) ☐ Concubinage ☐ Veuf/veuve ☐ Divorcé(e) ☐ Célibataire

Nombre d'enfant(s) : Age :

DIPLOMES

Possédez vous un diplôme dispensant : ☐ oui ☐ non si oui lequel : année d'obtention :

Baccalauréat : ☐ oui ☐ non Série du bac : Autre(s)diplôme(s) :

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

☐ Père ☐ Mère ☐ Conjoint ☐ Autre, à préciser :

Nom : Prénom : Téléphone :

Adresse :

CP : Ville :

VOTRE SITUATION / TYPE DE FINANCEMENT

☐ Pôle Emploi / France Travail ☐ N° identifiant Pôle emploi / France Travail :

☐ Employeur : Nom / Adresse :

☐ Organisme financeur (transition pro, ANFH, CIF...) : Nom / Adresse :

☐ Contrat Allocations d'Etudes (Nom établissement) : ☐ Contrat apprentissage (Nom employeur) :

☐ Autre, précisez : Nom / Adresse :

Date et signature : / /

ANNEXE 2 IFAP

FORMULAIRE D'AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE ET PUBLICATION DES RÉSULTATS

Je, soussigné(e),

Nom **Prénom** : **Né(e) le** : / /

A : **Dépt** :

Promotion : **Année** :

Autorise, à titre gratuit l'IFSI / IFAS / IFAP de Libourne : *(cocher la case utile)*

- à utiliser mon image prise dans le cadre de ma formation
pour promouvoir l'IFSI / IFAS / IFAP (projet pédagogique,
rapport d'activité, site de l'IFSI / IFAS / IFAP ...)

oui ☐

non ☐

- à publier mon nom sur les listes de parution des notes et
les résultats officiels sur les sites du CH de Libourne et de la
DREETS de Bordeaux.

oui ☐

non ☐

Je peux me rétracter à tout moment, sur simple demande écrite au Directeur de l'IFSI / IFAS / IFAP.

Je m'engage à ne pas tenir responsable la personne ou structure précitée ainsi que ses représentants et toute
personne agissant avec sa permission pour ce qui relève de la possibilité d'un changement de cadrage, de
couleur et de densité qui pourrait survenir lors de la reproduction.

Ce contrat est reconduit de manière tacite chaque année. La présente autorisation est personnelle et incessible
et ne s'applique qu'aux supports explicitement mentionnés.

Je déclare avoir 18 ans ou plus et être compétent(e) à signer ce formulaire en mon propre nom. J'ai lu et compris
toutes les implications de cette autorisation.

Fait à

Le

Signature :

DOSSIER 2 IFAP

IFAP

COLLER CETTE PAGE SUR UNE ENVELOPPE A4

CONFIDENTIEL - DOSSIER MEDICAL

NOM :

PRENOM :

Né(e) le : / / à Dépt :

**LES PIECES A FOURNIR SONT A METTRE DANS UNE ENVELOPPE A4
A RETOURNER COMPLET PAR COURRIER AU SECRETARIAT DE L'IFAS-IFAP**

ATTENTION : Concernant les vaccinations, aucune dérogation n'est possible. Dès votre accord d'admission à l'IFAP, faites vérifier vos vaccins par un médecin car être correctement vacciné peut prendre plusieurs mois.

L'admission en stage (début octobre 2025) est subordonnée à ces conditions vaccinales.

NOTE EXPLICATIVE POUR CONSTITUTION DU DOSSIER MEDICAL

Pour votre admission en IFAP vous devez :

1) Vous rendre chez votre médecin traitant muni de :

- Votre carnet de santé à jour
- La fiche médicale ARS (**dossier 2 annexe 4**) qu'il devra renseigner
- Vous faire prescrire une sérologie complète de l'hépatite B
(**Rappel :** pour votre admission en stage vous devez être immunisé(e) contre l'hépatite B)

2) Prendre rendez-vous chez un médecin agréé ARS, pour :

- Renseigner le certificat médical d'aptitude cf **dossier 2 annexe 3**
pour cela lui transmettre la fiche ARS complétée et le résultat de la sérologie de l'hépatite B
(Vous trouverez la liste mise à jour des médecins agréés de votre département sur le site de l'ARS
<https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/medecins-agrees-11>).

PIECES A FOURNIR POUR CONSTITUER VOTRE DOSSIER

- **Le certificat médical** établi par un médecin agréé ARS. (**Dossier 2 annexe 3**)
En l'absence de ce certificat, vous ne serez pas admis en formation
- **La fiche médicale ARS à faire valider par un médecin (Dossier 2 annexe 4)**
- **La photocopie des pages de vaccination de votre carnet de santé** (votre nom devra apparaître sur les pages du carnet de santé) et des justificatifs de vaccination conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France
- **Les résultats de la sérologie de l'Hépatite B récente** prouvant l'efficacité de la couverture vaccinale pour un professionnel de santé

ANNEXE 3 IFAP

Formation Aide-Soignante ou Formation Auxiliaire de Puériculture

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE

A RENSEIGNER PAR LE MEDECIN AGREE ARS

Je soussigné(e) Docteur _____, médecin agréé ARS,

Certifie avoir examiné ce jour M, Mme. _____ Né(e) le/...../....

Et atteste que la personne mentionnée ci-dessus :

➤ **Possède l'aptitude physique et psychologique pour suivre la formation :**

☐ Auxiliaire de puériculture

➤ **Répond aux obligations vaccinales**

☐ DTP

☐ Hépatite B

➤ **Est immunisée contre l'hépatite B (sérologie AC anti HBS >10)**

☐ OUI

☐ NON

A _____, le /...../.....

Signature et cachet du médecin agréé ARS

Rappel : si le statut vaccinal n'est pas complet, l'étudiant ne pourra être admis en stage.

ANNEXE 4 IFAP



Filière universitaire : ☐ Médecine ☐ Odontologie ☐ Pharmacie ☐ Sage-femme ou Institut de formation :	NOM : Prénom : Tél. : Département de naissance : Code postal résidence :	NOM de naissance : Date de naissance : / / Email : Commune de naissance ou pays si né(e) à l'étranger :
---	---	--

Avant votre entrée en formation, vous devez apporter la preuve que vous êtes vacciné(e) contre différentes maladies. Si vous n'êtes pas à jour des vaccinations obligatoires, vous ne serez pas autorisé(e) à aller en stage. Les tableaux suivants devront être complétés par un médecin. Cette fiche devra être communiquée, avec les résultats** sérologiques réalisés (au minimum anticorps anti-HBs et anticorps anti-HBc), en même temps que votre dossier d'inscription selon les modalités décrites par l'établissement.

Diphtérie-Tétanos-Polio (dTP)* / Diphtérie-Tétanos-Polio-Coqueluche (dTPCa)

Faire un rappel dTPCa si un vaccin coquelucheux n'a pas été administré dans les 5 dernières années.
Puis rappels dTPCa à âge fixe (25, 45 et 65 ans).

Dernier rappel dTP

Date : / /

Nom :

Dernier rappel dTPCa

Date : / /

Nom :

Hépatite B*

Conditions d'immunisation valides :

Ac anti-HBs > 100 UI/l (quels que soient l'historique vaccinal et l'ancienneté des résultats)

Ac anti-HBs ≥ 10 UI/l et Ac anti-HBc négatif et schéma vaccinal complet

Autres situations : cf. Mémo « Professionnel de santé en charge des vaccinations des étudiants en santé »

Schémas complets valides :

- 3 doses (2 doses à au moins 1 mois d'intervalle, 3e dose au moins 5 mois après la 2e)
- Schéma accéléré (adultes) : 3 doses en 21 jours puis rappel à 1 an
- Schéma administré dans l'adolescence (entre 11 et 15 ans) : 2 doses espacées de 6 mois d'un vaccin dosé à 20 µg



Joindre résultats de sérologie et indiquer les dates de vaccination (quels que soient les résultats de sérologie) :**

- Première dose => Date : ... / ... / ... Nom :
- Deuxième dose => Date : ... / ... / ... Nom :
- Troisième dose => Date : ... / ... / ... Nom :
- **Injections supplémentaires :**
- Date : ... / ... / ... Nom :
- Date : ... / ... / ... Nom :
- Date : ... / ... / ... Nom :

Rougeole Oreillons Rubéole (ROR)

Personnes nées depuis 1980 : 2 doses recommandées, à 1 mois d'intervalle quels que soient les antécédents pour ces 3 maladies (ou 3 doses si 1^{ère} dose de vaccin reçue avant l'âge de 12 mois)

Personnes nées avant 1980 : 1 dose si pas d'antécédent rougeole ou doute (sans contrôle sérologie préalable).

Personnes nées depuis 1980

Première dose : Date : ... / ... / ... Nom :

Deuxième dose : Date : ... / ... / ... Nom :

Personnes nées avant 1980

Antécédent rougeole : Oui / Non

Si Non : Date vaccination : ... / ... / ... Nom :

Varicelle

Vaccination avec 2 doses en absence d'antécédent varicelle (ou doute) et sérologie négative

Antécédent varicelle : Oui / Non

Si Non :

Sérologie positive : Joindre le résultat**

Sérologie négative : dates des vaccinations :

Première dose : Date : ... / ... / ... Nom :

Deuxième dose : Date : ... / ... / ... Nom :



Infections invasives à méningocoques (IIM) ACWY et B

ACWY : 1 dose recommandée entre 11 et 14 ans avec un rattrapage jusqu'à 24 ans inclus en population générale

B : 2 doses entre 15 et 24 ans en population générale

Date vaccination Men ACWY : / / Nom :

Première dose Men B : / / Nom :

Deuxième dose Men B : / / Nom :

Tuberculose

Vaccination : non obligatoire depuis le 1er avril 2019

IDR (Intra Dermo Réaction) : Il n'est pas obligatoire de disposer d'un résultat d'IDR.

Toutefois, le médecin pourra proposer à l'étudiant, en l'absence d'examen de référence, de réaliser ce test (ou une IGRA, préférentielle chez les sujets vaccinés par le BCG) car le résultat peut servir de référence en cas de contage ultérieur et de détection d'ITL, particulièrement chez les étudiants originaires de zones d'endémie ou de forte circulation et étant en France depuis moins de 5 ans. À noter, la réalisation d'IDR est à éviter dans le mois suivant une vaccination ROR.

Si existence d'un résultat d'IDR connu, même ancien, et mesuré en mm, celui-ci doit être indiqué avec la date de réalisation.

Si informations disponibles, indiquer :

Date de la vaccination :

Date dernière IDR et résultat (en mm) :

Date IGRA de référence et résultat :

* Vaccination obligatoire

** Preuves d'immunisation jointes sous pli confidentiel

Je, soussigné(e) Dr certifie que les renseignements inscrits ci-dessus sont exacts.

Fait le : / /

Signature et cachet du praticien :

INFORMATION RELATIVE AUX COMMANDES DE TENUES PROFESSIONNELLES

Les tenues professionnelles sont obligatoires pour la mise en stage.

Le CH de Libourne mettra à disposition des tenues pour les stages qui se dérouleront au sein de l'établissement. Cependant, pour les stages hors établissement, vous devez disposer de vos propres tenues.

Commande conseillée minimum 2 tenues.

CRITERES DES TENUES OBLIGATOIRES :

MARQUAGE NOMINATIF DES ETIQUETTES sur tunique blanche manche courte et pantalon blanc

Etiquettes précisant : NOM – PRENOM / ELEVE AIDE-SOIGNANT OU ELEVE AUXILIAIRE DE PUERICULTURE

LIVRAISON OBLIGATOIRE : à l'adresse postale de l'étudiant **uniquement.**

Ci-dessous - NOS PARTENAIRES au choix:



- 03 74 46 82 39
 - ecole@julie-et-floriant.com
- Passage de commandes et paiement en ligne sur le site web : <https://www.label-blouse.net/monecole>

Possibilité de commander à partir du **15.07.2025 et jusqu'au 01.09.2025**

OU

SOCIETE BASTIE

www.bastie-pro.fr

Paiement en ligne... => **paiement par lydia**

Pour toute demande de renseignements :

Tél : 04 78 98 94 67

E-mail : adv@bastie-pro.fr




28 rue de Mérigonde
81100 Castres


Tel : 05 63 35 78 52
Fax : 05 63 35 85 83


adv@bastie-pro.fr
www.bastie-pro.fr

BOURSES

CONSTITUTION DU DOSSIER

– Constitution en ligne sur le site de la Région Nouvelle-Aquitaine :

Pour faire une demande de bourse 2025 :

La période de demande de bourses sera du 05 juin 2025 au 28 novembre 2025 (minuit).

Sur le lien suivant :

<https://jeunes.nouvelle-aquitaine.fr/formation/etudier/formations-sociales-paramedicales-et-sante-une-bourse-regionale>

Pour une nouvelle inscription : il faudra aller sur **"créer un nouveau dossier"**, ce choix est accessible dès l'ouverture de la campagne.

Pour un renouvellement : il faudra se connecter à votre compte avec votre adresse mail + votre mot de passe

- Merci de fournir au secrétariat de l'IFAS-IFAP, dès que possible, la copie de votre notification ainsi que votre RIB **LISIBLE SUR FORMAT A4 (de la personne ayant émis le chèque des droits d'inscription)** par mail à l'adresse :

secreteriat.ifsi@ch-libourne.fr

Renseignements et contact :

Plate-forme d'Accueil Téléphonique

Du lundi au vendredi de 9h à 18h sans interruption

Tel : 05.49.38.49.38 pour les étudiants

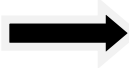
contact@nouvelle-aquitaine.fr

INFORMATION POUR LES ELEVES AS / AP FINANCES PAR UN EMPLOYEUR UN ORGANISME OPCO OU CFA

Objet : PROCEDURE RELATIVE A L'ASSIDUITE DES ELEVES FINANCES
AU COURS DE LEUR FORMATION AIDE-SOIGNANTE / AUXILIAIRE DE PUERICULTURE

Qui est concerné ?

- Elève en formation AS / AP



- Financés par un employeur
ou OPCO / CFA
(Transition Pro, Unifaf, Uniformation...)
- Indemnisés par le service pôle emploi
financé par un établissement hospitalier

NB : Ne sont pas concernés les élèves qui perçoivent une allocation de France Travail (ARE, RFF)

Quelle est la démarche ?

Chaque élève doit compléter, signer et remettre au formateur de l'IFAS ou l'IFAP,

« l'attestation mensuelle de présence pour les élèves financés »
(sera transmise par mail ultérieurement)

au plus tard le DERNIER JOUR TRAVAILLÉ de chaque mois

Point de vigilance :

Il est demandé à chacun de prendre :

- toutes ses dispositions nécessaires pour respecter le délai de retour imparti,
- la responsabilité du remplissage de l'attestation mensuelle de présence.

OFFRES D'HÉBERGEMENT

Vous pouvez, via le lien ci-dessous, consulter des offres d'hébergement ainsi que sur le site du CH de Libourne :

Annonces de particuliers :

<https://drive.google.com/drive/folders/1aFt8IYAogFleDR2WXGtUgWYmfr8Gv444>

Si vous rencontrez des difficultés contacts ci-dessous :

<https://www.residencehoteliere-leprado.fr/> du CH DE LIBOURNE



Uniquement sur rendez-vous,
par téléphone ou e-mail :

☎ 05 57 95 66 02 / 06 50 72 48 99
contact@logement-solidaire.org

📍 40, rue du Sablonat
33800 BORDEAUX

🌐 www.logement-solidaire.org

📘 www.facebook.com/assovivreavec



Habitat Jeunes en Pays Libournais
53 rue Victor Hugo
33500 Libourne
05 57 25 98 15
secretariat@hajpl.com

Des permanences adaptées à tous de 8h à 20h

Pour prendre RDV téléphoner
du lundi au jeudi 8h30-12h30 / 13h30-20h30
Vendredi de 17h30 à 20h30
Samedi de 14h à 20h30

Retrouvez d'autres infos sur
www.unhaj.org
www.uncllaj.org

OFFRES DE RESTAURATION

Vous avez la possibilité de vous restaurer sur le site de l'Institut de Garderose de différentes manières :

- En vous rendant au self
- Vous avez accès à la cafétéria (les tarifs sont consultables sur place)
- Une salle de pause aménagée vous est dédiée, munie d'un micro-onde, réfrigérateur....

Par ailleurs, vous avez à proximité de l'Institut le Centre Commercial Carrefour et différentes offres de restauration rapide.