Institut de Formation
Aides-Soignants

☎ 05 57 41 96 92
Références à rappeler : SC/GD
Ref. : IFAS – Secretariat – session 2025-2026
ifas@ch-stefoy.fr

IFAS SAINTE FOY LA GRANDE

DOSSIER DE RENTREE EN FORMATION AIDE-SOIGNANTE 2025 / 2026

Pour l'IFAS de Sainte Foy la Grande
Pièces Justificatives à joindre au Dossier d'Inscription et à retourner par courrier postal, ou à déposer directement à l'IFAS
avant le 01 Août 2025
IFAS– Centre Hospitalier de Sainte Foy la Grande
-1 avenue Charrier–
33220 SAINTE FOY LA GRANDE

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)**

Indemnités kilométriques pour les stages (pour les candidats demandeurs d'emploi)

- ☐ 1 copie recto verso (sur la même page) de votre **permis de conduire**
- ☐ 1 copie recto verso (sur la même page) de la **carte grise de votre véhicule**
- ☐ 1 copie de votre **attestation de compagnie d'assurance pour votre véhicule en cours de validité + contrat mentionnant votre nom**
- ☐ 1 copie de votre **RIB à votre nom** SUR PAPIER A4 LISIBLE
- ☐ Formulaire relatif à l'enregistrement des étudiants/élèves **(annexe 3)**

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 4)**
- ☐ Fiche médicale de vaccinations **(annexe 5)** à faire compléter **par votre médecin traitant** accompagnée de la copie des vaccinations obligatoires **(Joindre sérologie récente de l'hépatite B)**

NFORMATIONS

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 10h00**. Votre présence est obligatoire.

3 – Les frais de transport en stage :

Depuis le 1er janvier 2024, la Région Nouvelle-Aquitaine s'engage à rembourser les frais de transport en stage des élèves aides-soignants, selon le Règlement d'intervention du 11 décembre 2023. Cette aide de la Région s'applique aux élèves en poursuite de scolarité ou inscrit comme demandeur d'emploi et ne percevant pas de prise en charge des frais de transport.

Pour en bénéficier, les pièces justificatives devront être adressées au secrétariat en début d'année et à l'issue de chaque stage.

Une information complète sur cette aide de la Région vous sera transmise lors de la rentrée.

FICHE INSCRIPTION RENTREE 2025

ANNEXE 1

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 : …….

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 : ……. / ……. / ……

IFAS – Centre Hospitalier de Ste Foy La Grande
5, Avenue Charrier – 33220 STE FOY LA GRANDE

ANNEXE 2

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'IFAS de Sainte Foy la Grande : *(cocher la case utile)*

- à utiliser mon image prise dans le cadre de ma formation pour promouvoir l'IFAS (projet pédagogique, rapport d'activité, site de l'IFAS…)	oui ❑	non ❑
- à publier mon nom sur les listes de parution des notes et les résultats officiels sur les sites du CH de Sainte Foy la Grande et de la DREETS de Bordeaux.	oui ❑	non ❑

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

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 :

ANNEXE 3

Direction des Ressources Humaines
Pôle administratif – Fondation Sabatié

RENTREE EN IFAS

Code agent (c-page) :
24……

FORMULAIRE RELATIF A L'ENREGISTREMENT DES ELEVES

DANS LE LOGICIEL DE PAIE (CEPAGE) DU CH DE SAINTE FOY LA GRANDE

A REMPLIR OBLIGATOIREMENT

Nom de naissance : ……

Nom d'usage : …….....

Prénom : …… ……

Date de naissance : …… /……... / ……Lieu de naissance : ……

Numéro S.S. : ……

Adresse : (durant les études) : …… ……

……

CP : ……Ville : …… ……

Adresse mail : ……@……

Tel : ……

Souhaitez-vous manger au self ? ❑ **oui** ❑ **non**

Avez-vous le permis ? ❑ oui ❑ non ❑ en cours

Signature,

DOCUMENTS A FOURNIR

☐ RIB **(à votre nom sur papier A4) LISIBLE**

☐ PHOTOCOPIE ATTESTATION COUVERTURE SOCIALE **EN COURS DE VALIDITÉ**

DOSSIER 2 IFAS

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'IFAS, 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 IFAS vous devez :

1) Vous rendre chez **votre médecin traitant** muni de :

- Votre carnet de santé à jour
- La fiche médicale ARS **(dossier 2 annexe 5)** 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 4**
  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 4)**
  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 5)**
- **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 4 IFAS

Formation Aide-Soignant

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE

A RENSEIGNER PAR LE MEDECIN AGREE ARS

Je soussigné(e) Docteur _____ , médecin agrée 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 :**

☐Aide-soignante

- **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'élève ne pourra être admis en stage.

ANNEXE 5 IFAS

ETUDIANT EN SANTE

Fiche médicale à valider par un médecin

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	**Dernier rappel dTPCa**
Date : ..... / .... /	Date : .... / .... / ....
Nom :	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**

HÔPITAUX DU NORD-GIRONDE

ETUDIANT EN SANTE

Fiche médicale à valider par un médecin

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 1ère 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 : .....

ETUDIANT EN SANTE

Fiche médicale à valider par un médecin

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 :

IFAS – Centre Hospitalier de Ste Foy La Grande
5, Avenue Charrier – 33220 STE FOY LA GRANDE

BOURSES

CONSTITUTION DU DOSSIER

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

Pour faire une demande de bourse 2024

La période de demande de bourses sera du 04 juin 2024 au 28 novembre 2024 (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, 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 : ifas@ch-stefoy.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
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

Qui est concerné ?

- Elève en formation AS

→

- 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 pôle emploi (ARE, RFF)

Quelle est la démarche ?

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

« 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.

IFAS – Centre Hospitalier de Ste Foy La Grande
5, Avenue Charrier – 33220 STE FOY LA GRANDE

MAJ le 04/07/2024

OFFRES D'HÉBERGEMENT

Centre Hospitalier
SAINTE FOY LA GRANDE

DIRECTION
DES SERVICES ECONOMIQUES
DES FINANCES ET DES ADMISSIONS

PRESTATIONS FOURNIES AU PERSONNEL, MALADES ET ACCOMPAGNANTS, ET RESIDENTS

Le Directeur du Centre Hospitalier de Sainte Foy la Grande,
Vu l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses 2023 et les éléments de calcul qui ont servi de base à son élaboration,

DECIDE

- **Article 1 : les tarifs des prestations de restauration sont fixés à :**

Repas du personnel : ..... 6,50 €
Repas accompagnant..... 10,50 €

- **Article 2 : les tarifs de chambre particulière sont fixés à :**

Médecine : .....50,00 €
Soins de Suite et Réadaptation .....50,00 €

- **Article 3 : Les tarifs des prestations d'hôtellerie sont fixés à :**

- Location chambre au mois (stagiaire) : ..... 70,00 €
- Location chambre au mois : .....160,00 €
- Location chambre nuitée ..... 10,00 €

- Consommation mensuelle d'énergie :

  - **gaz** : 10,20 €
  - **eau** : 14,70 €

- **Article 4 : le tarif de dépôt de corps est fixé à** .....56,00 €

E-mail : secretariat.economat@ch-stefoy.fr
AVENUE CHARRIER – B.P 10 – 33220 SAINTE FOY LA GRANDE – Tél 05 57 41 96 96 – Fax 05 57 46 11 65 – SECRETARIAT 05 57 41 96 51

- **Article 5 : le tarif de la prestation téléphone est fixé à**.....8,00 €
  (ouverture de ligne 4,50 € + forfait communications 3,50 €)

- **Article 6 : le tarif de lit d'accompagnant est fixé à**.....17,50 €
  (nuitée + petit déjeuner)

- **Article 7 : les frais de communication de dossier médical sont fixés à :**

Dossier médical : coût de la copie..... 0,18 €
Dossier médical : radio et scanner avec CD .....6,00 €
Dossier écho + radio par page recto sans CD .....1,00 €

- **Article 8 : Soins non pris en charge par l'assurance maladie fixés à :**

Scanner dentaire ..... 160,00 €

Cette décision est applicable à compter du 1er janvier 2023.

Sainte Foy la Grande, le 20 décembre 2022

Le Directeur délégué

Romain LABROUQUAIRE

Pour le Directeur et par délégation
Le Directeur Délégué

Romain LABROUQUAIRE

CENTRE HOSPITALIER 33220 STE FOY LA GRANDE

OFFRES DE RESTAURATION

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

- 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 Leclerc et différentes offres de restauration rapide.