

IFAS LIBOURNE

DOSSIER DE RENTREE EN FORMATION AIDE-SOIGNANTE 2022 / 2023

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 12 août 2022

IFSI / 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 :

- Fiche inscription rentrée septembre 2022 / 2023
- 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**,
- Attestation de couverture sociale **en cours de validité** (pas de photocopie de carte vitale),
- Attestation de **responsabilité civile (RC)**, couvrant les risques scolaires et extra-scolaires, valable pour l'année en cours et au nom de l'étudiant,
- Attestation de **responsabilité civile professionnelle (RCP)**, comportant **IMPERATIVEMENT** ces 3 mots en toutes lettres. (A titre d'exemple : les compagnies suivantes fournissent ce document à titre gracieux : MNH, MACSF, GMF...)
- Attestation d'accord de financement (si votre formation est financée par un employeur, organisme ...)
- Attestation d'inscription de demandeur d'emploi (si inscrit à pôle emploi),
- 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>)
- Certificat d'aptitude médicale
- Fiche médicale de vaccinations (jointe au dossier d'inscription) à faire compléter **par votre médecin traitant** accompagnée de la copie des vaccinations obligatoires (mettre le tout dans une enveloppe avec la mention « **CONFIDENTIEL** » en précisant votre nom / prénom / date de naissance / année de formation et type de AS / AP.
☞ 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.
- Formulaire de carte d'accès au Centre Hospitalier de Libourne (badge) à compléter. La carte est non payante et obligatoire.
- Certificat de participation à la JDC (Journée Défense et Citoyenneté ex JAPD) dans le cas d'une première inscription (ou original et photocopie de l'attestation de Recensement délivrée par la mairie de votre lieu de résidence **UNIQUEMENT** si la journée d'appel n'a pas été faite).
- Copie de vos diplômes
- Pour les bacheliers 2022, 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 signée
- Justificatif vaccination COVID 19

INFORMATIONS

1 - Achat livre :

A prévoir le jour de la rentrée :

L'achat de livres : « **Guide Anatomie et Physiologie pour les AS et AP** » de Michel Joubard GERACFAS 2019 – Elsevier Masson - ISBN : 978-2-294-76654-1

2 - Rentrée :

La rentrée aura lieu **le 29 août 2022 à 09h00**. Votre présence est obligatoire.

3 - Commande tenues professionnelles :

La commande des tenues professionnelles est fixée **avant le 01 septembre 2022**. (voir la procédure en annexe)

4 - Vaccination COVID :

La vaccination est obligatoire pour les personnels des établissements de santé.

Par conséquent, votre admission en formation aide-soignante est subordonnée à la preuve du justificatif de la dite vaccination.

☎ 05 57 25 49 16
Fax 05 57 25 49 08
Références à rappeler : SC/CB
Ref. : T1-N12-2
secretariat.ifsi@ch-libourne.fr

BOURSES

CONSTITUTION DU DOSSIER

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

<https://mes-services.nouvelle-aquitaine.fr/sub/extranet/rechercher-aide.sub?cid=15942>

- Inscription du **02 Juin 2022 au 21 Octobre 2022**

- Merci de fournir au secrétariat de l'IFAS / l'IFAP, dès que possible, la copie de votre notification ainsi que votre RIB par mail à l'adresse : secretariat.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

☎ 05 57 25 49 16
Fax 05 57 25 49 08
Références à rappeler : SC/CB
Ref. : T1-N12-2
secretariat.ifsi@ch-libourne.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...)
- Indemnités 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 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.

☎ 05 57 25 49 16
Fax 05 57 25 49 08
Références à rappeler : SC/ CB
Ref. : T1-N12-2
secretariat.ifsi@ch-libourne.fr

INFORMATION RELATIVE AUX COMMANDES DE TENUES PROFESSIONNELLES

Les tenues professionnelles sont obligatoires pour la mise en stage.

PROCESSUS DE COMMANDES

Passage de commandes et paiement en ligne sur le site web : <https://www.label-blouse.net/monecole>

à partir de fin juillet et jusqu'au 01.09.2022 (commande minimum 2 tenues). Il est conseillé de prévoir 4 tenues professionnelles pour les stages hors CH Libourne.

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.

MARQUAGE NOMINATIF DES ETIQUETTES

Etiquette thermocollée sur tunique et pantalon précisant :

NOM – PRENOM
ELEVE AIDE SOIGNANT(E)
IFAS LIBOURNE

LIVRAISON

La société viendra sur le site de l'IFAS / IFAP pour effectuer la livraison des tenues.

SERVICE APRES VENTE



JULIE & FLORIAN
NEW CO

➤ 03 74 46 82 39
➤ ecole@julie-et-floriant.com

FICHE D'INSCRIPTION AS

RENTRÉE SEPTEMBRE 2022 / 2023

Nom de _____ NDM d'usage: _____ Prénom: _____ Date de Naissance: _____

Adresse (n° et nom de la rue): _____ Lieu de Naissance (ville + département): _____

CP + Ville: _____ Nationalité: _____ N° Sécurité Sociale: _____

☎: _____ ☎: _____ ☎: _____

Situation Familiale: Marié(e), PACSé(e) Veuf Divorcé(e) Célibataire N° de enfants: _____ Age enfant(s): _____
 Concubinage

Personne à prévenir en cas de besoin

Nom, Prénom:	Adresse:	CP + Ville:	☎:
--------------	----------	-------------	----

J'ai un talent: Mes activités et loisirs:

Profession des Parents/Tuteur PÈRE: _____ MÈRE: _____ Tuteur

SCOLARITE

Diplômes obtenus BEPC Bac Série: _____ Autre à préciser: _____
Année d'obtention _____

SITUATION PROFESSIONNELLE

Situation avant l'entrée en formation	<input type="checkbox"/> En activité	<input type="checkbox"/> Sans emploi et inscrit à Pole Emploi	<input type="checkbox"/> Inscrit à l'Université	<input type="checkbox"/> Inscrit dans un autre établissement	<input type="checkbox"/> Inscrit au Lycée
Précisez l'activité + Nom et adresse de l'employeur:		N° Demandeur Emploi:	Ville:	Nom et Ville:	Nom et Ville:

Organisme de Financement Sollicité, si concerné: _____ Financement Obtenu: OUI NON Permis B: Oui Non Véhicule Oui Non

Direction des Ressources Humaines
Pôle administratif – Fondation Sabatié

Gestion du temps

Mme Pradeau Sophie : 05 57 55 16 51

Mr Gauducheau Christophe : 05 57 55 15 46

Code agent (c-page) :

24.....

FORMULAIRE D'ACCES AU CH LIBOURNE

A REMPLIR OBLIGATOIREMENT

IFAS

IFAP

NOM :

NOM DE JEUNE FILLE :

PRENOM :

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

Numéro sécu :

ADRESSE (durant les études) :

.....

CP :VILLE :

Adresse mail :@.....

Tel :

Souhaite manger au self du personnel **oui** **non**

Date et Signature,

Fondation Sabatié

112, rue de la Marne – BP 33505 Libourne
Cedex ☎ standard : 05 57 55 34 34

Hôpital Robert Boulin

112, rue de la Marne – BP 199
33505 Libourne Cedex
☎ standard : 05 57 55 34 34

Hôpital Garderose

70, rue des Réaux – BP 199
33505 Libourne Cedex
☎ standard : 05 57 55 34 34

05 57 25 49 16
Fax 05 57 25 49 08
Références à rappeler : SC/CB
Ref. : T1-N12-2
secretariat.ifsi@ch-libourne.fr

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 :

NOTE EXPLICATIVE POUR DOSSIER MEDICAL AS / AP



Pour votre admission en 1^{ère} année IFSI /IFAS/IFAP vous devez :

- 1) Vous rendre chez votre médecin traitant et vous faire prescrire une sérologie complète de l'hépatite B
- 2) Prendre rendez-vous chez un médecin agréé ARS qui pourra renseigner le certificat médical d'aptitude (vous trouverez la liste mise à jour des médecins agréés de votre département sur le site de l'ARS <https://www.nouvelleaquitaine.ars.sante.fr/medecins-agrees-11>).

Pour ce rendez-vous, merci de vous munir OBLIGATOIREMENT de :

- votre carnet de santé à jour
 - du résultat de votre sérologie complète de l'hépatite B
 - de la fiche médical ARS
- 3) Si le médecin agréé ARS ne remplit pas la partie vaccination veuillez utiliser le certificat de vaccination à faire remplir par votre médecin traitant.
 - 4) Fournir votre certificat de vaccination Covid disponible dans votre application « tous anti-covid » (avec le QR Code où figure votre Nom, Prénom, dates d'injections).

Secrétariat

☎ 05 57 25 49 16

Fax 05 57 25 49 08

secretariat.ifsil@ch-libourne.fr

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE AS / AP

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
- L'aptitude psychologique pour poursuivre la formation :
 - Infirmière
 - Aide-soignante
 - Auxiliaire de puériculture
- La protection vaccinale (conformément aux **OBLIGATIONS** des professions de santé) :
 - Diphtérie Tétanos Poliomyélite
 - Hépatite B, avec sérologie réalisée le ___ / ___ / ___ le taux d'anticorps est de : _____
 - Est en cours de vaccination contre l'hépatite B :
 - 1^{ère} injection lot : date :
 - 2^{ème} injection lot : date :
 - 3^{ème} injection lot : date :

Vaccinations recommandées pour les professionnels de santé :

- Coqueluche
- ROR (2 doses)
- Grippe saisonnière
- BCG

Lui permettant :

- D'intégrer un Institut de Formation en Soins Infirmiers
- De suivre les stages inhérents à la formation d'infirmier(ère).

A _____, le ___ / ___ / ___

Signature et cachet du médecin agréé

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

Secrétariat

☎ 05 57 25 49 16
Fax 05 57 25 49 08
secretariat.ifsi@ch-libourne.fr

CERTIFICAT DE VACCINATION

Je soussigné(e) Docteur _____
certifie que M, Mme, _ _____
né(e) le ___ / ___ / ___

Est à jour de ses vaccinations protégeant de la **diphtérie**, du **tétanos** et de la **poliomyélite**

Date du dernier **anticoquelucheux** : ___ / ___ / ___

N.B : Un rappel anticoquelucheux est recommandé si le précédent date de plus de 10 ans et si le précédent vaccin DTP date de plus de 2 ans.

Est correctement vacciné contre l'**hépatite B** (conformément à l'arrêté du 2 Août 2013)

Est en cours de vaccination contre l'**hépatite B** :

1ère injection lot : _____ date : _____

2ème injection lot : _____ date : _____

3ème injection lot : _____ date : _____

Ac anti HBs = _____

Résultat Ac anti HBc : _____ (demander si \leq Ac anti HBs \leq 100 U/l)

Le contrôle sérologique a été fait le : ___ / ___ / ___

Le contrôle sérologique n'a pas été fait, date prévue de la sérologie le : ___ / ___ / ___

A été N'a pas été vacciné (e) contre la **tuberculose**

BCG : date(s) : ___ / ___ / ___

Test tuberculinique ID à 5 Ui :

Date : ___ / ___ / ___ Résultat : _____ mm

N.B : Il n'est pas demandé de revacciner en cas de test tuberculinique négatif (<5mm)

Conformément à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France, afin de pouvoir effectuer les stages proposés par l'institut.

Date : ___ / ___ / ___

Signature et cachet du médecin :

- Inscription des étudiants en santé - Fiche médicale à valider par un médecin

Filière universitaire : NOM : NOM de naissance :
 Médecine
 Odontologie
 Pharmacie
 Sage-femme
 ou Institut de formation : Prénom : Date de naissance : .. / .. /
 Année d'admission : Tél. : Email :
 Département de naissance : Code postal lieu de résidence :
 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 différents risques infectieux. **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 votre médecin sauf si le carnet de vaccination électronique a été créé sur www.mesvaccins.net et validé par un professionnel de santé. Cette fiche devra être communiquée, avec les résultats**, en même temps que votre dossier d'inscription (article L3111.4 du Code de la Santé Publique).**

Si carnet de vaccination électronique créé et validé par un professionnel de santé : code de partage
 Le médecin n'a rien de plus à compléter. Joindre uniquement les résultats demandés sous pli confidentiel.

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

Rappel dTPca si un vaccin coquelucheux n'a pas été administré dans les 5 dernières années (respecter un délai de 1 mois après le dernier dTP). Lors des rappels à âge fixe (25, 45 et 65 ans), sera réalisé systématiquement un dTPca.

Dernier rappel dTP => Date : .. / .. / Nom : Dernier rappel dTcaP => Date : .. / .. / Nom :

Hépatite B*

Joindre les résultats sérologiques quelle que soit la date**

Rappel des conditions d'immunisation :

- 1) Ac anti-HBs > 100 UI/l (quels que soient l'historique vaccinal et l'ancienneté des résultats)
- 2) Ac anti-HBs ≥ 10 UI/l et Ac anti-HBc négatif (si schéma vaccinal complet)

Les différents schémas complets :

- soit classique (3 doses) : 2 doses à 1 mois d'intervalle, la 3^{ème} au moins 5 mois après la 2^{ème} dose
 - soit à l'adolescence (de 11 à 15 ans) : 2 doses espacées de 6 mois } avec un vaccin contre l'hépatite B dosé à 20 µg
 - soit accéléré (à titre exceptionnel) : 3 doses en 21 jours, rappel à 1 an
- Première dose => Date : .. / .. / Nom :
- Deuxième dose => Date : .. / .. / Nom :
- Troisième dose => Date : .. / .. / Nom :
- Injections supplémentaires => Date : .. / .. / Nom :
- => Date : .. / .. / Nom :
- => Date : .. / .. / Nom :

Covid-19*

Antécédent de COVID => Date : .. / .. / Première dose => Date : .. / .. / Deuxième dose => Date : .. / .. / Rappel => Date : .. / .. /

Rougeole-Oreillons-Rubéole (ROR)

- Personnes nées avant 1980 :
- Antécédent de rougeole => Date : .. / .. /
 - Pas d'antécédent de rougeole ou doute => vaccination 1 dose recommandée sans contrôle sérologique préalable
- Personnes nées depuis 1980 :
- vaccination 2 doses recommandées quels que soient les ATCD

Schéma vaccinal :

- Première dose => Date : .. / .. / Nom :
- Deuxième dose => Date : .. / .. / Nom :

Varicelle

- Antécédent de maladie
- Pas d'antécédent ou doute

Si pas d'antécédent ou doute => Sérologie à faire
Joindre le résultat**

Si sérologie négative => Vaccination recommandée

- Première dose => Date : .. / .. / Nom :
- Deuxième dose => Date : .. / .. / Nom :

Méningocoque C

Vaccination recommandée jusqu'à l'âge de 24 ans inclus => Date : .. / .. / Nom :

Tuberculose (vaccination non obligatoire à compter du 1^{er} avril 2019) recueillir uniquement des éléments ci-dessous

BCG => Date : .. / .. /	Test tuberculinique (IDR) quelle que soit la date de réalisation (une valeur de référence post-vaccinale est indispensable) - Taille de l'induration en mm :
--	---

Je, soussigné Dr _____ certifie que les renseignements inscrits ci-dessus sont exacts.

Fait le :
 Signature et cachet du praticien :

* Obligatoire
 ** Nous vous rappelons que tous les éléments demandés doivent être joints sous pli confidentiel