

**IFAP LIBOURNE**  
**DOSSIER DE RENTREE EN FORMATION AUXILIARE DE PUERICULTURE**  
**2023 / 2024**

**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 28 Juillet 2023  
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 2023 / 2024 **(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**,
- 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 2023-2024 (à réclamer à votre assureur)**
- 1 attestation de **responsabilité civile professionnelle (RCP)**, concernant les stages hospitaliers et extrahospitaliers pour l'année scolaire 2023-2024 (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 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> **(annexe 2)**)
- Fiche médicale de vaccinations **(annexe 3)** 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
- Certificat de participation à la JDC **uniquement pour les moins de 25 ans** (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.
- Pour les bacheliers 2023, 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 **(annexe 4)**

**NB : Fermeture de l'institut du 31 Juillet au 15 Août 2023**

**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 28 août 2023 à 09h00**. Votre présence est obligatoire.

Nom de naissance : \_\_\_\_\_ N°M 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  Concubinage  Age enfant(s) : \_\_\_\_\_

**Personne à prévenir en cas de besoin**

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

J'ai un talent : ..... Mes activités et loisirs : .....

Profession des Parents/Tuteur PERE : \_\_\_\_\_ MERE : \_\_\_\_\_ 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 En cours  
Véhicule Oui Non

## ANNEXE 2

Formation Aide-Soignant 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 :

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



- 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](http://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 L9111.4 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 dTPCa => 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** quelle que soient l'historique vaccinal et l'ancienneté des résultats)  
 2) **Ac anti-HBe > 10 UI/ml** 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<sup>ème</sup> au moins 5 mois après la 2<sup>ème</sup> dose  
 - soit à l'adolescence (de 11 à 15 ans) : 2 doses espacées de 6 mois } avec un booste contre l'hépatite B doit à 20 ans  
 - 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 (VACCINATION CONSEILLÉE NON OBLIGATOIRE DEPUIS LE 13 MAI 2023)**  
 Antécédent de COVID => Date : .. / .. / .. Première dose => Date : .. / .. / .. Deuxième dose => Date : .. / .. / .. Rappel => Date : .. / .. / ..

**Rougeole-Oreillons-Rubéole (ROR)**  
 Examen réalisé avant l'entrée :  
 Antécédent de rougeole => Date : .. / .. / ..  
 Pas d'antécédent de rougeole ou doute => vaccination 1 dose recommandée sans contrôle sérologique préalable  
 Examen des données IFRG :  
 vaccination 2 doses recommandées quelle 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<sup>er</sup> avril 2019)

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.

## ANNEXE 4

# 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 : .....

# 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 AUXILIAIRE DE PUERICULTURE  
IFAS/IFAP LIBOURNE

**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](mailto: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 de fin juillet et jusqu'au 09.09.2023

**OU**

**SOCIETE BASTIE**

**[www.bastie-pro.fr](http://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](mailto:adv@bastie-pro.fr)



  
28 rue de Mérigonde  
81100 Costres

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

  
[adv@bastie-pro.fr](mailto:adv@bastie-pro.fr)  
[www.bastie-pro.fr](http://www.bastie-pro.fr)

☎ 05 57 25 49 16  
Fax 05 57 25 49 08  
Références à rappeler : SC/GD  
Ref. : T1-N12-2  
[secretariat.ifs@ch-libourne.fr](mailto:secretariat.ifs@ch-libourne.fr)

# INFORMATION

## BOURSES

### CONSTITUTION DU DOSSIER

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

Pour faire une demande de bourse 2023

La période de demande de bourses sera du 20 juin 2023 au 17 novembre 2023 (minuit).

Sur le lien suivant :

[Bourses d'études sur critères sociaux \(étudiants en formations sociales, paramédicales et de santé\) \(nouvelle-aquitaine.fr\)](https://nouvelle-aquitaine.fr/bourses-etudes-criteres-sociaux)

Pour une nouvelle inscription : il faudra aller sur "**créer mon dossier**", ce choix sera disponible à partir du 20 juin 2023

- Merci de fournir au secrétariat de l'IFAS / IFAP, dès que possible, la copie de votre notification ainsi que votre RIB par mail à l'adresse : [secretariat.ifs@ch-libourne.fr](mailto:secretariat.ifs@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](mailto: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 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.