Centre Hospitalier
Libourne

Institut de Formation en Soins
Infirmiers, Aides-Soignants
Et Auxiliaires de Puériculture

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

IFAS LIBOURNE

DOSSIER DE RENTREE EN FORMATION AIDE-SOIGNANTE 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,**
- ☐ 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 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 signé (annexe 4)

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

Centre Hospitalier
Libourne

Institut de Formation en Soins Infirmiers, Aides-Soignants Et Auxiliaires de Puériculture

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

Centre Hospitalier
Libourne

ANNEXE 1

FICHE D'INSCRIPTION AS
RENTRÉE SEPTEMBRE 2023 / 2024

Promotion 2023-2024
Formation AS

Nom de Naissance : _____ NOM 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), Concubinage ☐ Veuf ☐ Divorcé(e) ☐ Célibataire N^bre d'enfants : _____ 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 _____ _____ _____

SITUATIONPROFESSIONNELLE

Situation avant l'entrée en formation	☐ En activité	☐ Sans emploi et inscrit à Pole Emploi	☐ Inscrit à l'Université	☐ Inscrit dans un autre établissement	☐ 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

Dossier à retourner avec les pièces justificatives à : IFAS / IFAP– CH Garderose
70, rue des Réaux – 33500 LIBOURNE - Standard 05 57 25 49 16 / secretariat.ifsi@ch-libourne.fr www.ch-libourne.fr

MAJ 07-07-2023

Centre Hospitalier
Libourne

Institut de Formation en Soins Infirmiers, Aides-Soignants Et Auxiliaires de Puériculture

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 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
☐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.

Centre Hospitalier
Libourne

ANNEXE 3

Institut de Formation en Soins Infirmiers, Aides-Soignants Et Auxiliaires de Puériculture

Réalisation : département communication ARS Nouvelle-Aquitaine (2023)

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

Filière universitaire : .....
- ☐ Médecine
- ☐ Odontologie
- ☐ Pharmacie
- ☐ Sage-femme

ou Institut de formation : .....

Année d'admission : .....

NOM : .....

Prénom : .....

Tél. : .....

Département de naissance : .....

Commune de naissance ou pays si né(e) à l'étranger : .....

NOM de naissance : .....

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

Email : .....

Code postal lieu de résidence : .....

Avant votre entrée en formation, vous devez apporter la preuve que vous êtes vaccinée(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 3ème au moins 5 mois après la 2ème 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 accélérée (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)

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 1er 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.***

IFAS / IFAP – Centre Hospitalier Garderose
70, rue des Réaux – 33500 LIBOURNE
Standard 05 57 25 49 16 / secretariat.ifsi@ch-libourne.fr / www.ch-libourne.fr

Centre Hospitalier
Libourne

Institut de Formation en Soins
Infirmiers, Aides-Soignants
Et Auxiliaires de Puériculture

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

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 :

Centre Hospitalier
Libourne

Institut de Formation en Soins Infirmiers, Aides-Soignants Et Auxiliaires de Puériculture

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
IFAS/IFAP LIBOURNE

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

Ci-dessous - NOS PARTENAIRES au choix:

JULIE & FLORIANT NEW CO

- 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 de fin juillet et jusqu'au 09.09.2023

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

poyetmolle

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

Centre Hospitalier
Libourne

Institut de Formation en Soins
Infirmiers, Aides-Soignants
Et Auxiliaires de Puériculture

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

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.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

Centre Hospitalier
Libourne

Institut de Formation en Soins
Infirmiers, Aides-Soignants
Et Auxiliaires de Puériculture

☎ 05 57 25 49 16
Fax 05 57 25 49 08
Références à rappeler : SC/GD
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…) - 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.