

DOSSIER D'INSCRIPTION A L'ENTRÉE EN IFAS LIBOURNE PROMOTION 2026-2027

Suite à votre admission dans notre IFAS, nous sommes ravis de vous accueillir pour vous accompagner durant cette année riche d'apprentissages.

Votre inscription sera effective dès réception du dossier complet accompagné de l'ensemble des documents demandés. (à imprimer en RECTO uniquement)

Sélection pour les admis à la sélection :

- ✓ Si vous avez été admis(e) sur la liste principale entre **le 06 Juillet et le 11 Juillet 2026**, vous avez jusqu'au **28 Juillet 2026**, pour adresser le dossier administratif d'inscription à l'IFAS.
- ✓ Si vous avez été admis(e) sur la liste principale entre **le 11 Juillet 2026 et le 16 Août 2026**, vous avez jusqu'au **21 Août 2026**, pour adresser le dossier administratif d'inscription à l'IFAS.
- ✓ Si vous avez été admis(e) sur la liste principale après le **17 Août 2026**, l'inscription administrative se fait dans les **plus brefs délais après l'acceptation**.

Pour tous les autres candidats intégrant l'IFAS, l'inscription administrative se fait dans les plus brefs délais.

Le dossier est à déposer ou à envoyer.

(Aucun document transmis par courrier électronique (e-mail) ne sera pris en compte)

VOIE POSTALE :

IFAS - CENTRE HOSPITALIER GARDEROSE - 70 Rue des Réaux - 33500 LIBOURNE

LES DOCUMENTS DOIVENT ETRE DEPOSES AU SECRETARIAT DANS LES BANNETTES PREVUES A CET EFFET :

- Lundi de 09H00 à 12H00
- Mardi et mercredi de 14H00 à 16H00

Pour toute demande de renseignements : 05 57 25 49 16

RENTRÉE 26 AOÛT 2026 à 9H00

Merci de

- ✓ Préparer le dossier en respectant l'ordre des documents demandés
- ✓ Ne rien agraffer
- ✓ Ne pas faire de copie en recto-verso

Le secrétariat de l'institut se tient à votre disposition pour toute demande au :
05 57 25 49 16 – secretariat.ifs@ch-libourne.fr

INFORMATIONS GENERALES

HORAIRES

La rentrée est fixée le **Mercredi 26 août 2026 à 09H00** (*horaire exceptionnel ce jour-là*).

Présence obligatoire

Possibilité de déjeuner sur place avec accès aux réfrigérateurs et micro-ondes.

HORAIRES HEBDOMADAIRES EN PÉRIODE DE COURS : **du lundi au vendredi de 8h30 à 17h00.**

STAGES : les stages sont attribués par l'équipe pédagogique, les horaires de stage varient en fonction des services.

BOURSES

En tant qu'élève, vous pouvez bénéficier d'un accompagnement financier.

Nous vous invitons à constituer votre demande en ligne sur le site de la Région Nouvelle-Aquitaine :

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

La période de demande de bourses sera du **04 Juin 2026 au 26 Novembre 2026** (minuit)

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

Pour tout renseignement et contact :

Plate-forme d'Accueil Téléphonique - contact@nouvelle-aquitaine.fr

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

Tel : 05.49.38.49.38 pour les étudiants

ATTESTATION MENSUELLE DE PRÉSENCE

Est concerné : Tout élève financé par un employeur ou OPCO (ANFH, Transition Pro, OPCO Santé), bénéficiaire de la Rémunération Région ou en contrat d'apprentissage.

Quelle est la démarche ?

Chaque étudiant concerné doit compléter, signer et remettre à son formateur référent pédagogique l'**attestation mensuelle de présence au plus tard le dernier jour travaillé du mois (délai de rigueur)**.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

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.

HÉBERGEMENT

Vous cherchez un hébergement à proximité de l'IFAS de Libourne, plusieurs dispositifs s'offrent à vous :

Des logements proposés par des particuliers :

<https://docs.google.com/document/d/1YoZIVrRnD3nnNCvfCITC8QLcUZVQ5Kjf/edit>

Des logements inter générationnels « Vivre avec » :

<https://www.bordeaux.fr/associations/vivre-avec-solidarites-intergenerationnelles>

Des logements dédiés aux jeunes : <https://www.residencehoteliere-leprado.fr/> du CH DE LIBOURNE et Habitat jeunes en pays libournais : <https://www.hajpl.net/>

Des résidences étudiantes : <https://www.yellome.fr/residence-etudiante-jeune-actif-gironde>

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 et les travaux pratiques, vous devez disposer de vos propres tenues. Il est conseillé d'en avoir au moins 2.

CRITERES DES TENUES OBLIGATOIRES :

-Tunique blanche manches courtes et pantalon blanc

- Marquage nominatif précisant :

NOM – PRENOM

ELEVE AIDE-SOIGNANT

AUCUNE LIVRAISON A L'INSTITUT DE FORMATION, livraison à l'adresse postale de l'étudiant **uniquement**.

Vous avez la possibilité de faire appel au fournisseur de votre choix, ci-dessous deux propositions prestataires:

Société Bastie: www.bastie-pro.fr

Julie et Floriant: ecole@julie-et-floriant.com www.label-blouse.net/monecole

INFORMATIONS GÉNÉRALES

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.

LES ORGANISMES PARTENAIRES

France Travail : calcul de vos droits à l'allocation de retour à l'emploi (ARE)

La Mission locale : jusqu'à 25 ans, la mission locale propose des aides au logement, à la mobilité...

La Région Nouvelle-Aquitaine : pour les personnes non éligibles à l'allocation de retour à l'emploi, la région peut verser une rémunération mensuelle ou attribuer une aide exceptionnelle.

Pour toute demande de renseignements complémentaires, le secrétariat de l'IFAS se tient à votre disposition : 05 57 25 49 16.

REGLEMENT DES FRAIS D'INSCRIPTION EN FORMATION

Montant des frais d'inscription : 100 euros

Le règlement des frais d'inscription est à adresser à l'IFAS au moment de l'inscription.

Tous les élèves sont concernés, à l'exception :

- Des élèves financés par un employeur
- Des élèves en contrat d'apprentissage

Modalités de règlement : Chèque (au moment de l'envoi ou dépôt de dossier) - *Noter au dos « Nom – Prénom – AS 26/27 »*

Les frais d'inscription doivent être réglés au premier jour d'entrée en formation.

Les élèves boursiers percevront un remboursement le cas échéant, sur présentation de la notification de décision de la Région Nouvelle-Aquitaine.

Un achat de livre est à prévoir, les références vous seront communiquées en début d'année par vos formateurs.

COLLER CETTE PAGE SUR UNE ENVELOPPE A4

NOM : PRENOM :

Né(e) le : / / à : Dépt :

DOSSIER ADMINISTRATIF - TOUS LES DOCUMENTS DOIVENT ÊTRE UNIQUEMENT EN RECTO -	Colonne réservée à l'étudiant	Colonne réservée à l'IFAS
DOCUMENTS A COMPLÉTER ET A FOURNIR		
Fiche d'inscription rentrée 2026 à compléter		
Fiche de situation/financement		
Formulaire de droit à l'image et publication des résultats + Le cas échéant Attestation étudiant Mineur		
Formulaire relatif à l'enregistrement des étudiants/élèves dans le logiciel de paie du CH Libourne accompagnée des documents énumérés (cette carte est délivrée gratuitement à tout nouvel inscrit, elle vous sera demandée pour : la prise des repas au restaurant du personnel et l'accès à différents services de l'établissement, en cas de perte elle vous sera facturée 18.00 euros.		
PIECES A FOURNIR		
1 photo d'identité récente (mettre nom, prénom et AS 2026 au dos de la photo).		
1 photocopie de votre pièce d'identité LISIBLE recto/verso sur <u>la même page</u> (carte nationale d'identité, ou passeport) <u>en cours de validité, OU titre de séjour avec mention « étudiant » ou « autorisé à travailler » valide pour toute la période de la formation et jusqu'au jury plénier.</u>		
Pour les parcours partiels : Photocopie du diplôme dispensant.		
Copie du relevé de notes pour les BAC SAPAT ou BAC ASSP session 2026 (copie du bac à transmettre dès réception au secrétariat).		
1 attestation de droit à l'assurance maladie en cours de validité, mentionnant votre numéro d'assuré(e), (ne joignez pas votre carte vitale, ni votre carte de mutuelle). Vous pouvez éditer cette attestation en vous connectant à « ameli.fr ».		
1 attestation de Responsabilité Civile Vie Privée à votre nom ou notifiée (sur laquelle vous apparaissez, couvrant les risques scolaires et extra-scolaires, Responsabilité Civile Vie Privée valable pour l'année scolaire 2026-2027 (à réclamer à votre assureur).		
1 attestation de Responsabilité Civile Professionnelle (RCP), concernant les stages hospitaliers et extrahospitaliers pour l'année scolaire 2026-2027 (les compagnies suivantes fournissent ce document en ligne à titre gracieux : MNH, MACSF, MGEN.)		
1 photocopie de la carte de grise du véhicule de votre véhicule OU du véhicule emprunté.		
1 photocopie de votre attestation de compagnie d'assurance du véhicule sur laquelle vous apparaissez en tant que conducteur du dit véhicule.		
1 photocopie de votre Relevé d'Identité Bancaire (R.I.B.) SUR PAPIER A4 LISIBLE A VOTRE NOM.		
Attestation d'inscription de demandeur d'emploi (si inscrit à France Travail).		
Justificatif de prise en charge par votre employeur ou par un Organisme de Financement (selon votre situation)		

Fiche d'inscription rentrée 2026 - AS

Redoublant : OUI ☐ NON ☐

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénom :

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

Nationalité :

Adresse :
.....

Code postal : Ville :

Téléphone : Mail* :

* Adresse Gmail selon le modèle suivant : nom.prenom.2026@gmail.com

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 ?	OUI ☐	NON ☐	Si oui, lequel ?

Situation familiale

Vous êtes : Marié(e)/Pacsé(e) ☐ Célibataire ☐ En concubinage ☐ Veuf/Veuve ☐ Divorcé(e) ☐

Nombre d'enfants : Age des enfants :

Personne à prévenir en cas d'urgence

Pour les mineurs, merci de noter le nom du responsable légal

Père ☐ Mère ☐ Conjoint ☐ Autre ☐ : à préciser

Nom : Prénom : Téléphone :

Adresse :

Code postal : Ville :

Demande d'aménagement d'études

Souhaitez-vous signaler une situation qui nécessiterait des adaptations pour le suivi de la formation ?

OUI ☐ NON ☐

Si oui, nous vous invitons à prendre contact avec le référent handicap de l'institut de formation :

referenthandicap@ifsi-libourne.fr – 05 57 25 49 16

VOTRE SITUATION / TYPE DE FINANCEMENT (OBLIGATOIRE)

SITUATION PROFESSIONNELLE A L'ENTREE EN FORMATION

Vous êtes :

- ☐ Apprenant en parcours de formation initiale (poursuite de scolarité)
- ☐ Demandeur d'emploi ou en cours d'inscription
 - ☐ Démissionnaire
 - ☐ Indemnisé par France Travail (percevant l'allocation chômage)
 - ☐ Non indemnisé
 - ☐ En attente
- ☐ Salarié
 - ☐ En formation
 - ☐ En disponibilité depuis le :
 - ☐ En reconversion professionnelle
- ☐ Apprenti
- ☐ Autre (militaire, libéral...)

N° identifiant France Travail : (7 chiffres + 1 lettre)

Agence : Ville :

FINANCEMENT

☐ Autofinancement

☐ Financement employeur :

Nom et coordonnées de l'employeur

.....
.....

☐ Organisme financeur (transition pro, ANFH, CPF...) :

Nom / Adresse :

☐ Contrat d'apprentissage (Nom employeur) :

☐ Financement Région Nouvelle Aquitaine

☐ Autre, précisez : Nom / Adresse :

Date et signature : / /

FORMULAIRES

DROIT A L'IMAGE ET PUBLICATION DES RÉSULTATS

Je, soussigné(e) **Nom** **Prénom** :

Promotion :

Autorise, à titre gratuit l'IFAS de Libourne :

Oui ☐ **Non** ☐ à utiliser mon image prise dans le cadre de ma formation pour promouvoir l'IFAS (réseaux sociaux, ou tout autre support valorisant les instituts de formation et les Hôpitaux du Nord Gironde)

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 au cours de ma formation.

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 :

☐ J'ai moins de 18 ans à l'entrée en formation

Fait à Le Signature du responsable légal :

ATTESTATION ÉTUDIANT MINEUR

Je - Nous soussigné(e)(s),

Père - Mère - Parents (1) de

- Autorise ma fille - mon fils (1) à participer aux activités à l'extérieur de l'IFSI/IFAS/IFAP (1), organisées par les formateurs. Les élèves seront amenés à sortir de l'Institut.

- M'engage à signer les conventions de stage jusqu'à la majorité de mon enfant.

(1) rayer les mentions inutiles

Le Signature,

**Direction des Ressources Humaines
Pôle administratif – Fondation Sabatié**

☐ IFAS

Code agent (c-page) :

24.....

A REMPLIR OBLIGATOIREMENT

Ce document est transmis à la DRH du CH de Libourne pour éditer la carte d'accès aux sites, au self et aux vestiaires et percevoir les indemnités de stage

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 :

Signature,

DOCUMENTS A FOURNIR

- ☐ 1 RIB (à votre nom sur papier A4) LISIBLE
- ☐ 1 PHOTOCOPIE ATTESTATION COUVERTURE SOCIALE EN COURS DE VALIDITÉ

COLLER CETTE PAGE SUR UNE ENVELOPPE A4 ET METTRE LES DOCUMENTS SOUS ENVELOPPE

En tant que futur professionnel de santé, il est impératif que vous soyez à jour de vos vaccinations dès l'entrée en formation.

DOSSIER MEDICAL

NOM :

PRENOM :

Né(e) le : / /

ATTENTION : « L'accès aux stages (prévu début octobre 2026) est strictement conditionné au respect des obligations vaccinales en vigueur. L'institut ne pourra être tenu responsable en cas d'impossibilité de départ en stage liée à l'absence ou à la non-conformité du statut vaccinal de l'étudiant.

NOTE EXPLICATIVE POUR CONSTITUTION DU DOSSIER MEDICAL

Conformément à l'article L.3111-4 du Code de la santé publique : « Une personne qui, dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention de soins ou hébergeant des personnes âgées, exerce une activité professionnelle l'exposant à des risques de contamination doit être immunisée contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite ».

2 situations :

- Si vous avez déjà été vacciné dans l'enfance, fournir impérativement le résultat de la sérologie mentionnant le taux d'anticorps anti HBS. Ce taux doit être supérieur à 10 mUI/mL.
- Si vous n'avez jamais été vacciné, **réaliser un schéma accéléré** de 3 doses à J0-J7 et J21 et rappel à un an. Le stage n'est possible qu'après la troisième dose.

* Dans le cadre de la formation d'aide-soignant et des stages en milieu de soins, certaines vaccinations non obligatoires sont néanmoins fortement recommandées afin de protéger les étudiants, les patients et les professionnels de santé.

DOSSIER MÉDICAL COMPOSÉ DES PIÈCES SUIVANTES	Colonne réservée à l'étudiant	Colonne réservée à l'IFAS
Fiche médicale ARS « Etudiant en santé » à imprimer, et à faire remplir par un médecin. ANNEXE 1 + Document à présenter au médecin lors de la consultation, à télécharger sur https://www.ch-libourne.fr/formation/la-formation-daide-soignant/ : - Mémo vaccination à destination des professionnels de santé Document à consulter par l'étudiant sur https://www.ch-libourne.fr/formation/la-formation-daide-soignant/ : - Mémo vaccination à destination des étudiants en santé		
La photocopie des pages de vaccination de votre carnet de santé (votre nom devra apparaître sur les pages du carnet de santé) et ou des justificatifs de vaccination		
Les résultats d'une sérologie récente de l'Hépatite B prouvant l'efficacité de la couverture vaccinale pour un professionnel de santé.		
Le certificat médical d'aptitude à renseigner par un médecin agréé ARS – ANNEXE 2 Liste des médecins généralistes agréés ARS : https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/medecins-agrees-11		

L'admission à l'IFAS ne sera définitive qu'après la remise de l'ensemble des documents listés ci-dessus.

Annexe 1



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

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 (dTP*ca**)	
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



Joindre résultats de sérologie sous pli confidentiel 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). Pas de contrôle sérologique préalable à effectuer.
Personnes nées avant 1980 : 1 dose si aucun antécédent rougeole ou si doute (sans contrôle sérologique 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 si aucun antécédent varicelle (ou si doute) et sérologie négative.

Antécédent varicelle : Oui / Non

Si Non :

Sérologie positive : Joindre le résultat sous pli confidentiel

Sérologie négative : Précisez les dates des vaccinations :

Première dose : Date : / / Nom :

Deuxième dose : Date : / / Nom :

Les vaccinations grippe et Covid** seront à réaliser chaque année**



Infections invasives à méningocoques (IIM) ACWY*** et B***

IIM ACWY : 1 dose entre 11 et 14 ans, avec un rattrapage jusqu'à 24 ans inclus.

IIM B : 2 doses entre 15 et 24 ans

Date vaccination Men ACWY : ... / ... / ... Nom :

Première dose Men B : ... / ... / ... Nom :

Deuxième dose Men B : ... / ... / ... Nom :

Infections à papillomavirus (HPV)***

HPV : 2 doses entre 11 et 14 ans, avec un rattrapage jusqu'à 26 ans inclus (3 doses si 1^{ère} dose initiée à partir de 15 ans)

Première dose HPV : ... / ... / ... Nom :

Deuxième dose HPV : ... / ... / ... Nom :

Troisième dose HPV : ... / ... / ... 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 contagion ultérieure et de détection d'infection tuberculeuse latente (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 pour devenir professionnel de santé **Vaccination recommandée chez les professionnels de santé

*** Vaccination recommandée en population générale dans cette tranche d'âge

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

Fait le : .../.../...

Signature et cachet du praticien :

Annexe 2

Formation Aide-Soignante ou Formation Auxiliaire de Puériculture

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE

A RENSEIGNER PAR UN 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

➤ 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.