

DOSSIER D'ENTRÉE EN FORMATION

AUXILIAIRE DE PUÉRICULTURE DIPLÔMÉ D'ÉTAT

SESSION

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION	
<input type="checkbox"/>	Conseil Régional d'Île-de-France
<input type="checkbox"/>	Individuel
<input type="checkbox"/>	Autre prise en charge

Photo

État Civil

NOM DE NAISSANCE (ÉCRIVEZ EN MAJUSCULES) :

NOM D'ÉPOUSE (ÉCRIVEZ EN MAJUSCULES) :

Prénoms :

Sexe : Féminin
 Masculin

Nationalité :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Département de naissance :

Adresse personnelle :

Code postal :

Ville :

Pays :

Adresse à votre entrée en formation :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Courriel :

Situation Familiale

<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Marié(e)	<input type="checkbox"/> Pacsé(e)
<input type="checkbox"/> Concubin(e)	<input type="checkbox"/> Divorcé(e)	<input type="checkbox"/> Veuf(ve)
Nombre d'enfants :		Âge(s) :

Situation à l'Entrée en Formation

<input type="checkbox"/>	Moins de 26 ans en poursuite d'études sans interruption		
<input type="checkbox"/>	Moins de 26 ans avec interruption de scolarité de moins de 2 ans		
<input type="checkbox"/>	Demandeur d'emploi Indiquez la date de fin de rémunération si vous en touchez une :		
<input type="checkbox"/>	Bénéficiaire d'un PEC (Parcours Emploi Compétences)		
<input type="checkbox"/>	Bénéficiaire du RSA (Revenu de Solidarité Active)		
<input type="checkbox"/>	Salarié en CDD	<input type="checkbox"/> Public	<input type="checkbox"/> Privé
<input type="checkbox"/>	Salarié en CDI	<input type="checkbox"/> Public	<input type="checkbox"/> Privé
<input type="checkbox"/>	Fonctionnaire		
<input type="checkbox"/>	Autre (précisez) :		

Situation Sociale

Activité professionnelle au moment de votre entrée en formation :

Nom & Adresse de votre dernier employeur :

Code postal de votre dernier employeur :

Ville de votre dernier employeur :

Situation Scolaire

Niveau d'études (si niveau Terminale, indiquez la série) :

Série et année du Baccalauréat obtenu :

Autre(s) diplôme(s) obtenu(s) (Précisez l'année d'obtention) :

Public en Situation de Handicap

Avez-vous bénéficié d'un aménagement lors de votre scolarité ? OUI
NON

Avez-vous besoin d'un aménagement spécifique durant votre formation ? OUI
NON

Si oui, lequel :

Mode de Transport pendant la Formation

<input type="checkbox"/> Voiture	<input type="checkbox"/> 2 roues motorisées	<input type="checkbox"/> Transport en commun
<input type="checkbox"/> Bicyclette	<input type="checkbox"/> Piéton	<input type="checkbox"/> Autre (précisez) :
Durée de transport entre votre domicile et l'IFITS :		

Dossier Financement de la Formation

*Le statut est considéré à l'entrée en formation
et vaut pour toute la durée de la formation*

Les informations demandées dans cette page aideront à déterminer les moyens de financement de votre formation.

Les pièces à fournir doivent nous parvenir en même temps que votre dossier d'inscription sous peine de ne pas pouvoir intégrer la formation. Vous ne devez cocher qu'une seule case parmi toutes les propositions dans le tableau 1 ou 2 ci-dessous.

« 1. Éligible à la Subvention Régionale »

Moins de 26 ans en poursuite d'études sans interruption (y compris contrat de travail étudiant)

• **Fournir : Dernier Certificat de scolarité**

Moins de 26 ans avec interruption de scolarité de moins de 2 ans avant le démarrage de la formation

• **Fournir : Dernier Certificat de scolarité**

Jeune dont le service civique s'est achevé dans un délai d'un an avant l'entrée en formation

• **Fournir : Photocopie de la carte de Service Civique**

Demandeur d'emploi, inscrit à France Travail, dont le coût de formation n'est pas pris en charge par France Travail

• **Fournir : Avis de situation France Travail indiquant la catégorie**

Bénéficiaire d'un Parcours Emploi Compétences (PEC)

• **Fournir : Contrat de travail**

Bénéficiaire du RSA (Revenu de Solidarité Active)

• **Fournir : Attestation de la CAF**

Apprenant relevant du SPRF (Service Public Régional de Formation), c'est-à-dire sans diplôme, ni titre, ni certification

• **Fournir : Justificatif SPRF**

« 2. Non Éligible à la Subvention Régionale »

Agent du secteur public (y compris en disponibilité)

Salarié du secteur privé en CDD ou CDI de plus de 78 heures par mois

Personne ayant bénéficié d'une prise en charge partielle ou totale par Transitions Pro

Abandon de formation intervenu dans le mois suivant l'entrée en formation

Apprenti

Personne en Validation des Acquis de l'Expérience (VAE)

Les cursus partiels (hormis le bac. ASSP, le bac. SAPAT et le CAP AEPE qui sont éligibles)

Médecin ou sage-femme diplômé(e) à l'étranger

Si vous êtes non éligible en raison d'une des situations indiquées ci-dessus dans le tableau « 2. Non Éligible à la Subvention Régionale », une inscription à France travail n'ouvre pas droit à l'éligibilité.

Financement de la Formation

Vous devez cocher une des cases du présent tableau « Financement de la Formation » si vous avez précédemment coché une case dans le tableau « 2. Non Éligible à la Subvention Régionale » en page 3 du dossier d'inscription

Promotion Professionnelle

Secteur de votre établissement :

Public

Privé

Nom, adresse, téléphone de votre établissement :

Congé Individuel de Formation (Transitions Pro, ANFH, ...)

Nom, adresse, téléphone de l'organisme financeur :

Financement Personnel

Le coût de la formation est de 6 374 euros et est exigible le jour de la rentrée administrative :

- 1^{ère} possibilité : 1 paiement unique de 6 374 euros

- 2^e possibilité : 3 paiements de 1 593 euros et 1 paiement de 1 595 euros

Compte Personnel de Formation (CPF)

Attention, la demande doit être faite sur votre compte CPF au plus tard 11 jours avant le début de la formation

Demandeur d'Emploi pris en charge par France Travail

Autre(s) Moyen(s) de Financement(s) (Précisez) :

.....

Personne à prévenir en cas d'Urgence

NOM (ÉCRIVEZ EN MAJUSCULES) :

Prénom :

Lien de parenté :

Adresse, code postal et ville de cette personne :

Téléphone de cette personne :

Attestation

Je soussigné(e) atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements indiqués dans le présent dossier et l'authenticité des documents fournis.

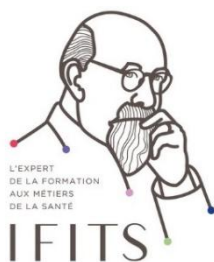
Je reconnais par ailleurs avoir été informé(e) que ce dossier ne recevrait pas de suite s'il n'était pas complété avec soin et accompagné des pièces demandées.

Les informations recueillies dans le présent dossier d'inscription font l'objet d'un traitement informatique destiné à assurer la gestion administrative et pédagogique de l'étudiant durant sa scolarité au sein de l'IFITS. Ces informations ne font pas l'objet d'un traitement commercial.

Conformément à la loi « *Informatique et Libertés* », vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez adresser un courriel à donneespersonnelles@ifits.fr

Date :

Signature :



DOSSIER D'ENTRÉE EN FORMATION - ANNEXE -

AUXILIAIRE DE PUÉRICULTURE DIPLÔMÉ D'ÉTAT

Pièces à fournir pour votre entrée en Formation

SOMMAIRE

1. Parcours à suivre pour l'Attestation Médicale et de Vaccination	2
2. Pièces Administratives à fournir	3
3. Informations Diverses	5
3.1. Bourses	5
3.2. Accessibilité Handicap	5
3.3. Photocopies	5
3.4. Pack Office 365	5
3.5. Restauration	5
4. Certificat Établi par un Médecin Agréé	6
5. Certificat Médical	7

1. Parcours à suivre pour l'Attestation Médicale et de Vaccination

**PRENEZ RENDEZ-VOUS AVEC VOTRE MÉDECIN TRAITANT
DÈS À PRÉSENT AFIN DE :**

- Faire le point sur vos vaccinations
- Obtenir une ordonnance de sérologie de l'hépatite B (prise de sang)

RÉALISEZ VOTRE SÉROLOGIE DE L'HÉPATITE B

**RETOURNEZ CONSULTER VOTRE MÉDECIN TRAITANT AVEC VOTRE
RÉSULTAT DE SÉROLOGIE
OU
RENDEZ-VOUS DIRECTEMENT DANS UNE PHARMACIE AVEC VOTRE
SÉROLOGIE POUR L'INTERPRÉTER ET ÉVENTUELLEMENT DÉBUTER
VOTRE VACCINATION IMMÉDIATEMENT**

NOUS VOUS CONSEILLONS UN SCHÉMA VACCINAL ACCÉLÉRÉ :

- 1^{ère} injection (J0)
- 2^{ème} injection au bout de 7 jours (J7)
- Dernière injection au bout de 21 jours (J21)

**Puis refaire une sérologie au plus tôt 3 semaines après la dernière
injection pour vérifier votre statut sérologique
(il est possible que vous ayez besoin d'une injection supplémentaire)**

**Si vous ne présentez pas une sérologie avec un taux de protection
suffisant au moment de votre 1^{er} stage, vous ne pourrez pas l'effectuer**

PRENEZ RENDEZ-VOUS AVEC :

- **UN MÉDECIN TRAITANT**
- **UN MÉDECIN AGRÉÉ PAR L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ (ARS)¹**

AVEC :

- **VOTRE CARNET DE SANTÉ**
- ET
- **ÉVENTUELLEMENT L'ATTESTATION DES VACCINATIONS
DE L'HÉPATITE B RÉALISÉS**

ET FAITES REMPLIR LES 2 DOCUMENTS JOINTS CI-APRÈS :

TABLEAU DE VACCINATION (MÉDECIN TRAITANT)

ET

CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE (MÉDECIN AGRÉÉ ARS)

*Ce tableau et ce certificat sont à transmettre à l'envoi de votre dossier
d'inscription ou **au plus tard** le jour de la rentrée administrative*

¹ Vous trouverez la liste des médecins généralistes agréés par l'ARS en consultant notre site internet : <https://www.ifits.fr>

2. Pièces Administratives à fournir

RESPECTEZ L'ORDRE DES PIÈCES À JOINDRE TEL QUE DÉFINI CI-DESSOUS :

1.

UNE PHOTO D'IDENTITÉ

- La photo doit être « tête nue, de face et sur fond blanc » (conformément à la réglementation sur les photographies de pièces d'identité)

- À coller ou agraffer sur la 1^{ère} page du dossier d'inscription

2.

UNE PHOTOCOPIE DE LA CARTE NATIONALE D'IDENTITÉ *en cours de validité*

OU

UNE PHOTOCOPIE DU PASSEPORT *en cours de validité*

OU

UNE PHOTOCOPIE DU TITRE DE SÉJOUR *en cours de validité pour toute la durée de la formation*

3.

UNE ATTESTATION DE DROIT À L'ASSURANCE MALADIE *en cours de validité*

4.

UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE OU POSTAL À VOTRE NOM AVEC LE LOGO DE LA BANQUE

5.

UN CHÈQUE BANCAIRE OU POSTAL DE 100 € *correspondant aux droits d'inscription (si le coût de la formation est pris en charge par le Conseil Régional d'Île-de-France)*

OU

UN CHÈQUE BANCAIRE OU POSTAL DE 181 € *correspondant aux droits d'inscription (pour tout autre financement de la formation)*

Veillez noter que ces droits de scolarité restent acquis à l'IFITS, et cela même en cas de désistement

6.

UNE ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE DE L'EMPLOYEUR OU DE L'ORGANISME FINANCEUR

Si le coût de votre formation est pris en charge par un employeur ou un autre organisme financeur (TRANSITIONS PRO, FONGECIF, ANFH, ...)

7.

L'ATTESTATION MÉDICALE DE VACCINATION OBLIGATOIRE (TABLEAU DES VACCINATIONS) & LE CERTIFICAT MÉDICAL (CI-JOINTS)

Complétés comme suit :

1. *Le tableau des vaccinations doit être complété par votre médecin traitant*
2. *Le certificat médical doit être complété par un médecin généraliste agréé² par l'Agence Régionale de Santé (vous devez apporter au rendez-vous votre tableau des vaccinations et votre carnet de santé)*

8.

UNE PHOTOCOPIE DE L'ATTESTATION D'ASSURANCE EN RESPONSABILITÉ CIVILE

Mentionnant obligatoirement :

*« La couverture de risques professionnels dans le cadre des stages hospitaliers et extrahospitaliers » **couvrant impérativement l'année scolaire de septembre à fin août** (il sera possible de souscrire une assurance lors de la rentrée administrative)*

9.

LE DOSSIER D'INSCRIPTION CI-JOINT DÛMENT COMPLÉTÉ

² Vous trouverez la liste des médecins généralistes agréés par l'ARS en consultant notre site internet : <https://www.ifits.fr>

3. Informations Diverses

3.1. Bourses

Si vous êtes élève en formations sanitaires ou sociales, vous relevez de la bourse de la Région Ile-de-France : <http://fss.iledefrance.fr>

Si vous souhaitez faire une **demande de bourse** pour l'année scolaire 2026-2027, vous devrez compléter un dossier directement et exclusivement **sur le site internet de la Région Ile-de-France**.

ATTENTION : La bourse ne peut être cumulée avec **aucune** autre rémunération (Pôle Emploi, employeur, CIF, rémunération par LADOM...)

3.2. Accessibilité Handicap

La formation est accessible aux personnes en situation de handicap, sous réserve de l'étude préalable de chaque situation individuelle.

Pour toute demande concernant l'accueil d'une personne en situation de handicap, veuillez nous contacter à l'adresse électronique suivante : referent-handicap@ifits.fr

3.3. Photocopies

Vous aurez la possibilité de faire des photocopies à l'Institut de Formation, moyennant le versement d'une **caution de 25 €** (remboursée à votre départ) et l'achat d'une carte à :

50 photocopies :	6 €
100 photocopies :	9 €
200 photocopies :	15 €
500 photocopies :	23 €

3.4. Pack Office 365

Dès votre entrée en formation, vous disposez d'une adresse électronique institutionnelle via Office 365. Elle est construite sur le modèle suivant :

1^{ère}_lettre_du_prénom.nom@ifits.fr

Exemple : Jean Dupont = j.dupont@ifits.fr

Important :

- Changez votre mot de passe à la 1^{ère} connexion.
- Cette adresse est utilisée pour toutes les communications officielles de l'IFITS ainsi que pour l'accès à la plate-forme pédagogique numérique THÉIA (cours sonorisés, tests d'auto-évaluation, bibliothèque).

3.5. Restauration

Le self est équipé d'un système de réfrigérateurs connectés « Foodles ». Téléchargez l'application Foodles et créez votre compte avec votre adresse électronique « @ifits.fr » pour bénéficier de la prise en charge de l'IFITS sur le prix de vente des produits.

Les portes des réfrigérateurs s'ouvrent grâce au QR code généré dans l'application. Votre compte est automatiquement débité des produits consommés.

Nota Bene : Couverts non fournis.



4. Certificat Établi par un Médecin Agréé

Je soussigné,

Docteur :
médecin agréé par l'Agence Régionale de Santé,

certifie que :

Nom de naissance :

Nom d'épouse : :

Prénom :

Né(e) le :

Lieu de naissance : :

NE PRÉSENTE PAS

De contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession d'auxiliaire de puériculture (conformément à l'article 8ter de l'arrêté du 12 avril 2021-art1)

PRÉSENTE

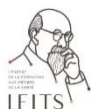
Des contre-indications physiques et psychologiques à l'exercice de la profession d'auxiliaire de puériculture (conformément à l'article 8ter de l'arrêté du 12 avril 2021-art1)

Fait à :

Le : :

Signature du médecin :

Cachet :



5. Certificat Médical

Conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France et à l'article 11 de l'arrêté du 4 avril 2020 relatif aux modalités d'admission à la formation conduisant au diplôme d'Auxiliaire de Puériculture

Je soussigné,

Docteur :

certifie que l'élève auxiliaire de puériculture :

Nom de naissance :

Nom d'épouse :

Prénom :

Né(e) le :

1. EST À JOUR DES VACCINATIONS OBLIGATOIRES SUIVANTES :

- Contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite :

DERNIER RAPPEL EFFECTUÉ		
Nom du vaccin	Date	N° lot

- Contre l'hépatite B, selon les conditions définies au **VERSO**, l'étudiant(e) est considéré(e) comme :

- Immunisé(e) contre l'hépatite B avec un taux d'anticorps $\geq 10\text{UI/l}$:

OUI

NON

- Non répondeur(se) à la vaccination après 6 injections (taux AC $\leq 10\text{UI/l}$) :

OUI

NON

L'étudiant doit conserver ses résultats sérologiques afin de pouvoir les présenter aux établissements de santé qui l'exigent au moment de la mise en stage

2. A REÇU LES VACCINATIONS RECOMMANDÉES SUIVANTES :

- Contre la rougeole, les oreillons, la rubéole (ROR) :

OUI

NON

Date :

- Contre la varicelle :

OUI

NON

Date :

- Contre la coqueluche :

OUI

NON

Date :

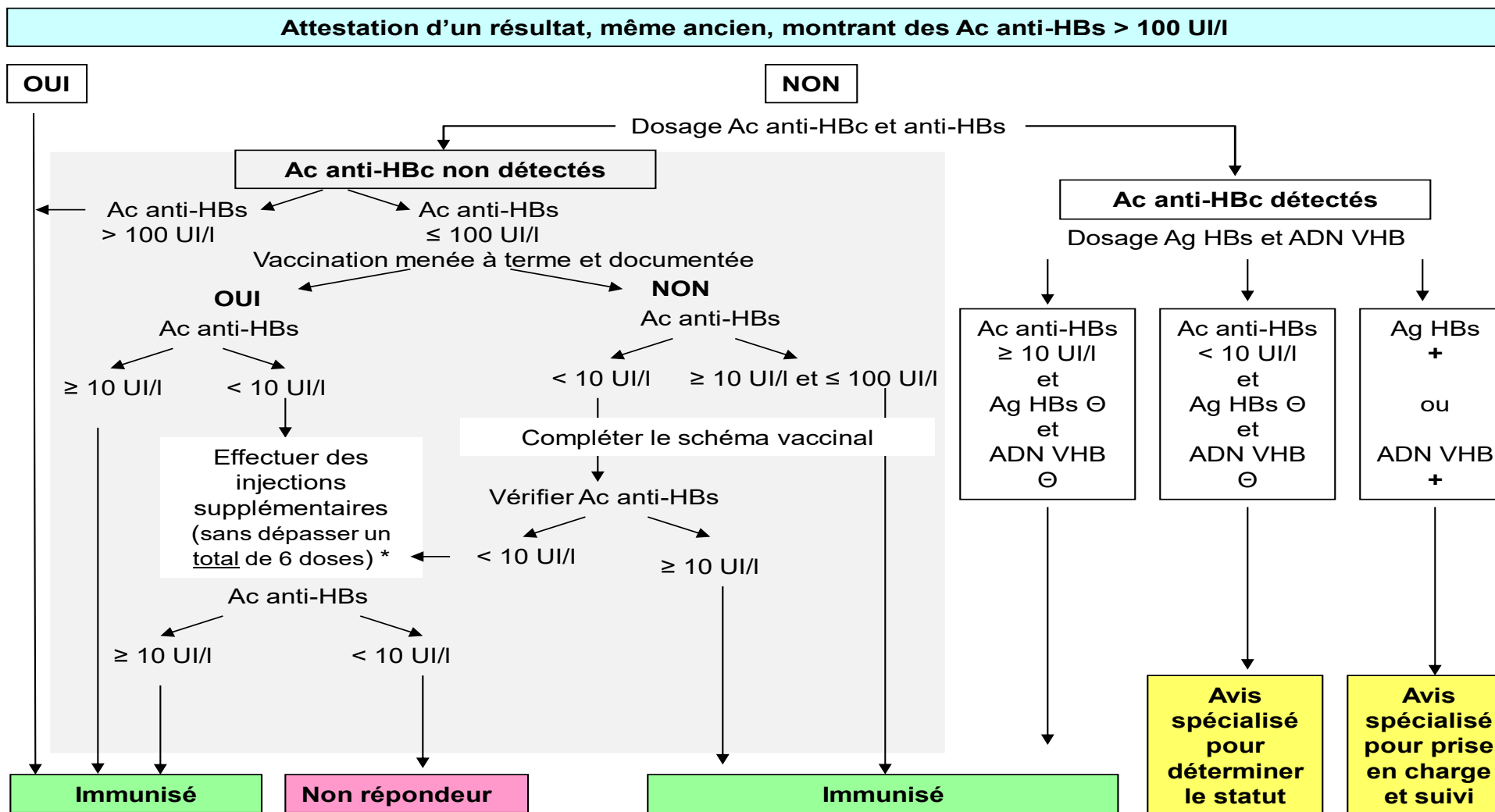
Fait à :

Le :

Signature du médecin :

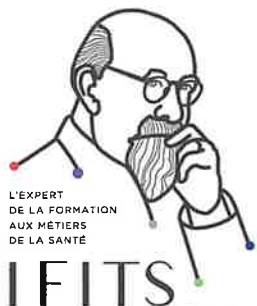
Cachet :

Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 et dont les conditions sont fixées par l'arrêté du 2 août 2013



* Sauf cas particulier voir 4° de l'annexe 2 de l'arrêté

Légende : Ac : anticorps ; Ag : antigène ; VHB : virus de l'hépatite B



Neuilly-sur-Marne, le 24 juin 2026

**Institut de Formation
d'Auxiliaire de Puériculture**

Nos Réf. : LM/RG/CV

☎ : 01.49.44.36.45

☎ : 01.49.44.36.01

@ : c.villette@ifits.fr

Dossier suivi par Cécile Villette

Madame, Monsieur,

Vous allez prochainement entrer en formation d'auxiliaire de puériculture.

Dans le cadre de cette formation vous devrez réaliser 4 stages (3 de 5 semaines et 1 de 7 semaines) dans différentes structures accueillant des enfants (crèche, multi-accueil, PMI, service de maternité, de pédiatrie, de néonatalogie, de pédopsychiatre, auprès d'enfants atteints de handicap, ...).

Nous vous encourageons à trouver vos stages, notamment le 1^{er} qui se déroulera obligatoirement en crèche ou en multi-accueil (ATTENTION pas de miroc-crèche), ainsi que ceux en milieu hospitalier qui devront être réalisés sur les autres périodes de stage (2, 3, 4). Depuis plusieurs années les structures préfèrent donner directement les places aux élèves plutôt qu'au centre de formation.

Vous trouverez ci-joint le planning de la formation ainsi qu'un document de demande de recherche de stage à faire compléter par la structure qui accepte de vous accueillir. Il faudra nous le remettre lors de la rentrée. Chaque démarche personnelle sera soumise à l'accord de l'équipe pédagogique.

Nous vous souhaitons de bonnes vacances.

Nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, en l'assurance de nos sincères salutations.

Cécile Villette
Secrétaire pédagogique



**INSTITUT
DE FORMATION
INTERHOSPITALIER
THÉODORE SIMON**

GRUPEMENT D'INTÉRÊT PUBLIC

19, avenue de Maison Blanche
93331 Neuilly-sur-Marne CEDEX
Tél. 01 49 44 36 00
Fax 01 49 44 36 01
administration@ifits.fr
www.ifits.fr



Groupement Hospitalier de Territoire
Grand Paris Nord-Est
Luzancy-sous-Bonzy • La Balaye-Montfermeil • Montfermeil





INSTITUT DE FORMATION INTERHOSPITALIER THEODORE SIMON
19 Avenue de Maison Blanche - 93331 Neuilly-sur-Marne Cedex

DEMARCHE DE RECHERCHE DE STAGE

FORMATION AUXILIAIRE DE PUERICULTURE

Secrétariat
☎ 01 49 44 36 45
Email : c.villette@ifits.fr

Nom et prénom de l'élève :

Dates du stage :

Intitulé et adresse du lieu de stage :

Nom de la structure :

Service :

Adresse complète :

Nom du responsable du stage de l'élève :

Grade et fonction :

Tél. : Mail :

Spécificité du stage :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Structure d'accueil d'enfants de moins de 6 ans | <input type="checkbox"/> Structure accueillant des enfants en situation de handicap |
| <input type="checkbox"/> PMI | <input type="checkbox"/> Structure ou service de pédopsychiatrie |
| <input type="checkbox"/> Service de maternité | <input type="checkbox"/> Structure d'Aide Sociale à l'Enfance |
| <input type="checkbox"/> Structure ou service accueillant des enfants malades | |

Nom de l'établissement : Adresse : Tél. : E-mail : <input type="checkbox"/> Public <input type="checkbox"/> Privé	
Nom et fonction du représentant légal de l'établissement qui signera la convention	
La convention sera à adresser à : Nom : Fonction : E-mail :	

Après validation par la directrice de l'IFAP, de cette recherche de stage, tous les documents nécessaires à la mise en stage de l'élève vous seront envoyés dès que possible.

Nom et fonction de la personne qui accepte l'élève en stage, signature :

AUXILIAIRE PUERICULTURE
2026/2027

SEMAINES	24-août	31-août	07-sept	14-sept	21-sept	28-sept	05-oct	12-oct	19-oct	26-oct	02-nov	09-nov	16-nov	23-nov	30-nov	07-déc
FORMATION	28-août	04-sept	11-sept	18-sept	25-sept	02-oct	09-oct	18-oct	25-oct	30-oct	06-nov	13-nov	20-nov	27-nov	04-déc	11-déc
CURSUS COMPLET	M1 API	M1 API	M1 API	M1 API	M1 bis API	M2 API	M1 / M2 API	STAGE 1					M3 + M8	M3 + M8	M3 + M8 API / TPG	M4 + M8
CURSUS PARTIEL Bac ASSP	M1 API	M1 API	M1 API	M1 API	M1 bis API	M2 API	M1 / M2 API	STAGE 1					M3	M3	M3 TPG	M4
CURSUS PARTIEL AS	M1 API	M1 API	M1 API	M1 API	M1 bis API	M2 API	M1 / M2 API	STAGE 1					M3	M3	M3	M4
CURSUS PARTIEL Bac SAPAT	M1 API	M1 API	M1 API	M1 API	M1 bis API	M2 API	M1 / M2 API	STAGE 1					M3	M3	M3	M4
CAP Accompagnement éducatif petite enfance	M1 API	M1 API	M1 API	M1 API	M1 bis API	M2 API	M1 / M2 API	STAGE 1					M3	M3	M3 TPG	M4
ADVF	M1 API	M1 API	M1 API	M1 API	M1 bis API	M2 API		STAGE 1					M3	M3	M3 TPG	M4
DEAS AMPI/AVS/AES	M1 API	M1 API	M1 API	M1 API	M1 bis API	M2 API	M1 / M2 API	STAGE 1					M3	M3	M3 TPG	M4
ASMS	M1 API	M1 API	M1 API	M1 API	M1 bis API	M2 API		STAGE 1					M3	M3	M3 TPG	M4
ARM	M1 API	M1 API	M1 API	M1 API	M1 bis API		M1	STAGE 1					M3		TPG	M4
AMBU	M1 API	M1 API	M1 API	M1 API	M1 bis API	M2 API	M1 / M2 API	STAGE 1					M3		TPG	M4

SEMAINES	14-déc	21-déc	28-déc	04-janv	11-janv	18-janv	25-janv	01-févr	08-févr	15-févr	22-févr	01-mars	08-mars	15-mars	22-mars
FORMATION	18-déc	25-déc	01-janv	08-janv	15-janv	22-janv	29-janv	05-févr	12-févr	19-févr	26-févr	05-mars	12-mars	19-mars	26-mars
CURSUS COMPLET	M4 + M8	CONGES		M4 + M8	M4 + M8	M4 + M8	M5	STAGE 2					M6	M6	M7
CURSUS PARTIEL Bac ASSP	M4	CONGES		M4	M4	M4	M5	STAGE 2							
CURSUS PARTIEL AS	M4	CONGES		M4	M4	M4		STAGE 2							
CURSUS PARTIEL Bac SAPAT	M4	CONGES		M4	M4	M4	M5	STAGE 2							
CAP Accompagnement éducatif petite enfance	M4	CONGES		M4	M4	M4	M5	STAGE 2							M7
ADVF	M4	CONGES		M4	M4	M4	M5	STAGE 2							
DEAS AMPI/AVS/AES	M4	CONGES		M4	M4	M4	M5	STAGE 2						M6	M7
ASMS	M4	CONGES		M4	M4	M4	M5	STAGE 2					M6		M7
ARM	M4	CONGES		M4	M4	M4	M5	STAGE 2					M6		M7
AMBU	M4	CONGES		M4	M4	M4		STAGE 3					M6		M7

SEMAINES	29-mars	05-avr	12-avr	19-avr	26-avr	03-mai	10-mai	17-mai	24-mai	31-mai	07-juin	14-juin	21-juin	28-juin	05-juil	12-juil	
FORMATION	02-avr	09-avr	16-avr	23-avr	30-avr	07-mai	14-mai	21-mai	28-mai	04-juin	11-juin	18-juin	25-juin	02-juil	09-juil	16-juil	
CURSUS COMPLET	STAGE 3						M9	M10	M10	STAGE 4							CONGES
CURSUS PARTIEL Bac ASSP	STAGE 3																CONGES
CURSUS PARTIEL AS							M10	M10								CONGES	
CURSUS PARTIEL Bac SAPAT	STAGE 3						M9	M10	M10	STAGE 4							CONGES
CAP Accompagnement éducatif petite enfance							M9	M10	M10	STAGE 3							CONGES
ADVF							M9	M10	M10	STAGE 3							CONGES
DEAS AMPI/AVS/AES								M10	M10	STAGE 3							CONGES
ASMS							M9	M10	M10	STAGE 3							CONGES
ARM								M10	M10	STAGE 3							CONGES
AMBU							M9	M10	M10	STAGE 3							CONGES