

## DOSSIER D'ENTRÉE EN FORMATION

# AIDE-SOIGNANT DIPLÔMÉ D'ÉTAT

## CURSUS PARTIEL

**Cochez la(les) case(s) correspondante(s) à votre situation :**

- Bac professionnel Accompagnement, Soins et Services à la Personne
- Bac professionnel Services Aux Personnes et Animation dans les Territoires
- Autre dispense de formation au titre de :
- |                               |                                |                                |                                |
|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> DEAP | <input type="checkbox"/> DEA   | <input type="checkbox"/> DEAVS | <input type="checkbox"/> DEAMP |
| <input type="checkbox"/> ARM  | <input type="checkbox"/> TADVf | <input type="checkbox"/> ASMS  |                                |

**SESSION** .....

### CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

- Conseil Régional d'Île-de-France
- Individuel
- 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

Célibataire       Marié(e)       Pacsé(e)  
 Concubin(e)       Divorcé(e)       Veuf(ve)  
Nombre d'enfants :      Âge(s) :

## Situation à l'Entrée en Formation

Moins de 26 ans en poursuite d'études sans interruption  
 Moins de 26 ans avec interruption de scolarité de moins de 2 ans  
 Demandeur d'emploi  
 Bénéficiaire d'un PEC (Parcours Emploi Compétences)  
 Bénéficiaire du RSA (Revenu de Solidarité Active)  
 Salarié en CDD       Public       Privé  
 Salarié en CDI       Public       Privé  
 Fonctionnaire  
 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

Voiture       2 roues motorisées       Transport en commun  
 Bicyclette       Piéton       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 DEAP, DEA, DEAVS, DEAMP, ARM, TADVF, ASMS** (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 exigible le jour de la rentrée administrative :

- *Le tarif de la formation dépend du type de votre dispense*
- *Les tarifs de la formation en cas de dispense sont consultables sur notre site internet : <https://www.ifits.fr/fr/formations/aide-soignant>*

Les chèques devront être dûment remplis et libellés à l'ordre de **l'agent comptable du GIP**

**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

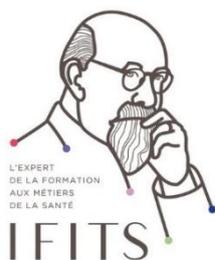
Je soussigné(e) ..... atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements indiqués dans le présent dossier et l'authenticité des documents fournis. Je reconnais par ailleurs avoir été informé(e) que ce dossier ne recevra pas de suite s'il n'était pas complété avec soin et accompagné des pièces demandées.

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 -

# AIDE-SOIGNANT DIPLÔMÉ D'ÉTAT

## CURSUS PARTIEL

\*\*\*

**Pièces à fournir pour votre entrée en Formation**

### SOMMAIRE

<b>1. Parcours à suivre pour l'Attestation Médicale et de Vaccination</b>	<b>2</b>
<b>2. Pièces Administratives à fournir</b>	<b>3</b>
<b>3. Informations Diverses</b>	<b>5</b>
3.1. Bourses	5
3.2. Accessibilité Handicap	5
3.3. Photocopies	5
<b>4. Certificat Établi par un Médecin Agréé</b>	<b>6</b>
<b>5. Certificat Médical</b>	<b>7</b>

## 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<sup>ère</sup> injection (J0)
- 2<sup>ème</sup> 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<sup>er</sup> stage, vous ne pourrez pas l'effectuer**

**PRENEZ RENDEZ-VOUS AVEC UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE  
AGRÉÉ PAR L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ<sup>1</sup>**

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 :**

**LE TABLEAU DE VACCINATION**

ET

**LE CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE**

*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*

<sup>1</sup> 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<sup>ère</sup> 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.

**UNE PHOTOCOPIE DU RELEVÉ DE NOTES DU BACCALAURÉAT**  
*(uniquement pour les élèves en Terminale)*

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 143 €** *correspondant aux droits d'inscription (pour tout autre financement de la formation)*

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

6.

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

7.

**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, ...)***

8.

**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 agréé<sup>2</sup> par l'Agence Régionale de Santé (vous devez apporter au rendez-vous votre tableau des vaccinations et votre carnet de santé)*

9.

**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)*

10.

**LE DOSSIER D'INSCRIPTION CI-JOINT DÛMENT COMPLÉTÉ**

---

<sup>2</sup> 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 2025-2026, 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.

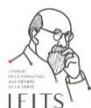
Pour toute demande concernant l'accueil d'une personne en situation de handicap, veuillez nous contacter à l'adresse électronique suivante : [referent-handicap@ifits.fr](mailto:referent-handicap@ifits.fr)

---

### **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 :	<b>6 €</b>
100 photocopies :	<b>9 €</b>
200 photocopies :	<b>15 €</b>
500 photocopies :	<b>23 €</b>



#### 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'aide-soignant(e) (conformément à l'article 8ter de l'arrêté du 12 avril 2021-art1)**

**PRÉSENTE**

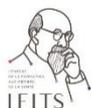
**Des contre-indications physiques et psychologiques à l'exercice de la profession d'aide-soignant(e) (conformément à l'article 8ter de l'arrêté du 12 avril 2021-art1)**

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'Aide-Soignant**

Je soussigné,

Docteur : .....

**certifie que l'élève aide-soignant(e) :**

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 :

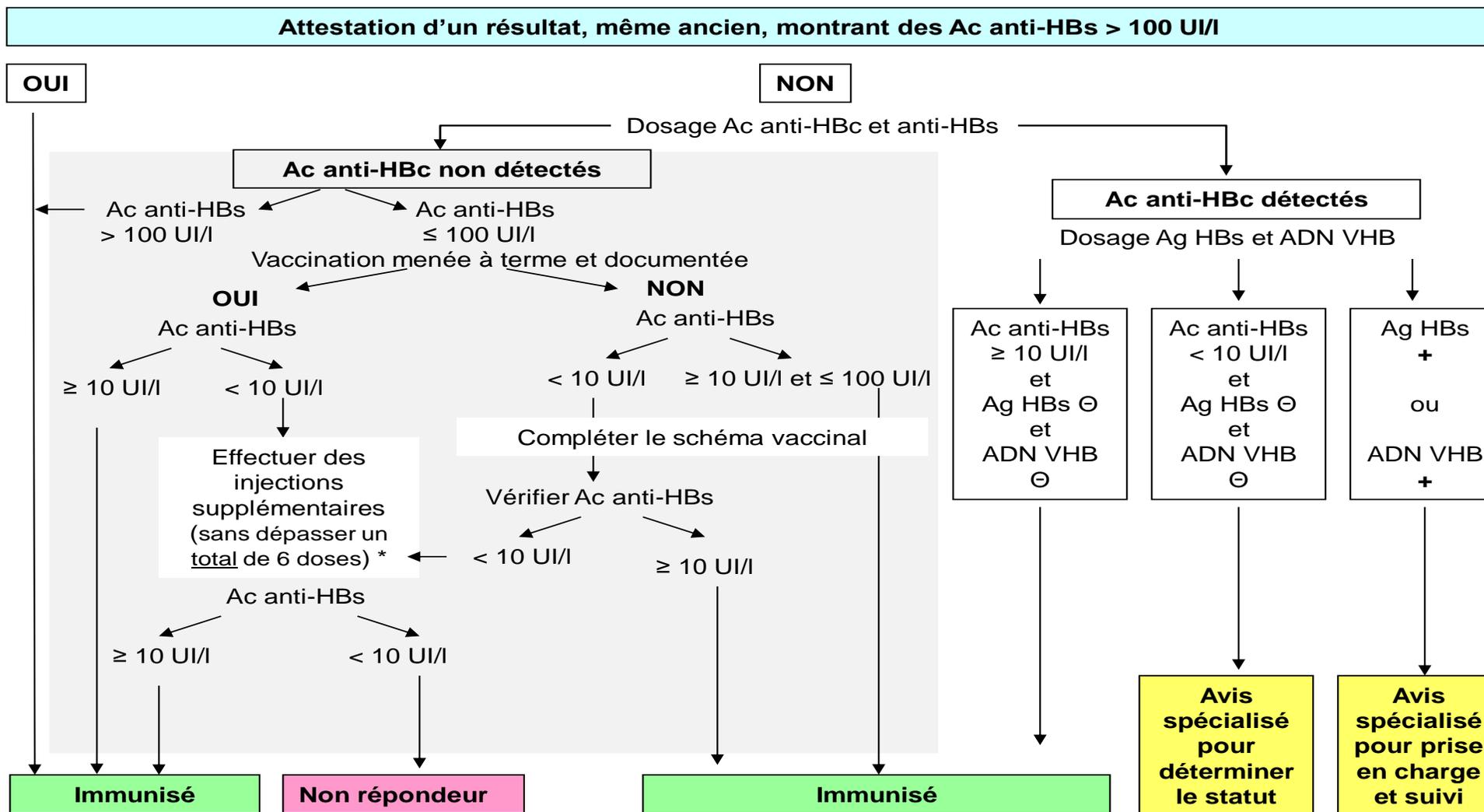
Fait à : .....

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