

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"/> TADV	<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 **Indiquez la date de fin de rémunération si vous en touchez une :**
 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 » (bac. ASSP / SAPAT uniquement)

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>*

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.

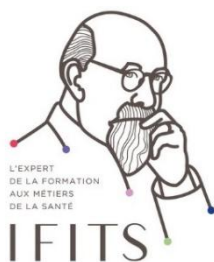
Je reconnais par ailleurs avoir été informé(e) que ce dossier ne recevrait pas de suite s'il n'était pas complété avec soin et accompagné des pièces demandées.

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 -**

AIDE-SOIGNANT DIPLÔMÉ D'ÉTAT
CURSUS PARTIEL

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.

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 144 € *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 agréé² 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

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

PRÉSENTE

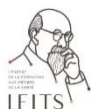
Des contre-indications physiques et psychologiques à l'exercice de la profession d'aide-soignant(e) (conformément à l'article 8ter de l'arrêté du 12 avril 2021-art1)

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 ≥ 10 UI/l :

OUI

NON

- Non répondeur(se) à la vaccination après 6 injections (taux AC ≤ 10 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 :

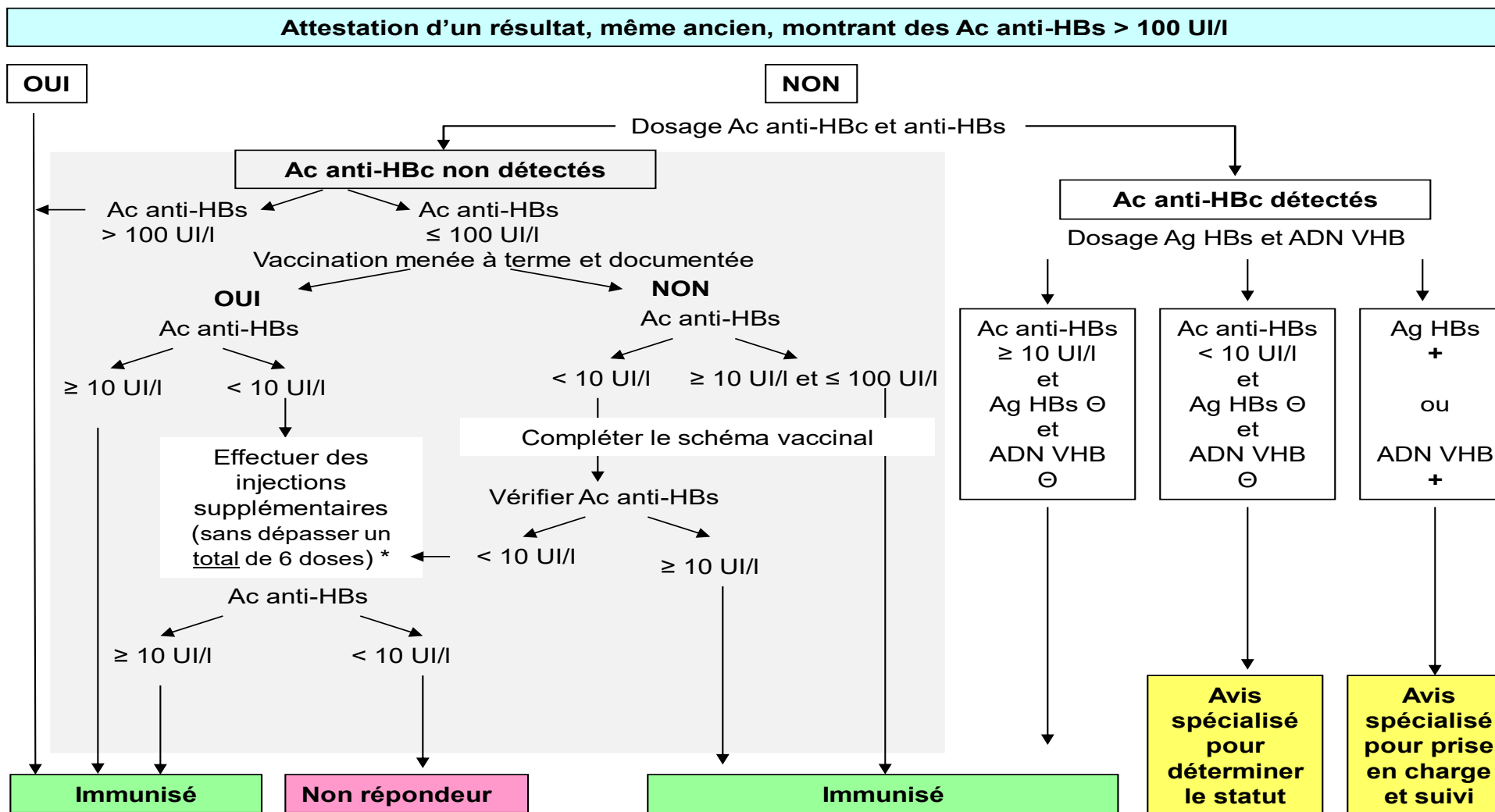
Fait à :

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