

Albi, le 21 octobre 2024

Objet : Rentrée IFAS en alternance

Madame, Monsieur,

Vous avez confirmé votre intention d'entreprendre vos études à l'I.F.A.S. des I.F.M.S, d'Albi. Félicitations et bienvenue dans notre établissement.

Vous devez à présent, effectuer votre inscription administrative dans notre établissement, en renvoyant le dossier d'inscription, par courrier postal, ou, en le déposant à l'accueil des Instituts de Formation aux Métiers de la Santé d'Albi, I.F.S.I. et I.F.A.S., 6, Impasse François Verdier 81000 ALBI.

INSCRIPTION :

Vous avez jusqu'au 25 novembre 2024.

TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA REJETE

Aucune entrée en formation ne sera autorisée, si votre dossier est incomplet, tous les documents demandés sont obligatoires. Tout dossier réceptionné fera l'objet d'une information « dossier complet » ou « dossier incomplet » par mail uniquement. Nous recommandons donc de vérifier la boîte de réception de l'adresse mail fournie (vérifiez également les courriers indésirables).

DATE DE PRE RENTREE : Vendredi 20 décembre 2025

DATE POUR L'ENTREE EN FORMATION : Lundi 6 janvier 2025

Un mail vous sera envoyé pour les informations de rentrée.

Soyez assuré(e), Madame, Monsieur, de ma considération la plus parfaite.

## Pièces administratives à fournir :

Nom de naissance .....

Prénom .....

Nom d'usage .....

- Copie du diplôme permettant un allègement de la formation,
- Copie de la carte d'identité ou du passeport ou titre de séjour, en cours de validité,
- Justificatif de votre lieu d'habitation pendant les études (quittance loyer, EDF, ...),
- Contrat d'apprentissage ou de professionnalisation ou pro A si non fourni à ce jour,
- Copie de l'attestation de droit à la couverture sociale sur laquelle figure votre nom
- Fiche administrative (cf p. 3 et 4),
- Fiche d'affectation des stages (cf p. 5 et 6),
- Fiche d'attestation d'assurance à faire compléter ou fournie par votre assureur, couvrant :  
Les risques professionnels, et la responsabilité civile des stagiaires paramédicaux pour la période de formation. La mise en stage de l'élève est conditionnée à la production de cette attestation annuelle d'assurance (cf p 7),
- Certificat de vaccination, à faire renseigner par votre médecin attestant d'un calendrier vaccinal compatible avec la mise en stage (cf p 8),
- Certificat médical, à faire renseigner par un médecin agréé par l'A.R.S (consulter site internet : liste des médecins agréés ARS), attestant que le candidat ne présente pas de contre-indications physiques et psychologiques nécessaires à l'exercice de la profession d'aide-soignant (cf p 10),
- Si demande d'aménagement d'épreuve : vous rapprocher de votre médecin traitant et nous fournir le justificatif.

## FICHE ADMINISTRATIVE

### Identité

Nom de naissance : .....

Prénoms : .....

Nom d'usage : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : ..... Dpt : .....

Nationalité : .....

N° sécurité sociale : - - - - - (13 chiffres + clé)

Adresse actuelle : .....

Adresse pendant les études à l'IFAS .....

Téléphone : .....

@mail : .....

Aménagement d'épreuve OUI  NON

### Personne à contacter en cas d'urgence

Nom – Prénom : ..... Lien : .....

Téléphone : ..... Mail : .....

### Renseignements concernant les parents pour les élèves mineurs

	PERE	MERE
NOM – Prénom		
Téléphone portable		
@ mail		

*NB. : Toutes les données et informations portées sur ce document sont strictement confidentielles. Elles sont nécessaires au besoin du service. En application de la loi française « Informatique et Liberté » du 6 Janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données vous concernant. Pour l'exercice de ces droits, vous pouvez nous contacter par mail.*

Diplôme – titre

INTITULÉ	Série	Année

Titulaire de l'AFGSU de niveau 2 : OUI  NON  (si oui, fournir l'attestation)

Renseignements concernant l'employeur et /ou OPCO

Employeur : .....

Nom du contact .....

Adresse postale .....

Adresse mail .....

Téléphone : .....

Si OPCO .....

Nom du contact .....

Adresse postale : .....

Adresse mail .....

Téléphone.....

Une convention va être établie, signée avec l'IFAS et/ou l'organisme et l'apprenant avant l'entrée en formation.

Si demande de report de formation : *fournir un courrier de demande de report avec un justificatif*

Article 4 (modifié par l'arrêté du 13/12/18 – art 3)

« [...] De droit en cas de congé pour cause de maternité, de rejet du bénéfice de la promotion professionnelle ou sociale, de rejet d'une demande de congé formation, de rejet d'une demande de mise en disponibilité ou pour la garde d'une enfant de moins de quatre ans [...] »

## FICHE D'AFFECTATION DES STAGES

Nom de naissance	
Nom d'usage	
Prénom	
<u>Adresse pendant les études à l'IFAS</u>	

### Diplôme permettant un allègement de formation

- BAC ASSP       AVF       ARM       ASMS  
 BAC SAPAT       DEAES 2016 (DEAVS/DEAMP)       DEAES 2021  
 DEAP 2006       DEAP 2021       DEA

Votre parcours de formation nécessite de réaliser des stages sur l'ensemble du territoire Occitanie ouest.

- Je m'engage à être mobile pour me rendre en stage, (voiture, covoiturage, transport en commun ...etc)

QUESTIONNAIRE	Oui	Non
Avez-vous le permis de conduire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous - de 18 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Date de naissance : _____		
Si permis en cours, date du passage de l'examen : _____		
Avez-vous un véhicule ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Si vous obtenez votre permis en cours de formation, le signaler au secrétariat</i>		

QUESTIONNAIRE	Oui	Non
<p>Avez-vous exercé en qualité d'Agent de Service Hospitalier ?</p> <p>Si oui, précisez dans quelle(s) structure(s) et la durée :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Avez-vous fait des stages en secteur sanitaire ou médico-social ?</p> <p>Si oui, précisez dans quelle(s) structure(s) et la durée :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Si vous avez des personnes proches qui travaillent dans des structures de soins, merci de nous signaler dans quelles structures.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		

Nom Prénom :

Signature

## Attestation d'assurance

Modèle d'Attestation d'Assurance, couvrant Les Risques Professionnels  
et la Responsabilité Civile des Stagiaires Paramédicaux pour la période de formation

Vous devez être couvert pour les risques mentionnés ci-dessous :

### Risques Professionnels :

- Accidents corporels causés aux tiers
- Accidents matériels causés aux tiers
- Dommages matériels

### Responsabilité Civile

- Lors des stages
- Lors des trajets

*(En complément de l'assurance souscrite par l'Institut des Formations Paramédicales couvrant les risques professionnels et la responsabilité civile des stagiaires paramédicaux conformément à l'article L.412-8 du Code de la Sécurité Sociale):*

Je soussigné (directeur assurance) \_\_\_\_\_

Adresse :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Atteste au nom de la Compagnie d'assurance : \_\_\_\_\_

Que Madame ou Monsieur \_\_\_\_\_

Inscrit en formation à l'Institut de Formation aux Métiers de la Santé, d'Albi, I.F.S.I. et I.F.A.S., 6, Impasse François Verdier 81000 ALBI.

Est garanti pour la période de formation pour l'ensemble des risques mentionnées ci-dessus

Fait à \_\_\_\_\_, le, \_\_\_\_\_

Signature et tampon assureur :

## CERTIFICAT MÉDICAL DE VACCINATION

CONFORME A LA RÉGLEMENTATION EN VIGUEUR FIXANT LES CONDITIONS  
D'IMMUNISATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ EN FRANCE

Je soussigné, Docteur (Nom-Prénom) .....

Atteste que l'état vaccinal de M/Mme (Nom-Prénom) .....

Élève AS

Étudiant IDE

**est compatible** avec la mise en stage conformément aux conditions d'immunisation des professionnels de santé en France.

**n'est pas compatible** avec la mise en stage conformément aux conditions d'immunisation des professionnels de santé en France.

Fait à ..... le .....

Signature et cachet du médecin :

L'admission définitive dans un institut de formation préparant au diplôme d'État d'Aide-Soignant ou d'Infirmier est subordonnée à ce certificat.

### Textes de référence

- Articles L.3111-1 à L.3111-11 du code de la santé publique (CSP), chapitre 1er: vaccinations.
  - Arrêté du 15 mars 1991 fixant la liste des établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins dans lesquels le personnel exposé doit être vacciné, modifié par l'arrêté du 29 mars 2005 (intégration des services d'incendie et de secours)
  - Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiques
  - Arrêté du 6 mars 2007 relatif à la liste des élèves et étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des autres professions de santé pris en application de l'article L.3111-4 du CSP
  - Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux (Titre III)
  - Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L.3111-4 du CSP
- Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales : <https://sante.gouv.fr/>



# VACCINATIONS

## OBLIGATOIRES

**DIPHTERIE TETANOS POLIOMYELITIS**  
**HEPATITE B**

## RECOMMANDÉES

Selon la calendrier vaccinal en vigueur, pour des professionnels de santé, il est par ailleurs recommandé d'être immunisé contre :

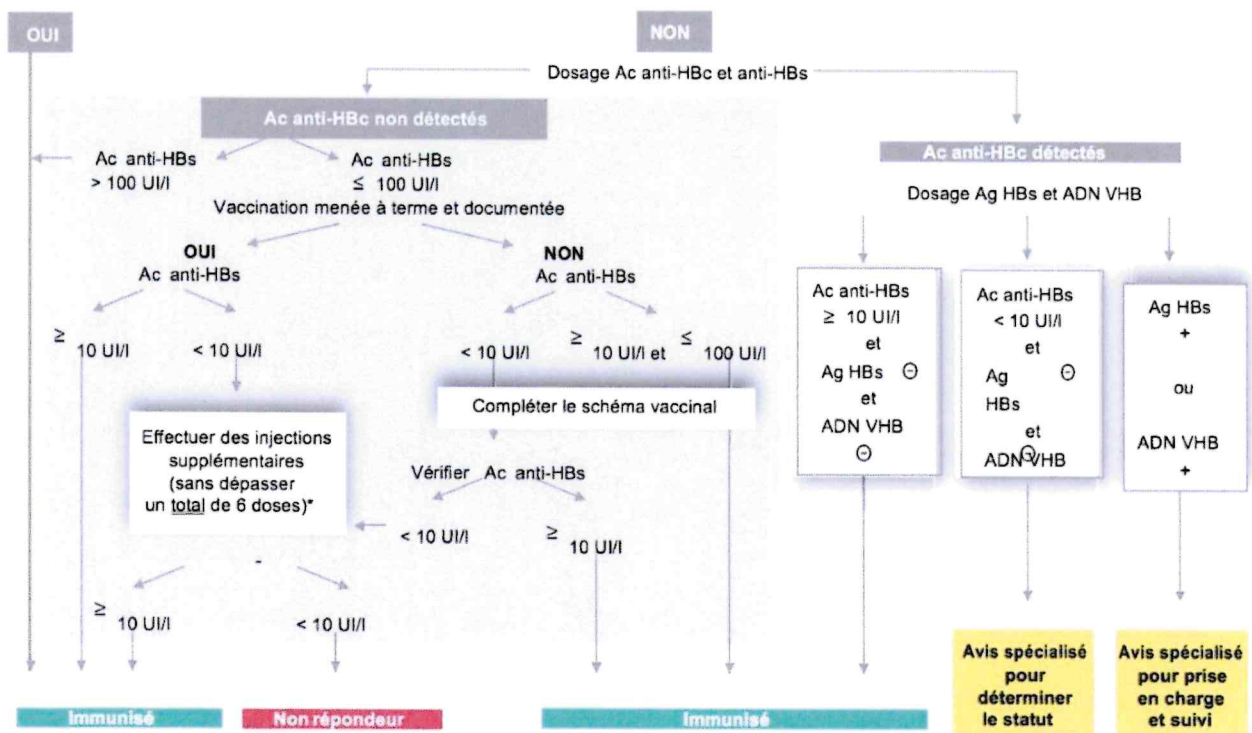
**LA COQUELUCHE - LA ROUGEOLE -  
LA RUBÉOLE - LA VARICELLE -  
LA GRIPPE SAISONNIÈRE - COVID 19**

Evolution des marqueurs sérologiques du virus de l'hépatite B et algorithme pour le contrôle de l'immunisation des professionnels de santé.

Le VHB est un virus enveloppé à ADN. L'infection aiguë se traduit initialement sur le plan sérologique par la mise en évidence de l'antigène HBs et d'anticorps anti-HBc de type Ig M. Le diagnostic d'infection chronique repose sur la persistance de la détection de l'antigène HBs 6 mois après l'hépatite aiguë.

(Source : Dr S. Chevaliez, in : Stratégies de dépistage biologique des hépatites virales B et C. Argumentaire. HAS Mars 2011 ; pages 8 et 9 [http://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-05/strategies\\_de\\_depistage\\_biologique\\_des\\_hepatites\\_virales\\_b\\_et\\_c\\_-\\_argumentaire.pdf](http://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-05/strategies_de_depistage_biologique_des_hepatites_virales_b_et_c_-_argumentaire.pdf))

### 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 particuliers voir 4° de l'annexe 2 de l'arrêté. Légende : Ac : anticorps ; Ag : antigène ; VHB : virus de l'hépatite B

## Certificat médical d'aptitude

### Certificat médical

Je soussigné(e), Docteur \_\_\_\_\_, médecin agréé sur le département de \_\_\_\_\_  
atteste que M. / Mme : \_\_\_\_\_, ne présente pas de contre-indication physique et  
psychologique à l'exercice de la profession d'aide-soignant(e).

Signature et cachet du médecin agréé par l'ARS :

Date : ..... / ..... / .....

Liste des médecins agréés disponible sur le site de l'ARS : <https://www.occitanie.ars.sante.fr/medecins-agrees-13>