

# DOSSIER ADMINISTRATIF

## ENTREE EN FORMATION

### AIDE-SOIGNANT 2022



**Ce dossier est uniquement réservé aux élèves entrant à l'IFAS de Valenciennes en 2022 :**

- Admis sur liste principale
- Agents des services hospitaliers qualifiés de la fonction publique hospitalière et agents de service
- En contrat d'apprentissage
- Relevant de la formation par la voie de la VAE (Validation des **A**cquis de l'**E**xpérience)
- En report d'admission

Ce dossier administratif est à constituer dès lors que vous avez confirmé votre inscription en liste principale (soit au plus tard le 24 novembre 2021 minuit) par email à [accueil-ifms@ch-valenciennes.fr](mailto:accueil-ifms@ch-valenciennes.fr) ou reçu la confirmation écrite de votre admission (ASHQ, ASH, contrat d'apprentissage, VAE).

► **Le Lundi 3 janvier 2022 à 8h30 – Rentrée : PRESENCE OBLIGATOIRE.**

► **Le Mardi 14 décembre 2021 à 8h30 - Pré-rentrée : PRESENCE OBLIGATOIRE.**



# **LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR OBLIGATOIREMENT**

## ➤ **Entre le 24 novembre et le 3 décembre 2021**

1/ Transmettre par email à [desert-v@ch-valenciennes.fr](mailto:desert-v@ch-valenciennes.fr)

- Copie de votre carte d'identité en cours de validité (ne pas tenir compte de cette démarche si vous l'avez déjà fournie lors de l'inscription à la sélection).
- Copie de votre carte vitale avec votre numéro de sécurité sociale **personnel.**

2/ Selon les procédures en annexe

- Créer une adresse email selon les consignes en annexe 1
- Transmettre votre photo en suivant la procédure en annexe 2

## ➤ **Pour le jour de la pré-rentrée le 14 décembre 2021**

### **Imprimer et remplir le dossier et prendre connaissance des informations générales**

1/ Pour votre dossier administratif, fournir :

- La fiche d'inscription complétée en annexe 3
- La fiche de renseignement en annexe 4
- La fiche individuelle du Ministère des finances et des comptes publics en annexe 5
- Attestation du pôle emploi pour les demandeurs d'emploi
- Justificatif de financement pour les personnes financées par un employeur ou un organisme (OPCA, transition PRO...)

2/ Pour votre dossier médical :

Les obligations et la réglementation médicale pour entrer en formation aide-soignant sont très rigoureuses (*cf. article 8 ter créé par Arrêté du 12 avril 2021 portant diverses modifications relatives aux conditions d'accès aux formations conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture*)

L'admission définitive est subordonnée à la production des 3 documents suivants (ne pas tenir compte de cette démarche si vous les avez déjà fournis lors de l'inscription à la sélection):

> **Un certificat médical** émanant d'un médecin agréé attestant que le candidat n'est atteint d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession d'aide-soignant (certificat et liste des médecins agréés en annexe 6)

> **Une attestation médicale** attestant que l'élève remplit les obligations d'immunisation et de vaccination (attestation médicale remplie par votre médecin traitant en annexe 7)

> **Le passe vaccinal ANTI COVID** valide.

# INFORMATIONS GENERALES

## 1/ Les financements

### ➤ Publics éligibles à l'aide financière régionale

| STATUT  | CONDITIONS  | JUSTIFICATIFS A FOURNIR A L'INSTITUT   |
|---|---|--|
| Les élèves  | Les élèves <b>en poursuite d'études sans interruption</b> quel que soit le niveau de formation initiale (y compris ceux ayant un contrat de travail étudiant)   | Fournir un certificat de scolarité 2020/2021   |
|   | Les élèves <b>avec interruption de scolarité</b> quel que soit le niveau de formation initiale, à savoir <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <i>Les jeunes de moins de 26 ans ayant achevé leur formation initiale moins d'un an avant le démarrage de la formation, inscrits ou non à la Mission locale</i></li> <li>▶ <i>Les élèves dont le service civique s'est achevé dans un délai d'un an avant l'entrée en formation</i></li> </ul>  | Fournir un certificat de scolarité N-1<br><br>Fournir un certificat de scolarité N-1 et une attestation de service civique         |
| Les demandeurs d'emploi inscrits à Pôle emploi, indemnisés ou non par l'assurance chômage | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Sans contrat de travail ou avec un contrat de travail précaire (CDD, contrat d'intérim...) <b>jusqu'à l'entrée en formation</b></li> <li>▶ Ayant un contrat de travail à condition que l'activité salariée ne fasse pas obstacle au bon déroulement de la formation et à l'atteinte de l'objectif</li> <li>▶ Ayant démissionné d'un CDI uniquement <b>dans le cadre de démissions légitimes</b> conformément à l'accord d'application relatif à l'assurance chômage en vigueur.</li> </ul> | Fournir un justificatif de Pôle emploi<br><br>Fournir un justificatif de Pôle emploi<br><br>Fournir un justificatif de Pôle emploi |

### ➤ Publics non éligibles à l'aide financière régionale

| STATUT  | CONDITIONS  | JUSTIFICATIFS A FOURNIR A L'INSTITUT  |
|---|---|---|
| Les salariés, les professionnels libéraux et les fonctionnaires | Ces professionnels ne sont pas éligibles au financement régional dans la mesure où ils relèvent des dispositifs d'accès à la formation continue : <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <i>relevant de leur employeur</i></li> <li>▶ <i>relevant de leur OPCO</i></li> </ul> | Fournir une attestation de prise en charge établie par votre employeur<br><br>Fournir une attestation de prise en charge de l'organisme financeur |

## **2/ Les bourses**

Pour établir votre demande de bourse, celle-ci devra être saisie sur le site des HAUTS DE FRANCE à l'adresse suivante :

**[https : //aidesindividuelles.hautdefrance.fr](https://aidesindividuelles.hautdefrance.fr)**

### **➤ Publics non éligibles à la bourse sanitaire et sociale**

- Les salariés
- Les bénéficiaires d'une rémunération de la formation professionnelle au titre du statut de la Formation Professionnelle ou au titre de bénéficiaire du chèque PASS-FORMATION.
- Les bénéficiaires d'une bourse d'Etat, délivrée par le CROUS, quelle que soit la formation suivie et même s'il s'agit d'une autre formation.
- Les bénéficiaires d'une Allocation Complémentaire d'Hébergement (ACH) délivrée par l'Agence De l'Outre-mer pour la Mobilité (LADOM) originaires et résidents des collectivités d'Outre-mer.

## **3/ Les tenues professionnelles**

Suite à l'instruction de la DGOS parue le 17 septembre 2020 qui a pour objet « *de fixer le principe de la fourniture et de l'entretien des tenues professionnelles des étudiants et élèves en santé non médicaux par leur structure d'accueil de stage et tout au long de leur stage en établissement de santé et en établissement médico-social* », chaque terrain de stage doit être en mesure de fournir aux étudiants une tenue professionnelle. La mise en application se fera au fur et à mesure des possibilités des structures d'accueil (ces établissements ont à organiser et financer cette nouvelle mesure, identifier le besoin, acquérir les tenues, organiser la distribution, intégrer l'entretien dans leur ligne de traitement du linge).

**Cependant, il est conseillé de posséder au minimum 2 tuniques et 2 pantalons blancs.**

Si vous en possédez déjà en bon état, celles-ci sont valables pour la formation.

A titre indicatif, les tenues professionnelles peuvent être achetées chez le distributeur suivant :

*FACON MEDICAL – rue des Frères Lumières – 59300 AULNOY LEZ VALENCIENNES*

## **4/ Matériels supplémentaires :**

- Un ordinateur portable muni d'une caméra et d'un micro fonctionnels
- Une connexion wifi de haut débit



## **Procédure de création d'une adresse e-mail** **(IFMS de Valenciennes)**

1. Connectez-vous au site <https://www.mailo.com/fr/>
2. Cliquez sur « S'inscrire ».
3. Sur la page « Création d'un compte Mailo », choisissez l'option « Mailo Free ».
4. Dans la fenêtre suivante, cochez les cases :
  - ▶ Je ne crée pas cette adresse e-mail Mailo Free pour m'inscrire à des services tiers
  - ▶ J'accepte que les e-mails de validation de services tiers soient refusés pendant une période initiale

Et terminez par « Créer un compte Mailo Free »

5. Entrez en identifiant d'adresse e-mail votre nom de famille suivi d'un point puis les trois premières lettres de votre prénom suivies de 5914.

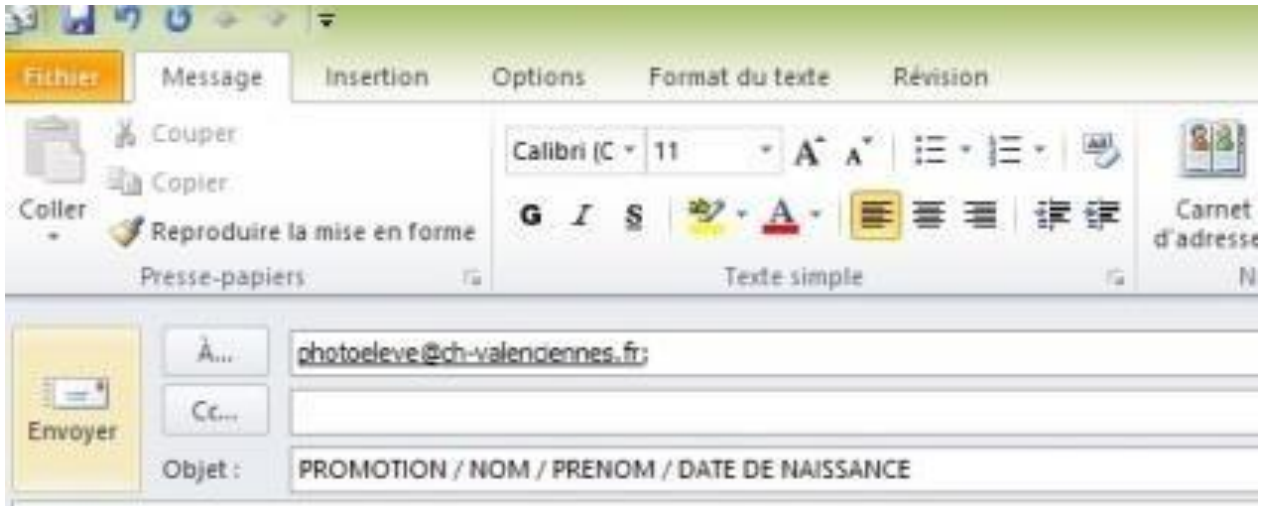
**Exemple : DUPONT Martin > dupont.mar5914**

Veillez sélectionner en extension d'adresse e-mail « mailo.com »

6. Cliquez sur « Vérifier la disponibilité de l'adresse e-mail ». Un message vous confirmera si l'adresse est disponible  
**L'adresse e-mail \*\*\*\*\*.\*\*\*\*\*5914@mailo.com est disponible**  
 Les adresses sont disponibles à 98% si elle est indisponible **contactez le secrétariat de l'IFMS** qui vous mettra en contact avec le technicien informatique.
7. Entrez un mot de passe, votre mot de passe doit compter entre 6 et 60 caractères. Les chiffres, les lettres majuscules et minuscules et les caractères spéciaux sont autorisés, mais pas les espaces.
8. Entrez une question de sécurité en cas d'oubli du mot de passe, puis une réponse. Indiquez une adresse email de secours.
9. Remplissez les informations de votre profil (NOM, Prénom, Date de naissance et Sexe).  
  
**ATTENTION : la partie « S'il s'agit d'un changement d'adresse e-mail » ne doit pas être remplie.**
10. Validez le code de sécurité dans l'image et cochez la case d'acceptation des conditions d'utilisation.
11. Validez-en cliquant sur le bouton « Valider »

**Votre adresse e-mail est créée.**

## **Procédure d'envoi de la photo pour la carte Professionnelle caducée**



1. À partir de l'adresse email créée en annexe 1, envoyez votre photo à [photoeleve@ch-valenciennes.fr](mailto:photoeleve@ch-valenciennes.fr)
2. Dans l'objet du mail, précisez PROMOTION/NOM/PRENOM/DATE DE NAISSANCE
3. Joindre 1 photo d'identité en format **JPEG**

**Uniquement ces formats, avec une taille minimale de 1500 x 1500 pixels.**

Attention, si votre photo n'est pas conforme à la demande ci-dessus, vous serez contacté sur votre adresse e-mail mailo

Surveillez donc vos courriels.

Cette carte professionnelle vous permet :

- L'accès à l'IFMS
- L'accès au SELF
- L'activation des entrées lors de vos stages au CHV



## FICHE D'INSCRIPTION

(MERCI D'ECRIRE LISIBLEMENT EN MAJUSCULE)

Nom :

Nom marital :

Prénom :

Né(e) le :

à :

Département :

Nationalité :

N° de Sécurité Sociale : \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Portable : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_      Fixe : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Email personnel :

Email professionnel :

Personne à contacter en cas d'urgence:



## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>IDENTITE</b>  | Nom de naissance  |  |
|  | Nom d'usage   |  |
|  | Prénom principal  |  |
|  | Prénom 2  |  |
|  | Prénom 3  |  |
|  | Date de naissance   |  |
|  | Code postal de naissance  |  |
|  | Téléphone portable  |  |
|  | Téléphone fixe  |  |
|  | Courriel  |  |
|  | Adresse   |  |
|  | Code postal   |  |
|  | Commune   |  |
|  | Numéro de sécurité sociale  |  |
| <b>SITUATION A L'ENTREE EN FORMATION</b>                           | <input type="checkbox"/> à la recherche d'un emploi<br><input type="checkbox"/> en activité<br><input type="checkbox"/> en poursuite d'études   |  |
| <b>STATUT A L'ENTREE EN FORMATION</b>                              | <input type="checkbox"/> activités bénévoles (engagement citoyen)<br><input type="checkbox"/> agent consulaire<br><input type="checkbox"/> apprenant en formation de parcours initial<br><input type="checkbox"/> fonctionnaire<br><input type="checkbox"/> intermittent du spectacle<br><input type="checkbox"/> non connu<br><input type="checkbox"/> Personne en Contrat de Sécurisation Professionnelle<br><input type="checkbox"/> Travailleur en ESAT<br><input type="checkbox"/> Travailleur non Salarié<br><input type="checkbox"/> Autre |  |
| <b>TYPE DE CONTRACTUALISATION</b>                                  | <input type="checkbox"/> CDD Contrat à durée déterminée<br><input type="checkbox"/> CDI Contrat à durée indéterminée<br><input type="checkbox"/> Contrat d'apprentissage (alternance)<br><input type="checkbox"/> Contrat de professionnalisation (alternance)<br><input type="checkbox"/> Contrat de Sécurisation professionnelle (CSP)<br><input type="checkbox"/> Intérimaire (mission d'intérim)  |  |
| <b>SITUATION A L'ENTREE EN FORMATION (hors poursuite d'études)</b> | Année de sortie de formation initiale   |  |
|  | Dernier employeur ou emploi occupé  |  |
|  | Date de fin ou de rupture de contrat  |  |
|  | Motif de fin de contrat   |  |
|  | Secteur d'activité du candidat  |  |

|  |   |   |
|--|---|---|
| <b>DEMANDEUR D'EMPLOI</b><br>Situation à l'entrée en formation       | Date d'inscription à Pôle Emploi          |   |
|  | Numéro d'identifiant Pôle Emploi          |   |
|  | Demandeur d'emploi indemnisé?             | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON   |
| <b>SALARIE</b><br>Situation à l'entrée en formation                  | Siret de l'employeur                      |   |
|  | Catégorie socio-professionnelle           | <input type="checkbox"/> agriculteurs exploitants<br><input type="checkbox"/> artisans, commerçants, chefs d'entreprise<br><input type="checkbox"/> cadres et professions intellectuelles supérieures<br><input type="checkbox"/> employés<br><input type="checkbox"/> ouvriers<br><input type="checkbox"/> professions intermédiaires  |
|  | Particulier employeur                     | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON   |
|  |   | N°URSSAF  |
|  | Raison sociale de l'employeur             |   |
|  | Ville de l'employeur                      |   |
| <b>SALARIE EN APPRENTISSAGE</b><br>Situation à l'entrée en formation | Date de début du contrat d'apprentissage  |   |
|  | Date de fin du contrat d'apprentissage    |   |
| <b>CARACTERISTIQUES</b>  | Titulaire RQTH                            | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON   |
|  | Niveau scolaire à l'entrée en formation   | <input type="checkbox"/> 1ère ou 2ème année de DEUG, DUT, BTS école des formations sanitaires et sociales<br><input type="checkbox"/> 2de, 1ère ou 2ème année de CAP ou BEP<br><input type="checkbox"/> 3ème ou 1ère année de CAP BEP<br><input type="checkbox"/> classes de 2ème ou 3ème cycle de l'enseignement supérieur<br><input type="checkbox"/> terminale   |
|  | Niveau de certification maximum au moment | <input type="checkbox"/> Niveau 1 (sans niveau spécifique)<br><input type="checkbox"/> Niveau 2 (sans diplôme ou Diplôme du Brevet)<br><input type="checkbox"/> Niveau 3 (CAP,BEP,...)<br><input type="checkbox"/> Niveau 4 (BP, BT, bac pro ou techno)<br><input type="checkbox"/> Niveau 5 (BTS, DUT, etc...)<br><input type="checkbox"/> Niveau 6 (licence, master1)<br><input type="checkbox"/> Niveau 7 (Grade master)<br><input type="checkbox"/> Niveau 8 (Doctorat, etc...) |

**FICHE INDIVIDUELLE A FAIRE COMPLETER PAR L'ETUDIANT**  
Formation aux professions sanitaires

Ministère des finances et des comptes publics  
Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes  
Ministère du travail, de l'emploi de la formation professionnelle et du dialogue social

|                                      |                      |         |            |
|--------------------------------------|----------------------|---------|------------|
| Ecole / Institut de formation :      | IFMS CH VALENCIENNES |         |            |
| Formation :                          | INFIRMIERE           |         |            |
| Mois et année de la rentrée actuelle | Mois                 | JANVIER | Année 2022 |

|             |  |
|-------------|--|
| Nom Prénoms |  |
|-------------|--|

**QUESTIONS CONCERNANT TOUS LES ETUDIANTS AYANT EFFECTUE UNE RENTREE SCOLAIRE EN 2022**

**Identifiant National Étudiant (INE) ou numéro BEA**  
Ce numéro est précisé sur votre relevé de notes au baccalauréat (B.E.A.) ou sur votre ancienne carte d'étudiant (I.N.E.).

Année de formation  1- 1ère année  2- 2ème année  3- 3ème année

Redoublant en : 2022  OUI  NON

Mois et année de la **1ère entrée** dans la formation suivie actuellement

Mois  Année

Sexe  Féminin  Masculin

Nationalité  Française  Union Européenne  Autre

Date de naissance

**Quel est votre statut actuellement ?** *(cochez une seule case)*

1- Etudiant / élève sans autre statut

2- Apprenti

3- Salarié du privé ou Congé Individuel de Formation (CIF)

4- Agent de la Fonction Publique (titulaire, contractuel ou vacataire) ou Congé de Formation Professionnelle (CFP)

5- Demandeur d'emploi

**De quelles prises en charge financières bénéficiez-vous ?** *(cochez 2 cases au maximum)*

1- Aucune aide financière

2- Etudiants : bourse ou autre aide financière du Conseil Régional

3- Etudiants : bourse d'un Conseil Départemental (ex Conseil Général) ou d'un autre organisme

4- Contrat d'apprentissage

5- Salariés du privé : contrat de professionnalisation

6- Salariés du privé ou agents de la Fonction Publique : contrat aidé

7- Salariés du privé ou agents de la Fonction Publique : formation continue

8- Salariés de la Fonction Publique Hospitalière : promotion professionnelle

9- Congé Individuel de Formation ou Congé de Formation Professionnelle

10- Demandeurs d'emploi (qui bénéficient indemnité chômage/allocation de retour à l'emploi/allocation formation)

11- Allocations d'études (pour les formations en soins infirmiers, en masso-kinésithérapie ou de manipulateur d'électroradiologie médicale)

12- Autre prise en charge

13- Demande de prise en charge en cours

Nom de l'organisme qui vous a versé l'aide financière principale *(si vous bénéficiez d'au moins une aide financière)*

**Votre situation à l'entrée en formation vous a-t-elle permis de bénéficier d'une :**

Dispense partielle de formation suite à VAE ? OUI  NON

Dispense partielle de formation hors VAE ? OUI  NON

(y compris allègement en 1<sup>ère</sup> année ou entrée directe en 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> année par exemple) OUI  NON

**QUESTIONS NE CONCERNANT QUE LES NOUVEAUX INSCRITS EN**

2022

Code du département d'habitation 12 mois avant la formation <sup>1</sup>

Code du département d'habitation à la fin des études secondaires (collège ou lycée)<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Corse : 2A ou 2B,

Départements d'outre-mer : 9A pour Guadeloupe, 9B pour Martinique, 9C pour Guyane, 9D pour Réunion, 9F pour Mayotte

Autres territoires d'outre-mer : 97 pour Saint-Pierre Miquelon et 98 Afrique et terres australes, Wallis et Futuna et Nouvelle Calédonie

99 pour étranger

Avez-vous interrompu vos études pendant plus d'un an pour exercer une activité rémunérée

OUI

NON



Professions de vos parents (ou tuteur) lorsque vous étiez au collège <sup>2</sup>

<sup>2</sup> Attention : il s'agit de la dernière profession exercée pour les parents retraités, décédés ou en recherche d'emploi.

Cette donnée sociologique nous est très précieuse pour étudier les transformations des filières du sanitaire et social et de nombreux chercheurs dans ce domaine attendent de pouvoir l'analyser.

Elle nous est utile même dans le cas où vous êtes marié(e) ou bien êtes vous-même devenu(e) parent.

Cocher une seule case par colonne, en vous référant au tableau des professions ci-dessous

| Père  | Mère  | Tuteur  |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1- Agriculteur                                     | <input type="checkbox"/> 1- Agriculteur                                     | <input type="checkbox"/> 1- Agriculteur                                     |
| <input type="checkbox"/> 2- Artisan, commerçant et chef d'entreprise        | <input type="checkbox"/> 2- Artisan, commerçant et chef d'entreprise        | <input type="checkbox"/> 2- Artisan, commerçant et chef d'entreprise        |
| <input type="checkbox"/> 3- Cadre et profession intellectuelle du supérieur | <input type="checkbox"/> 3- Cadre et profession intellectuelle du supérieur | <input type="checkbox"/> 3- Cadre et profession intellectuelle du supérieur |
| <input type="checkbox"/> 4- Profession intermédiaire                        | <input type="checkbox"/> 4- Profession intermédiaire                        | <input type="checkbox"/> 4- Profession intermédiaire                        |
| <input type="checkbox"/> 5- Employé   | <input type="checkbox"/> 5- Employé   | <input type="checkbox"/> 5- Employé   |
| <input type="checkbox"/> 6- Ouvrier   | <input type="checkbox"/> 6- Ouvrier   | <input type="checkbox"/> 6- Ouvrier   |
| <input type="checkbox"/> 7- Inactif (n'a jamais travaillé)                  | <input type="checkbox"/> 7- Inactif (n'a jamais travaillé)                  | <input type="checkbox"/> 7- Inactif (n'a jamais travaillé)                  |

Tableau des professions :

| Liste détaillée   | Liste simplifiée                                | Code |
|---|---|------|
| Agriculteur exploitant  | Agriculteur                                     | 1    |
| Artisan<br>Commerçant et assimilé<br>Chef d'entreprise de dix salariés ou plus  | Artisan, commerçant et chef d'entreprise        | 2    |
| Profession libérale<br>Cadre de la fonction publique<br>Professeur et assimilé<br>Profession information, arts, spectacles<br>Cadre administratif et commercial d'entreprise (1)<br>Ingénieur- cadre technique d'entreprise | Cadre et profession intellectuelle du supérieur | 3    |
| Instituteur et assimilé<br>Profession intermédiaire santé-travail social (2)<br>Clergé, religieux<br>Profession intermédiaire adm.-commerce-entr;<br>Technicien<br>Contremaître, Agent de maîtrise                          | Profession intermédiaire                        | 4    |
| Employé civil-Agent service fonction publique (3)<br>Policier et militaire<br>Employé administratif d'entreprise (4)<br>Employé de commerce (5)<br>Person. service direct aux particuliers (6)                              | Employé   | 5    |
| Ouvrier qualifié<br>Ouvrier non qualifié<br>Ouvrier agricole  | Ouvrier   | 6    |
| Père (ou mère) n'ayant jamais travaillé   | Inactif   | 7    |

(1) Cadre chargé d'études économiques, du recrutement, de la formation, de gestion courante des services financiers, chef de produit, cadre de banque, d'assurance...

(2) Infirmier, puéricultrice; sage-femme, rééducateur, préparateur en pharmacie, assistante sociale, éducateur, conseiller familial...

(3) Agent de la Poste, des impôts, du Trésor, des Douanes, aide soignant, agent de service hospitalier ...

(4) Secrétaire, dactylo, opératrice de saisie, standardiste, employé de service comptable, financier ou juridique, employé de banque, d'assurance, hôteesse d'accueil ...

(5) Vendeur en gros de biens d'équipements, en alimentation, en ameublement, photos, employé de libre service, caissier de magasin, pompiste...

(6) Employé dans la restauration, coiffeur, esthéticien, assistante maternelle, employé de maison, gardien d'immeuble, technicien de l'intervention sociale et familiale ...

|  |                                |
|--|--------------------------------|
| <b>Situation principale avant la première entrée dans l'établissement de formation</b>   |                                |
|  | <i>(cochez une seule case)</i> |
| <input type="checkbox"/> 0- Autre formation sanitaire que celle suivie actuellement<br><input type="checkbox"/> 1- Etudes secondaires (niveau inférieur ou égal au baccalauréat)<br><input type="checkbox"/> 2- Formation préparatoire à l'entrée dans la formation actuelle<br><input type="checkbox"/> 3- Première année d'études de santé en Faculté de médecine<br><input type="checkbox"/> 4- Etudes supérieures (hors classe de préparation à la formation actuelle)<br><input type="checkbox"/> 5- Emploi dans le secteur sanitaire, social ou médico-social<br><input type="checkbox"/> 6- Emploi dans un autre secteur<br><input type="checkbox"/> 7- Suivi de la même formation dans un autre établissement<br><input type="checkbox"/> 8- Participation à un dispositif de formation professionnelle destiné aux personnes à la recherche d'un emploi ou d'une qualification<br><input type="checkbox"/> 9- Chômage<br><input type="checkbox"/> 10- Inactivité liée à la maladie ou à la maternité<br><input type="checkbox"/> 11- Autres cas d'inactivité (pour élever un enfant, ...) |                                |
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>       |

|  |                                |
|--|--------------------------------|
| <b>Niveau d'études (jusqu'au bac) ou diplôme le plus élevé (à partir du bac) lors de l'accès à la formation</b>  |                                |
|  | <i>(cochez une seule case)</i> |
| <input type="checkbox"/> 1- Cycle d'études primaires ou niveau 6e, 5e, 4e<br><input type="checkbox"/> 2a- BEP carrières sanitaires et sociales (niveau ou diplôme)<br><input type="checkbox"/> 2b- BEPA services aux personnes<br><input type="checkbox"/> 2c- BEPC (niveau ou diplôme)<br><input type="checkbox"/> 3- Autres BEP, CAP ou fin 2nde ou 1ère<br><input type="checkbox"/> 4- Niveau fin terminale<br><input type="checkbox"/> 6- Baccalauréat<br><input type="checkbox"/> 8- Equivalence Baccalauréat (DAEU...) ou titre/diplôme de niveau IV<br><input type="checkbox"/> 9- BTS<br><input type="checkbox"/> 10- DUT ou niveau de bac+2 à caractère professionnel<br><input type="checkbox"/> 11- DEUG, DEUST (L2)<br><input type="checkbox"/> 12- LICENCE (L3)<br><input type="checkbox"/> 13- MASTER 1 / MAITRISE<br><input type="checkbox"/> 14- MASTER 2 / DESS, DEA<br><input type="checkbox"/> 15- DOCTORAT |                                |
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>       |

|   |  |
|---|--|
| <b>Série de baccalauréat</b><br><i>(cochez une seule case)</i><br><input type="checkbox"/> 1- Série L (A)<br><input type="checkbox"/> 2- Série ES (B)<br><input type="checkbox"/> 3- Série S (C, D, D', E)<br><input type="checkbox"/> 4- Série STI2D et STD2A (F1A, F1E, F2, F3, F4, F9, F10A&B, F12)<br><input type="checkbox"/> 5- Série STL (F5, F6, F7, F7')<br><input type="checkbox"/> 6- Série STMG (STG, STT, G, H)<br><input type="checkbox"/> 7- Série STAV (STPA, STAE)<br><input type="checkbox"/> 8- Série ST2S (SMS, F8)<br><input type="checkbox"/> 9- Série Hôtellerie<br><input type="checkbox"/> 10- Séries TMD (F11, F11')<br><input type="checkbox"/> 11- Baccalauréat professionnel ASSP, ou SAPAT<br><input type="checkbox"/> 12- Autre baccalauréat professionnel<br><input type="checkbox"/> 13- Baccalauréat étranger | <b>Diplôme professionnel du secteur sanitaire ou social déjà obtenu</b><br><i>(cochez une seule case)</i><br><input type="checkbox"/> 1- Aucun diplôme sanitaire ou social<br><input type="checkbox"/> 2- Diplôme du secteur social ou médico-social<br><input type="checkbox"/> 3- Ambulancier<br><input type="checkbox"/> 4- Infirmier<br><input type="checkbox"/> 5- Sage-femme<br><input type="checkbox"/> 6- Masseur-kinésithérapeute<br><input type="checkbox"/> 7- Technicien de laboratoire médical<br><input type="checkbox"/> 8- Aide-soignant<br><input type="checkbox"/> 9- Pédiacre-podologue<br><input type="checkbox"/> 10- Manipulateur d'électroradiologie médicale<br><input type="checkbox"/> 11- Ergothérapeute<br><input type="checkbox"/> 12- Psychomotricien<br><input type="checkbox"/> 13- Auxiliaire de puériculture<br><input type="checkbox"/> 14- Préparateur en pharmacie hospitalière<br><input type="checkbox"/> 15- Autre diplôme sanitaire |
| Année d'obtention du baccalauréat <input style="width: 50px;" type="text"/>   | <input type="checkbox"/>   |

|  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <b>A REMPLIR PAR L'ETABLISSEMENT</b>                     |                          |                          |
| Sorti de la formation en 2017 en ayant obtenu le diplôme | OUI                      | NON                      |
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à recenser les étudiants inscrits dans les formations du secteur sanitaire. Les destinataires des données sont : votre établissement de formation, la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS), l'Agence Régionale de Santé (ARS), les Ministères des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, des finances et des comptes publics, le ministère chargé du travail et de l'emploi, le ministère en charge de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur. Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978, 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 vous adresser à votre direction. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.





## ATTESTATION MEDICALE

**TEXTES DE REFERENCE :**

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 L3111.4 du code de la santé publique.

Arrêté du 2 Août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'Article L3111.4 du code de la santé publique

Décret du 27 Février 2019 modifiant le décret n° 2007-1111 du 17 Juillet 2007 relatif à l'obligation vaccinale par le vaccin antituberculeux BCG

Arrêté du 12 avril 2021 portant diverses modifications relatives aux conditions d'accès aux formations conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture)

Je soussigné(e) : ..... Docteur en médecine, certifie que :

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille (*obligatoire pour les femmes mariées*) : .....

Date de naissance : .....

En Formation :  aide-soignant

**A été vacciné(e) :**
**1/ Contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite : OBLIGATOIRE POUR ENTRER EN FORMATION**

| Dernier rappel effectué |      |        |
|-------------------------|------|--------|
| Nom du vaccin           | Date | N° Lot |
|                         |      |        |

**2/ Contre l'hépatite B : OBLIGATOIRE POUR ENTRER EN FORMATION**
**Selon les conditions définis au verso.**

Immunisé(e) contre l'hépatite B

**OU**

Non répondeur (se) présumé(e) avec surveillance annuelle des marqueurs sériques de l'hépatite B

**3/ La vaccination par le BCG n'est plus obligatoire (décret n° 2019-149 du 27 Février 2019 modifiant le décret n° 2007-1111 du 17 Juillet 2007 relatif à l'obligation vaccinale par le vaccin antituberculeux BCG)**

Cependant, le résultat d'une IDR est à référencer ci-dessous si vous en avez déjà réalisé une (en cas de contact avec le bacille de la tuberculose)

| IDR à la tuberculine | Date | Résultat (en mm) |
|----------------------|------|------------------|
|                      |      |                  |

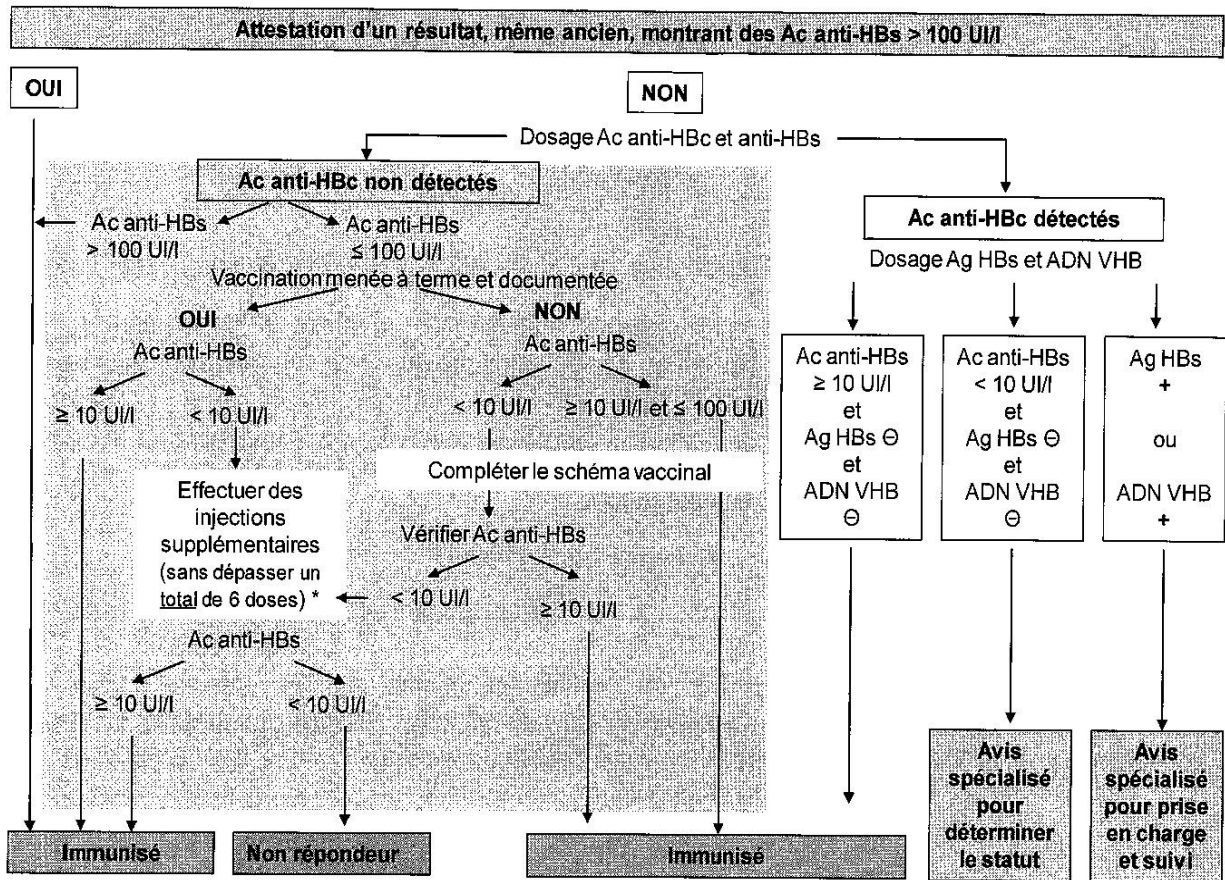
Date :

Signature et cachet du médecin :

L'attestation ne peut être annotée « **en cours de vaccination** ».

**Les vaccinations doivent être réalisées** complètement pour l'entrée en Formation.

**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

**Textes de référence**

- Articles L.3111-1, L.3111-4 et L.3112-1 du code de la santé publique (CSP)
- 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 vaccinal en vigueur (cf. Site du ministère chargé de la santé : <http://www.sante.gouv.fr/vaccinations-vaccins-politique-vaccinale.html> )

## **ATTESTATION MEDICALE MEDECIN AGREE**

Je soussigné(e) : **Dr**.....**médecin agréé**, certifie que :

Nom :.....

Nom de jeune fille (*obligatoire pour les femmes mariées*) :.....

Prénom :.....

Date de naissance :.....

- Présente les aptitudes physiques et psychologiques nécessaires à l'exercice de la profession d'aide-soignant

**Date** : .....

**Signature** :.....

**Cachet** :

## MEDECINS AGREES GENERALISTES

### ARRONDISSEMENT DE VALENCIENNES

Mise à jour le 03 novembre 2021

|  |  |   |
|--|--|---|
| <p>Docteur Marie-Christine ANSART<br/>Maison médicale d'Haulchin<br/>471 Avenue de l'europe<br/>59121 HAULCHIN<br/>☎ 06.10.48.08.45</p>              | <p>Docteur Joël DHERBECOURT<br/>5 Rue Mathieu Dumoulin<br/>59230 SAINT-AMAND-les-EAUX<br/>☎ 03.27.21.67.67</p> | <p>Docteur Dominique LEJAY<br/>200 Rue Jean Jaurès<br/>59690 VIEUX CONDE<br/>☎ 03.27.40.47.15</p>                 |
| <p>Docteur Sabiha DEBRAY-BAZI<br/>CRF La Rougeville - Polyclinique du Parc<br/>89 Rue Henri Barbusse<br/>59880 SAINT SAULVE<br/>☎ 07.87.32.00.93</p> | <p>Docteur Christophe GALAND<br/>392 Rue Jean Jaurès<br/>59860 BRUAY SUR L'ESCAUT<br/>☎ 03.27.45.25.38</p>     | <p>Docteur Jean-Pierre LENFANT<br/>5 Rue Mathieu Dumoulin<br/>59230 SAINT AMAND LES EAUX<br/>☎ 03.27.21.67.67</p> |
| <p>Docteur Frédéric DEHAUT<br/>135 Rue Castiau<br/>59690 VIEUX CONDE<br/>☎ 03.27.21.82.82</p>  | <p>Docteur Véronique GUISLAIN<br/>69, avenue Saint Roch<br/>59300 VALENCIENNES<br/>☎ 03.27.49.53.05</p>        | <p>Docteur Gilles MERCIER<br/>34 Rue du Maréchal Soult<br/>59970 FRESNES SUR ESCAUT<br/>☎ 03.27.25.90.89</p>      |
| <p>Docteur Hugo DEVRIES<br/>Maison médicale d'Haulchin<br/>471 Avenue de l'europe<br/>59121 HAULCHIN<br/>☎ 06.03.21.49.30</p>                        | <p>Docteur Didier LEGRAND<br/>70 Bis, rue du Quesnoy<br/>59300 VALENCIENNES<br/>☎ 03.27.29.79.27</p>           | <p>Docteur Marc RIDON<br/>392 Rue Jean Jaurès<br/>59860 BRUAY SUR L'ESCAUT<br/>☎ 03.27.45.25.38</p>               |