

## SÉLECTION POUR L'ADMISSION EN INSTITUT DE FORMATION AIDE-SOIGNANTE

\*\*\*

### DOSSIER D'INSCRIPTION 2024

**Public visé sous condition (Article 12) :**

⇒ VAE

**Rentrée le 26 août 2024**

**Un seul dossier doit être rempli dans l'institut de votre choix :**

- IFAS DINAN**
- IFAS SAINT-MALO**

#### **Adresses postales :**

**IFAS DINAN**

74, rue Chateaubriand  
22100 DINAN  
Tel 02.96.87.63.30  
[secretariat.ifas@ch-dinan.fr](mailto:secretariat.ifas@ch-dinan.fr)

**IFAS SAINT-MALO**

9, rue de la Marne  
35403 SAINT-MALO  
Tél : 02.99.21.20.89  
[ifas@ch-stmalo.fr](mailto:ifas@ch-stmalo.fr)

## CONDITION D'ACCÈS A LA FORMATION - CADRE LÉGISLATIF

**Arrêté du 12 avril 2021** modifié relatif aux conditions d'accès aux formations conduisant aux diplômes d'Etat d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture.

### Art. 12:

- I.** La limite fixée au I de l'article 5 ne s'applique pas aux candidats inscrits dans le cadre de la formation par la voie de l'apprentissage et de la validation des acquis de l'expérience.  
Les instituts de formation concernés s'engagent à garantir la qualité pédagogique de la formation délivrée sous le contrôle de l'agence régionale de santé ainsi que la sécurité de l'accueil en formation des apprenants selon la réglementation en vigueur.
- II.** Un minimum de 20 % des places autorisées par la Région, par institut de formation ou pour l'ensemble du groupement d'instituts de formation, est relevé aux agents relevant de la formation professionnelle continue visés à l'article 11, quels que soient les modes de financement et d'accès à la formation visée.  
Toutefois, lorsque ces personnes accèdent à la formation par la validation des acquis de l'expérience, leur formation est comptabilisée hors capacité d'accueil conformément au premier alinéa du I du présent article. Les places non pourvues sont réattribuées aux autres candidats relevant de l'article 5.

**Article 8 ter** - - (créé par Arrêté du 12 avril 2021-art.1)

« **L'admission définitive (dans un institut de formation d'aides-soignants) est subordonnée :**

1. A la production, au plus tard le jour de la rentrée, d'un **certificat médical émanant d'un médecin agréé par l'ARS** attestant que le candidat n'est atteint d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession à laquelle il se destine.
2. A la production, avant la date d'entrée au premier stage, **d'un certificat médical attestant** que l'élève remplit les obligations d'immunisation et de vaccinations prévues par l'article L.3111-4 du code de la santé publique). »

Les 2 certificats à compléter vous sont transmis **dans ce dossier d'inscription, afin de vous organiser dès maintenant.**

**N'attendez pas l'admission pour prendre contact avec votre médecin traitant car  
6 mois sont à prévoir pour effectuer le protocole complet des vaccinations**

## COMMUNICATION DES RÉSULTATS

Affichage des résultats, le vendredi 5 juillet 2024 à 14 heures au siège de l'institut de formation et publication sur internet, dans le respect des conditions en vigueur de communication des données personnelles des candidats.

**Chaque candidat est informé personnellement par mail et par courrier. Il dispose d'un délai de sept jours ouvrés pour valider son inscription en institut de formation. Au-delà de ce délai, il est présumé avoir renoncé à son admission.**

## POSSIBILITÉ DE REPORT DE FORMATION

Par dérogation à l'article 8, le directeur de l'institut de formation peut accorder, pour une durée qu'il détermine et dans la limite cumulée de deux ans, un report pour l'entrée en scolarité dans l'institut de formation :

1. Soit, 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, de report d'un contrat d'apprentissage ou pour la garde d'un enfant de moins de quatre ans ;
2. Soit, de façon exceptionnelle, sur la base des éléments apportés par le candidat justifiant de la survenance d'un événement important l'empêchant de débiter sa formation.

Tout candidat bénéficiant d'un report d'admission doit, au moins trois mois avant la date de rentrée prévue, confirmer son intention de reprendre sa scolarité à ladite rentrée.

## COÛT ET FINANCEMENT DE LA FORMATION

Le coût de scolarité 2024/2025 sera en lien avec les modules à valider. Vous pouvez demander un devis à l'IFAS selon votre situation.

Les financements :

- Financement employeur, promotion professionnelle, Transitions pro, OPCO,..
- Financement Compte Personnel de Formation (CPF),
- Financement personnel...

### Formation partielle par Module (Post VAE)

#### Règle de dégressivité :

**Les 2 modules les plus chers seront facturés à 100 % puis 50 % pour les suivants.**

		Tarif TTC	Heures théoriques
Bloc 1	Module 1 – Accompagnement d'une personne dans les activités de sa vie quotidienne et de sa vie sociale (Module spécifique AS)	1 950,00 €	147
	Module 2 – Repérage et prévention des situations à risque (Module spécifique AS)	280,00 €	21
Bloc 2	Module 3 – Evaluation de l'état clinique d'une personne (Module spécifique AS)	1 020,00 €	77
	Module 4 – Mise en œuvre des soins adaptés, évaluation et réajustement (Module spécifique AS)	2 410,00 €	182
	Module 5 – Accompagnement de la mobilité de la personne aidée	460,00 €	35
Bloc 3	Module 6 – Relation et communication avec les personnes et leur entourage	930,00 €	70
	Module 7 – Accompagnement des personnes en formation et communication avec les pairs	280,00 €	21
Bloc 4	Module 8 – Entretien des locaux et des matériels et prévention des risques associés	460,00 €	35
Bloc 5	Module 9 – Traitement des informations	460,00 €	35
	Module 10 – Travail en équipe pluri professionnelle, qualité et gestion des risques	930,00 €	70
Hors bloc (obligatoire)	Accompagnement pédagogique individualisé (API) + Suivi pédagogique individualisé des apprenants (SPI) + Travaux personnels guidés (TPG)	1 020,00 €	77

## LISTE DES PIÈCES A FOURNIR

- Fiche d'inscription,
- Photocopie de la carte nationale d'identité, passeport ou carte de séjour en cours de validité (copie recto-verso lisible) ;
- Pour les ressortissants étrangers, un titre de séjour valide à l'entrée en formation,
- Lorsque le niveau de français à l'écrit et à l'oral ne peut être vérifié à travers les pièces produites ci-dessous, au regard notamment de leur parcours scolaire, de leurs diplômes et titres ou de leur parcours professionnel, les candidats joignent à leur dossier une attestation du niveau de langue française requis B2 du cadre européen commun de référence pour les langues du Conseil de l'Europe. A défaut, ils produisent tout autre document permettant d'apprécier les capacités et les attendus relatifs à la maîtrise du français à l'oral,
- Une lettre de motivation manuscrite,
- Un curriculum vitae,
- La copie des originaux de vos diplômes ou titres traduits en français,
- La copie de la délibération du jury VAE mentionnant les modules restant à valider,
- Annexe 1** : prise en charge financière de votre formation,

Selon la situation du candidat :

- Annexe 2** : Financement employeur, attestation d'accord de financement
- Annexe 2 bis** : Engagement de financement personnel

## CALENDRIER ET RESTITUTION DU DOSSIER COMPLET

<b>Début des inscriptions</b>	<b>Vendredi 16 février 2024</b>
<b>Clôture des inscriptions</b>	<b>Lundi 10 juin 2024 - 15h</b> <b>Date et heure limite du dépôt à l'institut</b>
<b>Affichage de l'admission</b>	<b>Vendredi 5 juillet 2024 à 14h (IFAS / internet sauf avis contraire lors de l'inscription)</b>

<ul style="list-style-type: none"><li>⇒ Par voie postale (lettre suivie conseillée) ou</li><li>⇒ Dépôt à l'accueil de l'institut de formation ou</li><li>⇒ Dépôt dans la boîte aux lettres</li></ul>	<b>A l'adresse de l'institut de votre choix :</b>  <b>IFAS DINAN</b> <b>OU</b> <b>IFAS SAINT-MALO</b>
--	---

**Date et heure limite de dépôt du dossier : Lundi 10 juin 2024 – 15h (attention au délai d'expédition)**  
**(Tous dossiers reçus à l'institut après cette date ne seront pas pris en compte)**

## FICHE INSCRIPTION

### RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Civilité : Mme  M.  Non genrée   
 Nom de naissance : .....  
 Nom d'usage : .....  
 Prénoms : .....  
 Age : !\_\_!      Date de naissance : !\_\_!\_\_!\_\_!  
 Lieu de naissance : .....  
 Département de naissance : !\_\_!  
 Pays d'origine : .....  
 Nationalité : .....

**Tél. fixe :** !\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!

**Portable :** !\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!

Situation de famille :

Célibataire  Pacs  Marié(e)  Veuf(ve)

Nombre d'enfants à charge: !\_\_!

N° de sécurité sociale :

!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!

**Mail :**

Statut du candidat :  Scolaire  Employeur  Formation Continue  Pôle Emploi  Autre :  
 Autre à préciser : .....

#### **Adresse du candidat :**

Adresse : .....  
 Adresse (suite) : .....  
 Code postal : ..... Ville : .....  
 Région : ..... Département : .....

J'accepte  Je n'accepte pas

que mon identité paraisse à la publication des résultats sur le site internet IFAS.

**Si « non » : joindre une lettre de demande de non publication de mon identité sur internet.**

### Engagement du candidat

Je soussigné(e) .....  
 - Atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document  
 - Atteste sur l'honneur avoir pris connaissance des dispositions vaccinales obligatoires pour l'entrée en formation

Fait à : ..... le : ..... Signature  
 du candidat :

signature

## ANNEXE 1 : **PRISE EN CHARGE FINANCIERE DE VOTRE FORMATION**

**NOM :** ..... **PRENOM :** .....

**NOM MARITAL :** ..... **Date de naissance :** |\_\_| |\_\_| |\_\_| **Age :** |\_\_|

### **QUI FINANCE VOTRE FORMATION ?**

#### **EMPLOYEUR :**

⇒ Nom de la structure : .....

⇒ Adresse : .....

⇒ Numéro de téléphone : |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_|

⇒ Nom de l'interlocuteur :

Demande en cours - Décision le :

Demande acceptée - Joindre l'accord de prise en charge de la formation (cf annexe 3)

En cas de refus de financement : transmettre à l'institut une demande de report (joindre courrier + justificatif de refus)

#### **Transitions Pro :**

Demande en cours - Décision le :

Demande acceptée - Joindre l'accord de prise en charge

En cas de refus de financement : transmettre à l'institut une demande de report (joindre courrier + justificatif de refus)

#### **OPCO (Unifaf, Uniformation,..) :**

⇒ Indiquer le nom de l'OPCO : .....

Demande en cours - Décision le :

Demande acceptée - Joindre l'accord de prise en charge

En cas de refus de financement : transmettre à l'institut une demande de report (joindre courrier + justificatif de refus)

**COMPTE PERSONNEL DE FORMATION :** Montant : |\_\_\_\_\_, \_\_\_\_| €|

et /ou

**FINANCEMENT PERSONNEL :**  **OUI** (cf annexe 2 bis)  **NON**

(si oui, une convention de formation vous sera adressée)

**Autre (précisez) :** .....

**ANNEXE 2 :**  
**ENGAGEMENT DE FINANCEMENT PAR L'EMPLOYEUR**

Je soussigné(e), .....

Directeur de l'établissement : .....

Nom : .....

Adresse : .....

.....

Atteste que M. ou Mme .....

salarié(e) de l'établissement, .....

.....

Bénéficiera d'une prise en charge financière pour le coût de la scolarité de la formation aide-soignante 2024 établi par l'IFAS.

Le .....

Cachet et signature,

signature

**ANNEXE 2 BIS:**  
**ENGAGEMENT PERSONNEL**

Je soussigné(e),.....

Nom : .....

Adresse : .....

.....

Confirme prendre en charge le coût de la scolarité de la formation aide-soignante  
2024 établi par l'IFAS.

Le .....,

Signature,

signature

**DOCUMENT À FAIRE REMPLIR AVANT L'ENTRÉE EN FORMATION**

## **Certificat médical d'aptitude**

(à faire compléter **par un médecin agréé\*** par l'ARS du département

Selon l'article 8 ter de l'arrêté du 12 avril 2021)

Je soussigné(e), Docteur ..... **Médecin agréé ARS,**

Atteste que : M./ Mme .....

Né(e) le : !\_\_ !\_\_ ! !\_\_

ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession d'aide-soignant(e).

est à jour de ses vaccinations et immunisé(e)

Fait à ..... , Le .....

Tampon :

Signature :

\*liste disponible sur le site de l'ARS ou de la préfecture de votre département :

<https://www.bretagne.ars.sante.fr/les-medecins-agrees-1>

# DOCUMENT À FAIRE REMPLIR AVANT L'ENTRÉE EN FORMATION

## ATTESTATION MEDICALE D'IMMUNISATION ET DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES des personnes mentionnées à l'article L3111-4 du code de la santé publique

Je soussigné(e), Docteur .....

Certifie que : Nom de naissance ..... Nom d'usage .....

Prénom : ..... Né(e) le...../...../.....

En formation de : .....

Est immunisé(e) :

- Contre la DIPHTERIE, le TETANOS et la POLIOMYELITIS :

Dernier rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N° lot

- Contre l'HEPATITE B, selon les conditions définies au verso, il/elle est considéré(e) comme : *(rayer les mentions inutiles)*

- Immunisé(e) contre l'HEPATITE B :	<b>oui</b>	<b>non</b>
- Non répondeur (se) à la vaccination (après l'administration de 6 doses) :	<b>oui</b>	<b>non</b>
- Nécessitant un avis spécialisé	<b>oui</b>	<b>non</b>

- Par le BCG\*  OUI  NON

Nom du vaccin intradermique ou Monovax®	Date du vaccin	N° lot

\*Un arrêté du 27 février 2019 a **suspendu** l'obligation de vaccination par le BCG.

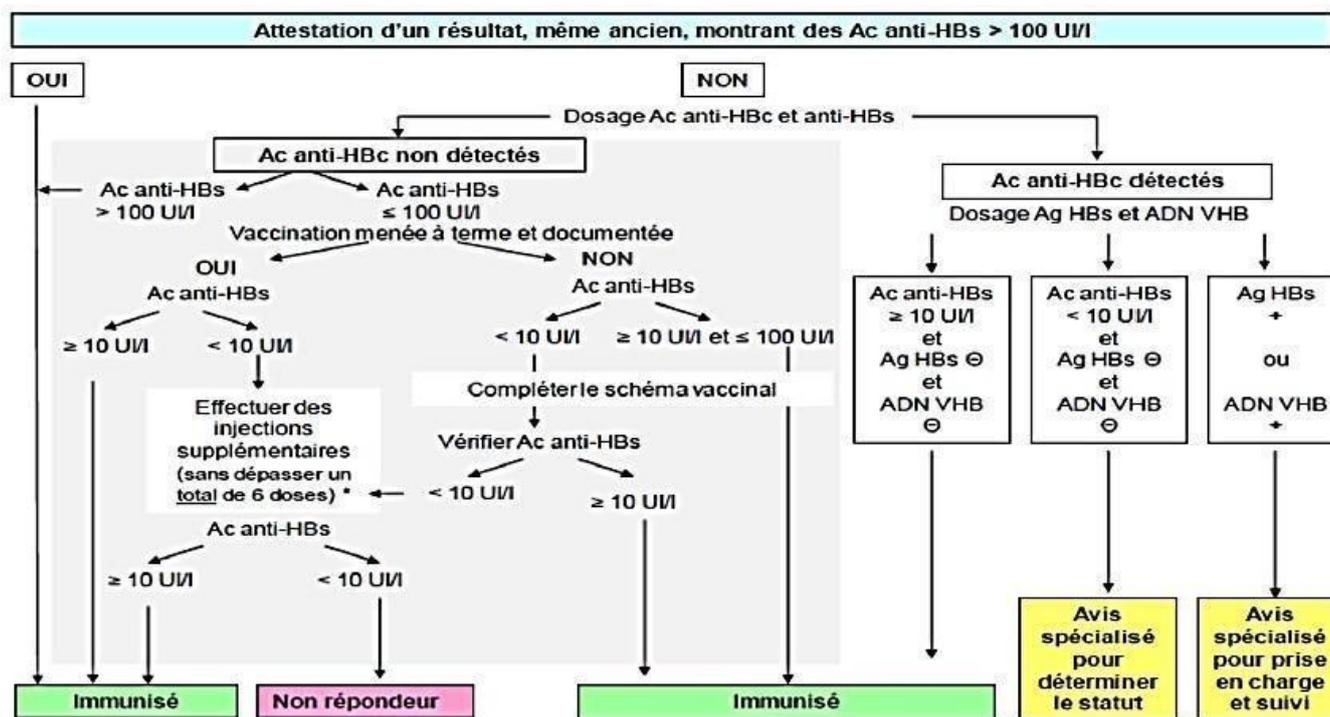
IDR à la tuberculine*	Date	Résultat (en mm)

\*L'IDR de référence est **obligatoire** : Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiques.

**SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN**

**Nota bene** : Selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour les étudiants et professionnels de santé, il est par ailleurs recommandé d'être immunisé contre **la COVID-19, la coqueluche, la rougeole, la rubéole et les oreillons (ROR), la varicelle et la grippe saisonnière**, ainsi que contre l'hépatite A pour les personnes s'occupant d'enfants n'ayant pas atteint l'âge de la propreté (par exemple personnels des crèches, assistants maternels...) et – des structures collectives d'accueil pour personnes handicapées.

**Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des personnes mentionnées à l'article L.311-4 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. [www.vaccination-info-service.fr](http://www.vaccination-info-service.fr))