

4, Boulevard Hauterive 64046 PAU CEDEX

DOSSIER D'ADMISSION
À L'ENTRÉE EN FORMATION AIDES-SOIGNANTS
PROMOTION JANVIER 2023

**Le dossier est à retourner par la poste ou remis au secrétariat.
Au plus tard le 06 janvier 2023**

Calendrier pour la Promotion 2023 - 2023

La date de pré-rentrée obligatoire est fixée au : Jeudi 19 janvier 2023 à 8h45
La date de la rentrée est fixée au : Lundi 23 janvier 2023 à 9 h
Sous réserve de modification en raison de la crise sanitaire.
Dans le cas de modifications, vous serez prévenu par mail.

Contact

Pour toutes questions administratives, pédagogiques
et/ou handicap, veuillez contacter :

SECRETARIAT IFAS

4, Boulevard Hauterive
64046 PAU CEDEX
05.59.92.47.70

Email : ifas@ch-pau.fr

Site internet : <http://www.ch-pau.fr>

Pau, le 21 novembre 2022

OBJET: Dossier d'admission à fournir

Madame, Monsieur,

La pré-rentrée s'effectuera **le jeudi 19 janvier 2023 de 8h45 à 13h** à l'IFAS de Pau.

La rentrée sera **le lundi 23 janvier 2023 à 9 heures** à l'IFAS de Pau.

Sous réserve de modifications en raison de la crise sanitaire et dans ce cas, vous serez prévenu par mail.

Pour faciliter votre venue, vous trouverez le plan d'accès et le stationnement sur le site internet.

Votre inscription en formation aide-soignante à l'IFAS est subordonnée à la production du dossier d'admission au plus tard le 06 janvier 2023 :

Le dossier d'admission est à télécharger sur le site : <https://www.ch-pau.fr>

- Rubrique « **Se Former** »
- **Dossier d'admission IFAS 2023.**

Si vous avez accepté et confirmé une proposition d'admission, **vous avez jusqu'au 06 janvier 2023** pour adresser le dossier administratif d'admission à l'IFAS.

Pour toutes personnes mineures, il est demandé que tous les documents soient obligatoirement signés par l'un des tuteurs légaux.

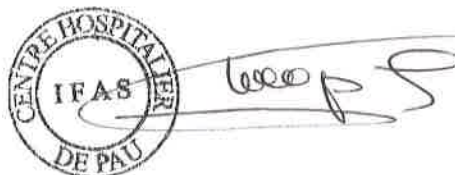
A défaut, vous serez considéré comme ayant renoncé à votre admission et votre place sera redistribuée à un candidat en attente. Il est fortement conseillé de ne pas attendre la date butoir pour adresser votre dossier administratif.

Tenues professionnelles :

Dès la rentrée, les élèves doivent se procurer à leurs frais, 2 tenues professionnelles **de couleur blanche** (tunique + pantalon) pour les cours de travaux pratiques.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, mes salutations distinguées.

Marie THEOPHILE
Directrice des soins
Coordonnatrice Générale
des Instituts de Formation



CONSTITUTION DOSSIER D'ADMISSION RENTRÉE JANVIER 2023

Liste des pièces à fournir:

- Le **pass vaccinal**
- Certificat médical émanant d'un **médecin agréé** (liste délivrée par l'**ARS** de votre département ou sur internet) attestant que vous présentez les aptitudes physiques et psychologiques nécessaires à l'exercice de la profession d'aide-soignant (selon modèle joint)

Toutes vos vaccinations doivent être à jour **AU PLUS TARD le 23 JANVIER 2023**.
L'admission en stage (Février 2023) est subordonnée à ces conditions vaccinales.

- Fiche médicale à renseigner par votre médecin (joindre les résultats sérologiques de l'Hépatite B)
- Copie du carnet de santé
- Fiche d'inscription, complétée et signée, avec photographie d'identité collée.
- Photocopie pièce identité recto verso en cours de validité (carte d'identité ou passeport)
- Chèque de 100 euros à l'ordre du Trésor Public
- Demande d'aménagement des épreuves pour un handicap
- Charte de déontologie utilisée lors des séances de simulation
- Autorisation droit à l'image
- Fiche de renseignements relatifs à la mise en stage

Selon la situation du candidat :

- Le contrat d'apprentissage signé
- Le certificat de réalisation formation 70h
- La photocopie du diplôme justifiant de l'allègement de la formation

De plus, pour les ressortissants hors UE

- 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-dessus au regard notamment de leur parcours scolaire, de leur diplômes et titres ou de leur parcours professionnel, les candidats joignent à leur dossier une attestation de niveau de langue française égal ou supérieure au niveau B2 du cadre européen commun de référence pour les langues de 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.

FICHE INSCRIPTION
(à renvoyer avec le dossier)

PHOTO
D'IDENTITÉ

NOM : _____
(En majuscules. Pour les femmes mariées nom de jeune fille suivi du nom d'épouse)

Prénoms : _____

Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____

Numéro de Sécurité Sociale : _____

Situation familiale : _____ Nombre d'enfant(s) : _____

Niveau scolaire : _____ Diplôme(s) : _____

Activité(s) salariée(s) et lieu(x) : _____

Adresse personnelle : _____

 _____ Portable : _____ Adresse Mail : _____

☞ PÈRE OU CONJOINT

☞ MÈRE OU CONJOINTE

Nom Prénom : _____ Nom Prénom : _____

Profession : _____ Profession : _____

Adresse professionnelle : _____ Adresse professionnelle : _____

 _____  _____

Position statutaire durant la formation :

- Elève en formation initiale
- Demandeur d'emploi N° Pôle emploi : _____
- Salarié : activité _____ lieux _____

Si salarié, prise en charge de la formation au jour de la rentrée :

- Organisme de financement (TRANSITION PRO, CIF...)
- Employeur _____
- Autres _____

Je, soussigné(e) atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus.

Date : _____ Signature : _____

**CERTIFICAT D'APTITUDE POUR L'ENTRÉE A L'INSTITUT
DE FORMATION AIDE-SOIGNANT**

(à remplir par le médecin agréé par l'ARS)

Elève Aide-Soignant

Je soussigné(e) Docteur

Certifie avoir examiné ce jour
(Lettres majuscules et lisibles)

J'atteste :

- ❖ que cette élève ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession aide-soignant,
- ❖ que cette élève a reçu les vaccinations obligatoires et est en conformité avec l'article L3111-4 du code de la santé publique.

A

Le

Signature et cachet du médecin

- Inscription des étudiants en santé - Fiche médicale à valider par un médecin

Filière universitaire : **NOM :** **NOM de naissance :**
 Médecine **Prénom :** **Date de naissance :** .. / .. /
 Odontologie **Tél. :** **Email :**
 Pharmacie **ou Institut de formation :** **Département de naissance :** **Code postal lieu de résidence :**
 Sage-femme **Année d'admission :** **Commune de naissance ou pays si né(e) à l'étranger :**

Avant votre entrée en formation, vous devez apporter la preuve que vous êtes vacciné(e) contre différents risques infectieux. Si vous n'êtes pas à jour des vaccinations obligatoires, vous ne serez pas autorisé(e) à aller en stage. Les tableaux suivants devront être complétés par votre médecin sauf si le carnet de vaccination électronique a été créé sur www.mesvaccins.net et validé par un professionnel de santé. Cette fiche devra être communiquée, avec les résultats**, en même temps que votre dossier d'inscription (article L3111.4 du Code de la Santé Publique).

Si carnet de vaccination électronique créé et validé par un professionnel de santé : code de partage
 Le médecin n'a rien de plus à compléter. Joindre uniquement les résultats demandés sous pli confidentiel.

Diphtérie-Tétanos-Polio (dTP)* / Diphtérie-Tétanos-Polio-Coqueluche (dTPca)

Rappel dTPca si un vaccin coquelucheux n'a pas été administré dans les 5 dernières années (respecter un délai de 1 mois après le dernier dTP). Lors des rappels à âge fixe (25, 45 et 65 ans), sera réalisé systématiquement un dTPca.

Dernier rappel dTP => Date : .. / .. / Nom : Dernier rappel dTcaP => Date : .. / .. / Nom :

Hépatite B*

Joindre les résultats sérologiques quelle que soit la date**

Rappel des conditions d'immunisation :

- 1) Ac anti-HBs > 100 UI/l (quels que soient l'historique vaccinal et l'ancienneté des résultats)
- 2) Ac anti-HBs ≥ 10 UI/l et Ac anti-HBc négatif (si schéma vaccinal complet)

Les différents schémas complets :

- soit classique (3 doses) : 2 doses à 1 mois d'intervalle, la 3^{ème} au moins 5 mois après la 2^{ème} dose
- soit à l'adolescence (de 11 à 15 ans) : 2 doses espacées de 6 mois } avec un vaccin contre l'hépatite B dosé à 20 µg
- soit accéléré (à titre exceptionnel) : 3 doses en 21 jours, rappel à 1 an }

- Première dose => Date : .. / .. / Nom :
- Deuxième dose => Date : .. / .. / Nom :
- Troisième dose => Date : .. / .. / Nom :
- Injections supplémentaires => Date : .. / .. / Nom :
- => Date : .. / .. / Nom :
- => Date : .. / .. / Nom :

Covid-19*

Antécédent de COVID => Date : .. / .. / Première dose => Date : .. / .. / Deuxième dose => Date : .. / .. / Rappel => Date : .. / .. /

Rougeole-Oreillons-Rubéole (ROR)

Personnes nées avant 1980 :

- Antécédent de rougeole => Date : .. / .. / ...
- Pas d'antécédent de rougeole ou doute => vaccination 1 dose recommandée sans contrôle sérologique préalable

Personnes nées depuis 1980 :

- vaccination 2 doses recommandées quels que soient les ATCD

Schéma vaccinal :

- Première dose => Date : .. / .. / Nom :
- Deuxième dose => Date : .. / .. / Nom :

Varicelle

- Antécédent de maladie
- Pas d'antécédent ou doute

Si pas d'antécédent ou doute => Sérologie à faire

Joindre le résultat**

Si sérologie négative => Vaccination recommandée

- Première dose => Date : .. / .. / Nom :
- Deuxième dose => Date : .. / .. / Nom :

Méningocoque C

Vaccination recommandée jusqu'à l'âge de 24 ans inclus => Date : .. / .. / Nom :

Tuberculose (vaccination non obligatoire à compter du 1^{er} avril 2019) recueillir uniquement des éléments ci-dessous

BCG

=> Date : .. / .. /

Test tuberculinique (IDR) quelle que soit la date de réalisation

(une valeur de référence post-vaccinale est indispensable)

- Taille de l'induration en mm :

Je, soussigné Dr _____ certifie que les renseignements inscrits ci-dessus sont exacts.

Fait le :

Signature et cachet du praticien :

* Obligatoire

** Nous vous rappelons que tous les éléments demandés doivent être joints sous pli confidentiel.

4, Boulevard Hauterive 64046 PAU Cedex

DEMANDE D'AMÉNAGEMENT DES ÉPREUVES POUR UN HANDICAP

Etes-vous en situation de handicap *

OUI

NON

Devez-vous bénéficier d'un accompagnement particulier *

OUI

NON

**Veuillez cocher la case correspondante à votre situation*

Les candidats en situation de handicap peuvent demander lors de leur dépôt de dossier un aménagement des conditions de déroulement du concours d'entrée.

1- Le candidat doit faire la demande d'aménagement auprès d'un médecin agréé par l'ARS Nouvelle-Aquitaine

Médecins agréés des Pyrénées Atlantiques (64°)

https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2020-12/2020_12_28_Liste_med_agrees_Handicap_64.pdf

2- Afin de permettre au médecin agréé de disposer d'une évaluation précise et actualisée de la nature et de la sévérité du handicap présenté, le candidat doit impérativement joindre tous les éléments permettant d'objectiver les difficultés : courriers médicaux récents, bilans récents (orthophonie, psychomotricité, ergothérapie, neuropsychologie, kinésithérapie), ainsi que les modalités du concours et sa durée afin d'adapter l'aménagement avec les difficultés objectivées

Pour chaque concours, les aménagements d'épreuves sont décidés par le jury de concours, après avis du médecin agréé.

Accessibilité aux personnes en situation de handicap

Conformément à la réglementation (Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées / Articles D. 5211-1 et suivants du code du travail), l'institut peut proposer des aménagements (technique, organisationnel et/ou pédagogique) pour répondre aux besoins particuliers de personnes en situation de handicap. Le cas échéant, l'organisme de formation mobilise des compétences externes (Centre de Ressources Formation Handicap Nouvelle-Aquitaine...) et les dispositifs ad-hoc (Accea, Epatech...) pour la recherche de solutions permettant l'accès aux formations.

Le but de cette charte est « d'établir un cadre protégeant le ou les formés, mais aussi les formateurs et les personnes associées dans le cadre des rôles de « patients standardisés », les autres parties prenantes, directes ou indirectes, dans la relation formateur-formé. »¹

Article 1 – Le formateur a reçu une formation professionnelle initiale théorique et pratique apte à créer une compétence d'exercice du métier de formateur.

Article 2 – Confidentialité

- Le formateur est tenu par le secret professionnel. Toute information sur un apprenant est traitée de façon strictement confidentielle sous réserve du respect des lois en vigueur. Cette règle de confidentialité est essentielle pour l'établissement d'une relation de confiance sans laquelle le processus de formation ne peut ni commencer, ni perdurer.
- Les apprenants sont tenus au secret professionnel. Ils s'engagent à respecter la confidentialité concernant le scénario et le contenu des échanges de la séance.

Article 3 – Respect de la personne

Les apprenants s'engagent à adopter une attitude bienveillante, de non jugement envers ses pairs, les formateurs et les patients standardisés.

Article 4 – Respect du matériel

Les apprenants s'engagent à respecter le matériel mis à disposition.

Article 5 – Droit à l'image

Les apprenants ont pris connaissance du droit à l'image lors de l'entrée en formation.

Aucun enregistrement n'est réalisé par les formateurs durant les séances de simulation. De plus, les apprenants ne sont pas autorisés à enregistrer les séquences.

Article 6 – Participation des apprenants

Un apprenant se porte volontaire pour exécuter le scénario.

En l'absence de volontaire, la séance de simulation est annulée.

Les apprenants s'engagent à être attentifs lors du déroulé du scénario et participent activement aux échanges lors des séances de débriefing.

Article 7– Tenue

Les apprenants doivent se munir de leur tenue professionnelle pour les séances.

Article 8 – Evaluation de la séance

Les apprenants s'engagent à évaluer la séance de simulation en fin de séance à partir de l'outil proposé par les formateurs.

NOM :

PRENOM :

DATE :

SIGNATURE :

¹ Agence nationale de la recherche. Charte de déontologie. Réf DIR-REG-090309-L01-01. Paris : ANR ; 2009

4, Boulevard Hauterive 64046 PAU Cedex

Droit à l'image

Institut de Formation Aides-Soignants du CH de Pau

Objet : Droit à l'image

Je soussigné,

Nom : Prénom :

- Autorise, à titre gratuit l'IFAS du CH de Pau
- N'autorise pas l'IFAS du CH de PAU

- à utiliser mon image prise dans le cadre de ma formation pour promouvoir l'IFAS
(projet pédagogique, rapport d'activité, site de l'IFAS...)

Je peux me rétracter à tout moment, sur simple demande écrite à la directrice de l'IFAS.

Je m'engage à ne pas tenir responsable la personne ou structure précitée ainsi que ses représentantes et toute personne agissant avec sa permission pour ce qui relève de la possibilité d'un changement de cadrage, de couleur et de densité qui pourrait survenir lors de la reproduction.

Ce contrat est reconduit de manière tacite chaque année. La présente autorisation est personnelle et incessible et ne s'applique qu'aux supports explicitement mentionnés.

Je déclare avoir 18 ans ou plus et être compétente à signer ce formulaire en mon propre nom. J'ai lu et compris toutes les implications de cette autorisation.

Fait à le.....

Signature :

FICHE DE RENSEIGNEMENTS RELATIFS A LA MISE EN STAGE

(Document interne à l'IFAS, à remplir de façon précise et lisible. Ces informations pourront être actualisées par le bénéficiaire autant que nécessaire)

NOM : PRENOM : AGE :

Si vous avez des enfants, indiquez leur âge :

Adresse personnelle durant vos études (si en cours de recherche – le stipuler) :

Adresses familiales ou autres (préciser le département) :
(Ville à proximité pour petites localités)

Ces adresses peuvent donner la possibilité d'envisager des stages extérieurs (avec accord de l'équipe pédagogique), limiter les frais de déplacement et d'hébergement.

TERRAINS DE STAGES OU SPECIALITES MEDICALES INCOMPATIBLES (ETRE PRECIS SUR LE LIEU ET LE NOM DU SERVICE)

Sont considérés incompatibles les lieux de stage sur les Pyrénées Atlantiques et Hautes Pyrénées où le bénéficiaire a travaillé, un proche du bénéficiaire y travaille, le service est lié à des événements douloureux pour le bénéficiaire.

PERMIS DE CONDUIRE (cocher) : OUI NON EN COURS

MOYEN DE TRANSPORT (cocher) :

Voiture Scooter Moto Vélo Transports en commun

AVEZ-VOUS A CE JOUR UN PROJET PROFESSIONNEL ET/OU DE SPECIALISATION :

- PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP EHPAD MÉDECINE/CHIRURGIE SSIAD
- INFIRMIER ASSISTANT DE SOIN EN GERONTOLOGIE AUXILIAIRE DE PUERICULTURE
- ACCOMPAGNANT EDUCATIF ET SOCIAL AUTRES : ...

4, Boulevard Hauterive 64046 PAU Cedex

BOURSES

INFORMATION

- Constitution du dossier en ligne sur le site de la Région Nouvelle-Aquitaine boursesanitaire sociale.fr
- Inscription en attente de date pour la rentrée de janvier 2023