

Dossier d'inscription Administrative

Entrée en IFAS

2026



Formation aide-soignant

Rentrée 2026

Madame, Monsieur,

Vous avez été admis(e) en formation aide-soignant au sein de l'IFAS du Centre Hospitalier de PAU. Il convient à présent de procéder à votre inscription administrative.

Ce dossier est strictement réservé aux candidats admis en IFAS pour la rentrée de Septembre 2026 et ayant accepté définitivement leur place soit à l'issue de la sélection FPC, soit à l'issue de la procédure de sélection initiale.

Le présent document constitue, avec les pièces listées ci-après, votre dossier d'inscription administrative. Il convient de remplir chaque formulaire de manière la plus complète possible.

Procédure à suivre :

1. Imprimer et remplir le dossier **EN RECTO uniquement** et réunir les pièces demandées.
2. Le dossier doit être remis en mains propres, selon les dates et horaires indiqués ci-dessous, ou par voie postale à l'IFAS du CH de PAU. **Votre dossier ne sera enregistré que s'il est déposé complet, tout dossier incomplet sera refusé.**
3. Le dépôt de votre dossier aura lieu sur les périodes suivantes :

Du lundi 6 juillet au vendredi 7 août 2026
de 9h00 à 15h00 uniquement

Attention, pour tout dépôt de dossier en dehors des dates mentionnées, 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.

Composition du dossier

Pour tous les candidats quel que soit le mode de sélection :

Pour finaliser votre inscription, vous devez remettre l'ensemble des formulaires du dossier remplis, accompagnés des pièces ci-dessous.

Merci de respecter l'ordre des pièces listées lors de la remise de votre dossier :

- ☐ 2 photos d'identité : l'une est à coller sur la fiche de renseignements administratifs du dossier, l'autre doit comporter votre nom de naissance, votre prénom au dos
- ☐ Une photocopie de la pièce d'identité en cours de validité (Carte d'identité, Passeport, Titre de séjour autorisant la réalisation de stages). Attention, en cas d'expiration de la pièce en cours de formation, vous devrez obligatoirement en fournir une nouvelle afin d'être présentable au jury de diplomation.
- ☐ Le Formulaire 01 – Renseignements administratifs (page 4)
- ☐ Chèque de 100 € pour les frais d'inscription à l'ordre de « Trésor Public ». Ce chèque doit faire apparaître au dos le nom de naissance et le prénom de l'élève.
- ☐ Chèque de 60 € pour les frais de documentation à l'ordre de « Trésor Public ». Ce chèque doit faire apparaître au dos le nom de naissance et le prénom de l'élève.
- ☐ Le Formulaire 02 – Prise en charge financière (page 6)
- ☐ Le Formulaire 03 – Stages et déplacements (page 7)
- ☐ Le Formulaire 04 – Autorisation image et voix (page 8)
- ☐ Le Formulaire 05 – Attestation de signature (page 9)
- ☐ Le Formulaire 06 – Aménagement d'études (page 10)
- ☐ Le Formulaire 07 – Diplômes / Allègement de formation (page 11)
- ☐ La photocopie du ou des diplômes correspondant au formulaire 07 – Diplômes / Allègement de formation
- ☐ Le Formulaire 08 – Traitement des paiements (page 12)
- ☐ 1 relevé d'identité bancaire (RIB) au nom de l'élève
- ☐ Photocopie du permis de conduire, de la carte grise et du contrat d'assurance du véhicule utilisé. **Attention : Le contrat doit faire apparaître le nom de l'élève en tant que conducteur principal ou secondaire (pas de photocopie de l'attestation « carte verte », mais bien du contrat d'assurance)**
- ☐ Attestation médicale de vaccination et d'immunisation (page 14)
- ☐ Résultats de la sérologie complète de l'hépatite B
- ☐ Certificat médical de vaccination et d'immunisation obligatoires des étudiants en santé (page 15)
- ☐ Certificat médical d'aptitude établi par un Médecin Agréé A.R.S. (page 16)

Selon votre situation :

- ☐ Le contrat d'apprentissage signé

Coller photo

ÉTAT CIVIL

NOM DE NAISSANCE :

NOM D'USAGE :

Prénom :

Né(e) le :/...../..... Ville de Naissance :

Pays de naissance : Nationalité :

COORDONNÉES

Adresse :

.....

Code Postal : Ville :

Téléphone portable :/...../...../...../..... Téléphone fixe :/...../...../...../.....

ADRESSE MAIL (EN MAJUSCULE) :

DONNÉES ADMINISTRATIVES

Numéro de sécurité sociale :

SITUATION FAMILIALE☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Concubinage ou PACS ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf/veuveEnfant(s) à charge : ☐ Oui ☐ Non Nombre : Age(s) :**VOIE D'ADMISSION EN IFAS**☐ Epreuves de sélection☐ ASHQ ou agent de service répondant aux conditions d'ancienneté. Préciser l'ancienneté dans ce grade :☐ ASHQ ou agent de service ayant suivi la formation de 70h00. Préciser l'ancienneté dans ce grade :☐ Sélection spécifique suite à classement et non-admission en IFSI sur la plateforme Parcoursup

CONTACTS UTILES

Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom : Prénom :

Téléphone portable :/...../...../...../..... Téléphone fixe :/...../...../...../.....

Lien avec l'élève :

☐ J'autorise l'établissement à contacter cette personne en cas d'urgence

Personne de confiance pouvant être contactée en cours de formation :

Nom : Prénom :

Téléphone portable :/...../...../...../..... Téléphone fixe :/...../...../...../.....

Adresse mail : Lien avec l'élève :

☐ J'autorise l'établissement à contacter cette personne en cas de besoin au cours de ma formation

PARCOURS

Formation Diplômes obtenus (préciser l'année d'obtention) :

.....
.....
.....

Expérience professionnelle (Préciser les emplois exercés, les type de contrats – CDD, CDI, Fonction publique - et les établissements) :

.....
.....
.....
.....

J'atteste sur l'honneur de l'exactitude des renseignements portés sur le présent formulaire et m'engage à informer l'institut de tout changement de situation.

Fait à : Signature de l'élève
précédée de la mention « lu et approuvé »

le :

Nota Bene : Pour les élèves mineur(e)s, la signature de l'élève doit être complétée par celle de la mère, du père ou du représentant légal.

Prise en charge financière

Ce formulaire est INDISPENSABLE pour la prise en charge du coût de votre formation. Tout renseignement inexacte pourrait entraîner votre engagement à payer le montant TOTAL de votre année de scolarité, soit 8 000 €.

VOUS ÊTES (SÉLECTIONNER ET REMPLIR LA SITUATION QUI VOUS CONCERNE) :

Nom de naissance : Prénom :

☐ **en poursuite de scolarité – pièce à fournir : un certificat de scolarité pour l'année 2025-2026**

Préciser ci-dessous votre situation sur l'année 2025-2026 (enseignement secondaire, études supérieures... classe et filière) :

☐ **demandeur d'emploi – pièce à fournir : attestation d'ouverture des droits datée de moins de 1 mois**

N° d'identifiant France Travail (ex Pôle Emploi) :

Date d'inscription à France Travail :

☐ **en promotion professionnelle – pièce à fournir : justificatif de prise en charge (attestation employeur)**

Etablissement employeur :

Adresse :

Personne à contacter : Tél :

☐ **en congés individuel de formation – pièce à fournir : un justificatif de pris en charge**

Nom de l'organisme :

N° de dossier :

☐ **en situation d'autofinancement – prendre contact avec l'institut pour signer un engagement à payer**

Motif de non-prise en charge :

le :

Signature de l'élève

précédée de la mention « lu et approuvé »

Stages et déplacements

Nom de naissance : Prénom :

MOYENS DE TRANSPORT POUR LES STAGES

Au cours de sa formation, l'élève sera amené à se rendre sur des lieux de stage situés sur le département et dans les départements limitrophes.

Compte-tenu des horaires réalisés lors des périodes de stage, un déplacement en transport en commun ne sera pas forcément possible.

Il est fortement recommandé à l'élève d'être titulaire du permis de conduire à la rentrée de Septembre.

Permis de conduire : ☐ Oui ☐ Non ☐ En cours

Date d'obtention du permis de conduire :

Modèle du véhicule : Couleur :

Immatriculation :

Tout changement de véhicule durant l'année scolaire devra impérativement être signalé au secrétariat.

En cas d'absence de permis de conduire, comment envisagez-vous de vous rendre en stage :

.....

DOMICILIATIONS POSSIBLES

Ces informations permettent d'identifier des possibilités de stage à proximité et de limiter, lorsque cela est possible, les déplacements et frais d'hébergement.

Adresse personnelle durant les études :

.....

Code Postal : Ville :

Autres logements possibles (famille, proche...)

1- Code Postal : Ville :

2- Code Postal : Ville :

3- Code Postal : Ville :

4- Code Postal : Ville :

J'atteste sur l'honneur de l'exactitude des informations renseignées ci-dessus.

J'accepte qu'elles soient prises en compte dans l'organisation et l'attribution de mes stages, notamment pour l'appréciation des conditions de déplacement et d'hébergement.

Je m'engage à informer l'institut de toute modification.

Signature de l'élève

Article 9 du code civil « tout individu jouit d'un droit au respect de sa vie privée ainsi que d'un droit à l'image »
« Tout individu jouit d'un droit au respect de sa vie privée ainsi que d'un droit à l'image. »

Articles L.1110-4, L1412-1 et R 1112-47 du Code de la santé publique :
« Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée. »
« Les journalistes, photographes, démarcheurs et représentants n'ont pas accès aux malades, sauf accord de ceux-ci et autorisation écrite donnée par le directeur. »

Selon la Charte du patient hospitalisé du 2 mars 2006, paragraphe IX :
« L'accès des journalistes et photographes auprès des personnes hospitalisées ne peut avoir lieu qu'avec l'accord exprès des personnes concernées, dans la limite du respect des autres patients et sous réserve de l'autorisation écrite donnée par le directeur de l'établissement. »

En vertu de ces dispositions, la publication ou la reproduction d'une photographie sur laquelle une personne est clairement reconnaissable n'est possible qu'avec son consentement préalable.
Tous manquements à ces dispositions sont sanctionnés par les articles 226-1 à 226-8 du Code pénal.

**Consentement à la fixation, reproduction et exploitation de l'image
ou d'un autre attribut de la personnalité**

Je soussigné(e)

Nom de naissance : Prénom :

Né(e) le :/...../..... à

- ☐ Autorise l'IFAS du CH de Pau
☐ N'autorise pas l'IFAS du CH de PAU

à me filmer, à me photographier, à enregistrer ma voix, à l'occasion de l'élaboration de supports pédagogiques et/ou la participation à des manifestations organisées par l'institut de formation ou l'établissement.

Les photographies et/ou films et/ou audio pourront être exploitées et utilisées par l'institut de formations ou l'établissement, sous toutes formes et tous supports connus à ce jour, réseaux sociaux y compris, de manière totale ou partielle.

La présente autorisation est consentie à titre gracieux, elle s'applique « pour le monde entier » et pour une durée de 15 ans.

Je reconnais que les utilisations prévues ne peuvent porter atteinte à ma vie privée, et plus généralement, ne sont pas de nature à me nuire ou à me causer un préjudice.

Je peux me rétracter à tout moment, par écrit, auprès de la direction de l'institut.

En cas de refus, je suis informé(e) qu'il m'appartient de ne pas me présenter sur les prises de vues (photographies, vidéos) ni aux enregistrements audio. Je reconnais que toute participation volontaire à une prise de vue ou à un enregistrement vaut acceptation de son utilisation dans les conditions définies ci-dessus.

Sous réserve du respect de l'ensemble de ces conditions, je délivre mon consentement libre et éclairé.

Fait le :

Signature de l'élève

précédée de la mention « lu et approuvé »

Attestation de signature



Je soussigné(e)

Nom de naissance : Prénom :

Atteste que la signature ci-dessous servira de référence officielle pour tout document que je serai amené(e) à signer lors de ma formation, notamment les feuilles de présence.

Toute signature autre ne pourra être considérée comme valable.

Fait à :

le :

Signature de l'élève :

SITUATION DE HANDICAP

Êtes-vous en situation de handicap ou présentez-vous des besoins particuliers pouvant nécessiter un aménagement de votre formation ou des conditions d'examens ?

☐ OUI

☐ NON

Si oui, bénéficiez-vous actuellement d'un aménagement ?

☐ OUI

☐ NON

Si oui, précisez :

.....

.....

BESOINS POUR LA FORMATION

Souhaitez-vous bénéficier d'un aménagement dans le cadre de votre formation ?

☐ OUI

☐ NON

☐ J'accepte d'être contacté(e) par un référent handicap de l'institut afin d'étudier ma situation.

Si vous avez exprimé un besoin d'aménagement, votre situation sera étudiée par l'institut.

Selon votre situation, des démarches complémentaires pourront être nécessaires, notamment la transmission de justificatifs ou l'avis d'un médecin agréé, afin de permettre une évaluation adaptée de vos besoins.

Compte tenu des délais nécessaires à l'instruction de certaines démarches (notamment médicales), il est recommandé d'anticiper et d'engager ces démarches dans les meilleurs délais.

L'élève aide-soignant(e) peut, selon sa situation, bénéficier de certains allègements (dispenses) de formation. S'il est titulaire de l'un des diplômes listés ci-dessous, il doit impérativement le mentionner en cochant dans la colonne correspondante, et joindre la copie des diplômes concernés.

Sans transmission de ces documents, il ne pourra prétendre à ces allègements et suivra un parcours de formation complet.

LISTE DES TITRES OU DIPLOMES DONNANT LIEU A DES ALLEGEMENTS

Diplôme d'Etat d'auxiliaire de puériculture	☐ Diplôme obtenu – préciser l'année : ☐ Diplôme en cours d'obtention
Diplôme d'assistant de régulation médicale	☐ Diplôme obtenu – préciser l'année : ☐ Diplôme en cours d'obtention
Diplôme d'Etat d'ambulancier (pas de certificat de capacité d'ambulancier)	☐ Diplôme obtenu – préciser l'année : ☐ Diplôme en cours d'obtention
Baccalauréat professionnel Services aux personnes et aux territoires (SAPAT)	☐ Diplôme obtenu – préciser l'année : ☐ Diplôme en cours d'obtention
Baccalauréat professionnel Accompagnement, soins et services à la personne (ASSP)	☐ Diplôme obtenu – préciser l'année : ☐ Diplôme en cours d'obtention
Titre professionnel d'assistant de vie aux familles (ADVF)	☐ Diplôme obtenu – préciser l'année : ☐ Diplôme en cours d'obtention
Titre professionnel d'agent de service médico-social (ASMS)	☐ Diplôme obtenu – préciser l'année : ☐ Diplôme en cours d'obtention
Diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social (AES)	☐ Diplôme obtenu – préciser l'année : ☐ Diplôme en cours d'obtention
Diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale (AVS)	☐ Diplôme obtenu – préciser l'année : ☐ Diplôme en cours d'obtention
Certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile	☐ Diplôme obtenu – préciser l'année : ☐ Diplôme en cours d'obtention
Mention complémentaire aide à domicile	☐ Diplôme obtenu – préciser l'année : ☐ Diplôme en cours d'obtention
Diplôme d'Etat d'aide médico-psychologique (AMP)	☐ Diplôme obtenu – préciser l'année : ☐ Diplôme en cours d'obtention
Certificat d'aptitude aux fonctions d'aide médico-psychologique	☐ Diplôme obtenu – préciser l'année : ☐ Diplôme en cours d'obtention

Ce formulaire permet d'assurer le traitement et le versement des indemnités au cours de la formation,
merci de le compléter intégralement. Tout dossier incomplet ne pourra être traité.

ÉTAT CIVIL

NOM DE NAISSANCE :

NOM D'USAGE :

Prénom :

Né(e) le :/...../..... Ville de Naissance :

Pays de naissance : Nationalité :

COORDONNÉES

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone portable :/...../...../...../..... Téléphone fixe :/...../...../...../.....

ADRESSE MAIL (EN MAJUSCULE) :

DONNÉES ADMINISTRATIVES

Numéro de sécurité sociale :

SITUATION PROFESSIONNELLE : si agent de la fonction publique

Employeur :

Statut : ☐ Titulaire ☐ Stagiaire ☐ Contractuel

DONNÉES LOGISTIQUES

Véhicule : Puissance fiscale : CV

Signature de l'élève :

Fait à :

le :

Avant votre entrée en formation, vous devez apporter la preuve que vous êtes vacciné(e) contre différentes maladies. Veuillez lire **attentivement** les informations, faites remplir et signer, puis déposer **en même temps que votre dossier d'inscription, les 4 documents suivants** :

- ☐ Attestation médicale de vaccination et d'immunisation
- ☐ Résultats de la sérologie complète de l'hépatite B
- ☐ Certificat médical de vaccination et d'immunisation obligatoires des étudiants en santé
- ☐ Certificat médical d'aptitude établi par un Médecin Agréé A.R.S.

Si vous n'êtes pas à jour des vaccinations obligatoires, vous NE SEREZ PAS AUTORISÉ(E) à aller en stage

Il convient de procéder dans les plus brefs délais aux vaccinations obligatoires et/ou à une sérologie hépatite B avant l'entrée en formation

1

Prenez rendez-vous avec votre médecin traitant ou un autre médecin afin de faire le point sur votre statut vaccinal. Reportez-vous au schéma vaccinal page 16 afin de le mettre à jour.

Votre médecin complètera et signera alors votre **attestation médicale** (page 14) et **votre certificat de vaccination** (page 15).



Concernant la vaccination de l'hépatite B. le schéma vaccinal complet prend du temps (jusqu'à 6 mois). Une fois votre schéma vaccinal complet, faites une **sérologie complète** (1 mois après). Votre entrée en stage est conditionnée à une immunisation à l'hépatite B. Vérifiez votre situation vaccinale en vous reportant au schéma de vaccination page 17.

2

Prenez rendez-vous avec un médecin agréé A.R.S. pour le certificat d'aptitude (page 16).

Attention, un certificat médical établi par un médecin non inscrit sur les listes des médecins agréés entrainerait sa non-conformité.

Liste des médecins agréés : <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/medecins-agrees-11>

Pour les élèves provenant de régions autres que la Nouvelle-Aquitaine, la liste des médecins agréés dans chaque région est accessible depuis les sites des ARS.

L'institut vous conseille de conserver une photocopie de ce certificat.

3

Vérifiez que les 4 documents relatifs à votre situation vaccinale sont **complets et signés** par les médecins.

Déposez ces 4 documents avec votre dossier d'inscription.

Un guide « Suis-je à jour de mes vaccinations ? » est disponible en page 17 de ce dossier

ATTESTATION MEDICALE DE VACCINATION ET D'IMMUNISATION

Données médicales à remplir et à signer par le médecin traitant

VACCINS
OBLIGATOIRES
POUR VOTRE
ENTREE EN
STAGE

VACCIN DTP (Diphtérie - Tétanos – Poliomyélite)		
Dernier rappel dTP	Date	Nom du vaccin

VACCIN HÉPATITE B et Sérologie		
Schéma vaccinal	Date	Nom du vaccin
1 ^{re} injection		
2 ^e injection		
3 ^e injection		
Injection supplémentaire		
Injection supplémentaire		
Injection supplémentaire		
Sérologie Ac anti-HBs (> 10UI/l)	Date	Résultats

- ☐ Immunisé : Ac anti-HBs > 100 UI/l
☐ Immunisé : Ac anti-HBs ≥ 10 UI/l et Ac anti-HBc négatif et schéma vaccinal complet
☐ Immunisé : Ac anti-HBs ≥ 10 UI/l et Ac anti-HBc positif et antigènes HBs négatif
☐ Non répondeur : Ac anti-HBs < 10 UI/l et vaccination complète (jusqu'à 6 doses)
☐ Avis spécialisé requis : Ag HBs positif ou Ac anti-HBc positif isolé

JOINDRE LES RESULTATS DE LA SEROLOGIE COMPLETE DE L'HEPATITE B : AG HBS + AC ANTI HBS + AC ANTI HBC

TUBERCULOSE – IDR à 5 UI de tuberculine récente (de moins de 1 an) lue et mesurée à 72h	
Date	Résultat en <u>millimètre</u> d'induration à 72 heures

Vaccin ROR (Rougeole, Oreillons, Rubéole)		
Schéma vaccinal	Date	Nom du vaccin
1 ^{re} injection		
2 ^e injection		

Coqueluche		
Dernier rappel dTPca	Date	Nom du vaccin

Sont recommandées pour les professionnels de santé, les vaccinations suivantes : grippe, Covid, varicelle.

Je, soussigné(e) Docteur : certifie avoir examiné(e)

Mme / M. (NOM Prénom) : né(e) le :

MAIL : TÉL :

avoir vérifié son statut vaccinal concernant les vaccinations obligatoires et les conditions d'immunisation contre l'hépatite B. Je certifie que les renseignements inscrits ci-dessus sont exacts.

Fait le Cachet et signature du praticien :

A

CERTIFICAT MEDICAL DE VACCINATION ET D'IMMUNISATION OBLIGATOIRE DES ÉTUDIANTS EN SANTÉ

**A compléter et signer par le médecin une fois les obligations vaccinales satisfaites
sans y porter de modification ni annotation**

Demandé dans le cadre de l'admission à l'IFAS du Centre Hospitalier de Pau

Je, soussigné(e) Docteur :

certifie, après examen du dossier médical, que le statut vaccinal de :

Mme / M. (NOM Prénom) :

né(e) le : à

est conforme à toutes les obligations vaccinales et d'immunisation des professionnels de santé en France

mentionnées à l'article L. 3111-4 (selon l'arrêté du 02/08/2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées

à l'article L. 3111-4 du code de la santé publique).

Fait le

A

Cachet et signature du praticien

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE **établi par un Médecin Agréé A.R.S.**

Je, soussigné(e) Docteur :

Médecin Agréé(e) A.R.S. pour le département de :

suite à l'examen pratiqué ce jour, atteste que :

Mme / M. (NOM Prénom) :

né(e) le : à

admis(e) à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant,

ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession et au suivi de la formation.

Fait le

A

Cachet et signature du praticien

Suis-je à jour de mes vaccinations ?

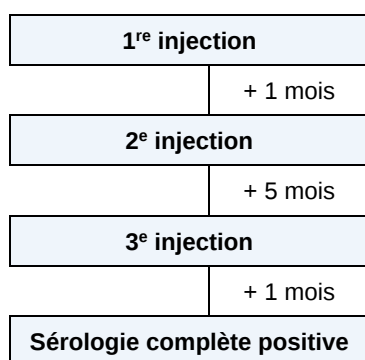
Vaccinations obligatoires (article L3111-4 du code de la santé publique)

DTP ou DTPca (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite) : Rappel à 25, 45 et 65 ans. En cas de rappel nécessaire à 25 ans puis à 45ans, il est recommandé de pratiquer un(e) injection contenant la valence de la coqueluche

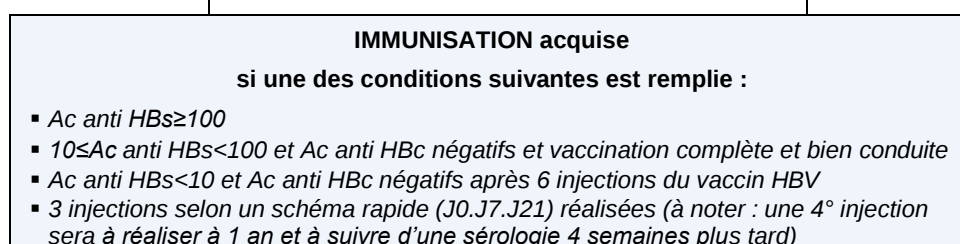
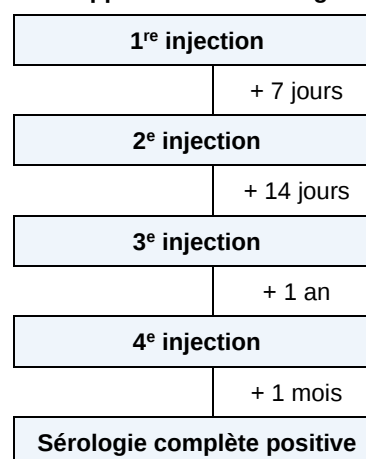
HEPATITE B : Vous devez être vacciné(e) et immunisé(e) contre l'hépatite B en présentant un schéma complet et la sérologie complète. Vérifiez votre situation vaccinale :

1. Vous avez reçu(e) 3 injections du vaccin contre l'hépatite B, faites une sérologie complète et joignez-la au certificat de vaccination. Si le taux d'anticorps anti-HBs est insuffisant (inférieur à 10 UI/l), une ou plusieurs doses supplémentaires seront nécessaires (sans dépasser 6 doses), suivie d'un nouveau contrôle sérologique.
2. Vous n'avez jamais été vacciné(e) contre l'hépatite B, faites le schéma rapide et faites préciser les 3 injections dans votre certificat de vaccination. Dans un an vous aurez à faire et envoyer un rappel et une sérologie complète.
3. Vous êtes en cours de vaccination, compléter le schéma vaccinal conventionnel à 3 doses puis faites une sérologie 4 à 8 semaines après l'administration du vaccin.

SCHEMA CLASSIQUE - 6 mois



SCHEMA RAPIDE – 21 jours + rappel à 1 an + sérologie



TUBERCULOSE : que vous ayez été ou non vaccinés(es), une IDR à 5UI de tuberculine est demandée à l'entrée en formation. Le résultat doit être lu 72 heures après injection et exprimé en millimètre.

Vaccinations recommandées

ROR (Rougeole, Oreillons, Rubéole) : Né avant 1980, l'étudiant non vacciné et sans antécédent connu de ces maladies doit recevoir une dose de vaccin trivalent ROR. Né depuis 1980, l'étudiant doit justifier de deux doses de vaccin trivalent ROR quels que soient ses antécédents vis-à-vis de ces maladies.

COQUELUCHE : Recommandée pour les personnes travaillant en contact étroit et répété avec les nourrissons âgés de moins de 6 mois (maternité, service de néonatalogie et de pédiatrie) et les étudiants des filières paramédicales.

VARICELLE : Recommandée aux personnes sans antécédent de varicelle ou en cas de doute sur leur antécédent dont la sérologie est négative ; en priorité dans les services accueillant des sujets à risque de varicelle grave (services de gynéco-obstétrique, néonatalogie, pédiatrie).

GRIPPE : Fortement recommandée chez les étudiants et professionnels de santé. Administration à l'autonome.

SARS-COV 2 (Covid) : Fortement recommandée chez les étudiants et professionnels de santé.

BESOIN EN MATÉRIELS

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

Il est impératif, pour la durée de votre formation, d'être en possession d'un ordinateur et d'une connexion internet haut débit.

BOURSES D'ÉTUDES

Les élèves admis en formation doivent déposer leur demande en ligne grâce au lien suivant :

<https://boursesanitairesociale.fr>

INFORMATIONS PRATIQUES

Accès en transport en commun :

- Ligne T – Arrêt Gaston Bonheur
- Ligne F (Trambus Fébus) – Arrêt Hôpital François Mitterrand

Accès en véhicule :

- Stationnement gratuit sur parking relais

Restauration :

- Espaces avec tables et micro-ondes
- Self du Centre Hospitalier
- Cafétaria Relai H du Centre Hospitalier



La date de la rentrée est fixée au : 24 août à 09h00

Dans le cas de modification, vous serez prévenu par mail.

Pour toutes questions administratives
veuillez contacter :

SECRÉTARIAT

4, Boulevard Hauterive
64046 PAU CEDEX

05.59.92.47.70

Email : ifas@ch-pau.fr

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