

Tulle le, 9 novembre 2021

Objet :
PRE-RENTREE FORMATION AIDES-SOIGNANTS 2022

Madame, Monsieur,

Je vous prie de trouver ci-joint un dossier d'inscription que vous devez remettre ou adresser obligatoirement au secrétariat dûment complété avant
le VENDREDI 26 NOVEMBRE 2021

TOUTE PIECE MANQUANTE ET/ OU MAL REMPLIE ENTRAINERA LE RETARD OU
L'ANNULATION DE VOTRE INSCRIPTION.

Une pré-rentree à laquelle vous êtes tenu(e) d'assister aura lieu à l'Institut le :

LUNDI 13 DECEMBRE 2021

De 9 H à 13 H

Compte tenu du contexte sanitaire, l'accès à l'institut sera accordé sur présentation du pass sanitaire avec respect strict des mesures barrières (masque obligatoire).

Vous trouverez ci-joint la liste des pièces à adresser concernant votre dossier administratif et votre dossier médical.

Tenues :

Un trousseau de cinq tenues de stage nominatives vous sera confié pour la durée de votre formation. La restitution complète de ce trousseau vous sera demandée en fin de formation. Toute perte ou toute tenue abîmée vous sera facturée à hauteur de 10 € par tenue. Pour les activités de simulation, vous devrez être en tenue de stage.

Logement :

Vous trouverez toutes les informations sur notre site Internet dans la rubrique « L'institut » « Vie étudiante » puis « se loger à TULLE ».

En ce qui concerne votre prise en charge, elle doit être déterminée avant votre entrée en formation :

Pôle Emploi : *Pour une fin de contrat intervenant entre le 01/11/ 19 et le 31/07/2020* inclus, si vous êtes âgé(e) de moins de 53 ans, et que vous avez travaillé 6 mois (soit 130 jours ou 910h) dans les 24 mois qui précèdent la fin de votre dernier contrat de travail ou si vous êtes âgé(e) de 53 ans et plus et que vous avez travaillé 6 mois (soit 130 jours ou 910h) dans les 36 mois qui précèdent la fin de votre dernier contrat de travail.

Directrice des soins
Corinne Lescure

Secrétaires

Sylvette Seigne

Laetitia Ceaux

18, rue du 9 juin
1944
Bp 117
19000 TULLE

Tél : 05.87.49.33.31

- Pour une fin de contrat à partir du 01/08/2020 si vous êtes âgé(e) de moins de 53 ans, et que vous avez travaillé 88 jours ou 610 heures au cours des 24 mois ou si vous êtes âgé(e) 53 ans et plus et que vous avez travaillé 88 jours ou 610 heures dans les 36 mois qui précèdent la fin de votre dernier contrat de travail.

vous devez impérativement dès votre inscription à la formation vous inscrire à Pôle emploi via le site internet www.pole-emploi.fr . Votre dossier devra être constitué avant la rentrée en formation.

Vous devez obligatoirement reporter votre n° identifiant pôle emploi sur la fiche de renseignements ci-contre.

Attestation responsabilité civile :

Cette attestation délivrée par un assureur doit vous permettre une couverture pendant vos stages de formation en services de soins (hôpital, cliniques, EHPAD, etc...) en votre qualité d'élève aide-soignant.

Ces éléments devront être précisés sur la dite attestation.

Bourses :

Si vous souhaitez constituer un dossier de bourse régionale, vous pouvez d'ores et déjà consulter le règlement régional ainsi que procéder à une simulation simplifiée sur le site de la région Nouvelle-Aquitaine : <https://les-aides.nouvelle-aquitaine.fr/amenagement-du-territoire/bourses-detudes-sur-criteres-sociaux-etudiants-en-formationen-sociales-paramedicales-et-de-sante>

Si vous remplissez les conditions vous pourrez saisir en ligne votre demande de bourse courant décembre 2021 ou janvier 2022.

Création adresse mail professionnelle :

Une adresse mail est obligatoire pour bénéficier d'un accès à l'espace numérique de travail dédié au dépôt de cours durant votre formation et diverses applications. Ainsi je vous demande de respecter le modèle suivant pour faciliter notamment les échanges avec les professionnels : `prenom.nom@...` (avec rajout de chiffre autorisé si adresse déjà utilisée).

La rentrée scolaire aura lieu le **LUNDI 3 JANVIER 2022 à 9 h 00** à l'Institut de Formation d'aides-soignants situé sur le campus universitaire au 18, rue du 9 juin 1944 - 19000 TULLE .

En attendant de vous rencontrer, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, mes sincères salutations.

La Directrice

Corinne LESCURE 

**LISTE DES PIÈCES À FOURNIR OBLIGATOIREMENT
AVANT LE 26 novembre 2021**

DOSSIER ADMINISTRATIF :

Case réservée à l'institut
Ne pas remplir

- Fiche de renseignements (toutes les rubriques doivent être renseignées).....
- 2 Photocopies de votre carte d'identité en cours de validité
- Photocopies des diplômes
- Attestation de responsabilité civile qui stipule votre couverture pour un stage de formation professionnelle en votre qualité d'élève aide-soignant
- Photocopie de l'attestation des droits de votre caisse de sécurité sociale
- Création obligatoire d'une adresse mail professionnelle (prenom.nom@...).....

POUR LES DEMANDEURS D'EMPLOI : (Selon la situation)

- Notification d'inscription à pôle emploi
- Numéro matricule pôle emploi
- Notification de rejet et/ou de l'octroi d'une rémunération Pôle emploi

DOSSIER MEDICAL :

- Certificat médical d'aptitude physique et psychologique (A faire établir par un *médecin agréé* - modèle ci-joint)
- Photocopie QR Code - COVID 19
- Fiche médicale (A faire compléter votre médecin traitant - Document ci-joint)
- Radiographie pulmonaire datant de moins de 2 ans



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Toutes les rubriques doivent être renseignées

NOM de naissance : NOM d'usage :

PRENOM : NE(E) le :

à : département : N°

SEXE : Masculin Féminin NATIONALITE :

Mail : N° de TELEPHONE fixe :

Portable : N° de Sécurité Sociale /

ADRESSE PERSONNELLE (ou des parents) :

.....

ADRESSE PERSONNELLE DE L'ELEVE PENDANT SA SCOLARITE :

.....

.....

SITUATION FAMILIALE : Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Pacs
Union libre

Nombre d'enfants à charge : Ages :

Personne(s) à contacter en cas d'urgence

Nom – prénom	Lien de parenté	Adresse	Téléphone fixe et portable

PARCOURS SCOLAIRE Date de sortie du système scolaire :
Dernière classe suivie (dates – établissement - adresse) :

DIPLOMES OBTENUS (Fournir les photocopies)

- Baccalauréat : Série _____ Année : _____
- Autre diplôme : Précisez - année d'obtention et établissement :

ACTIVITES OU SITUATION OCCUPEE AVANT D'ENTRER A L'INSTITUT

Type d'activité ou d'emploi occupé	Dates	Nom Etablissement – Adresse complète -	Type de contrat
	Du au		
	Du au		
	Du au		

SITUATION A L'ENTREE EN FORMATION

1 - POURSUITE DE SCOLARITE : OUI - NON

Si OUI précisez votre situation pour l'année 2020-2021 (enseignement secondaire, études supérieures,...) :

Précisions (classe, filière, université) :

Joindre le certificat de scolarité correspondant.

Dépôt demande bourses sur critères sociaux effectué : OUI - NON

2 – DEMANDEUR D'EMPLOI : OUI - NON

N° identifiant : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_

Date d'inscription à pole emploi : _____/_____/_____

Indemnisation pole emploi OUI - NON

Joindre un document pole emploi attestant de votre situation pole emploi

3 – CONGES INDIVIDUEL DE FORMATION (CIF) OUI - NON

Organisme :

Coordonnées :

Joindre attestation ou convention de prise en charge.

4 – CONGES DE FORMATION PROFESSIONNELLE (CFP) OUI - NON

Organisme :

Coordonnées :

Joindre attestation ou convention de prise en charge.

Institut de formation d'Aides-Soignants- 18, rue du 9 juin 1944 - BP 117 - 19000 TULLE

Tél : 05.87.49.33.31

E.mail : ifsi@ch-tulle.fr / Site : www.ifsi-tulle.fr/  : IFSI-IFAS Tulle Officiel

4 – PROMOTION PROFESSIONNELLE : OUI - NON

Etablissement :

Nom du Directeur : M.

Service :

Adresse

Joindre attestation de prise en charge.

**Le signataire atteste l'exactitude
des renseignements portés sur le
présent document**

Signature de l'élève

**Signature des parents
pour les mineurs**



CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e),

M.....

Médecin agréé, atteste que :

M.....

présente les aptitudes physiques et psychologiques nécessaires à l'exercice de la profession d'aide-soignant(e).

CACHET

DATE :

SIGNATURE

- 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 **Département de naissance :** **Code postal lieu de résidence :**
 Sage-femme **Année d'admission :** **Commune de naissance ou pays si né(e) à l'étranger :**
 étudiant IFSI

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.

Diphthérie-Tétanos-Polio (dTP)* / Diphthérie-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 dTPca => Date : .. / .. / .. Nom :

Hépatite B*

Joindre les résultats sérologiques quelle que soit la date**
 Rappel des conditions d'immunités :
 1) Ao anti-HBs > 100 UI/l (quel que soient l'historique vaccinal et l'ancienneté des résultats)
 2) Ao anti-HBs > 10 UI/l et Ao 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 oral 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

Première dose => Date : .. / .. / .. Deuxième dose => 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 sérologiques préalables
- Personnes nées depuis 1980 :
- vaccination 2 doses recommandées quel 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.



FICHE ELEVE – MEDECINE DU TRAVAIL

ANNEE 2022

MERCI DE COMPLETER LISIBLEMENT EN MAJUSCULE LA PRESENTE FICHE

NOM

PRENOM

DATE DE NAISSANCE

LIEU DE NAISSANCE

DEPARTEMENT DE NAISSANCE (N° et nom)

ADRESSE ELEVE PENDANT LA SCOLARITE

N° TELEPHONE (FIXE et PORTABLE) :

E. MAIL :

Cadre réservé IFAS

DOSSIER MEDICAL :

- Certificat médical d'aptitude physique et psychologique (A faire établir par un **médecin agréé** – (hors médecin traitant) - liste des médecins agréés disponible sur le site de l'Agence régionale en santé – modèle ci-joint)
- Photocopie QR Code COVID 19
- Certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation (A faire compléter votre médecin traitant – Document ci-joint)
- Radiographie pulmonaire datant de moins de 2 ans

Institut de formation d'Aides-Soignants- 18, rue du 9 juin 1944 - BP 117 - 19000 TULLE

Tél : 05.87.49.33.31

E.mail : ifsi@ch-tulle.fr / Site : www.ifsi-tulle.fr/  : IFSI-IFAS Tulle Officiel