



Institut de Formation en Soins Infirmiers
Institut de Formation pour les Aides-Soignants

4 rue de l'ancien calvaire BP 145
62604 BERCK SUR MER Cedex
03 21 09 05 47-secretariat@ifsi-berck.fr

DOSSIER D'INSCRIPTION **FORMATION AIDE-SOIGNANTE**

Rentrée janvier 2025

DOCUMENTS A FOURNIR IMPERATIVEMENT

- ☐ La fiche d'inscription recto-verso complétée et signée avec photo d'identité en couleur (Annexe 1)
- ☐ Une copie de votre carte d'identité recto-verso ou passeport en cours de validité (la date de validité est prolongée de 5 ans si vous étiez majeur au moment de son édition)
- ☐ Une photocopie de vos diplômes (ou relevé de notes du baccalauréat)
- ☐ Un curriculum vitae
- ☐ Une attestation de responsabilité civile, fournie par votre assurance à votre demande, couvrant l'année 2025 avec les garanties spécifiques couvrant les risques professionnels de l'élève aide-soignant, y compris en stage.
- ☐ Une attestation d'inscription à France Travail (avec n° identifiant).
- ☐ Une attestation de droits à la sécurité sociale en cours de validité.
<http://www.ameli.fr>.
- ☐ Pour la fourniture d'un badge individuel d'accès à l'institut valable tout au long de la formation, un chèque de caution de **5 €** à l'ordre de l'Agent comptable du G.C.S avec votre nom et prénom au dos).
- ☐ **Le dossier médical comportant :**
(A fournir impérativement au plus tard le jour de la rentrée)
 - Le certificat médical d'aptitude délivré par un médecin agréé (Annexe 2) : listes par départements disponibles sur le site de l'ARS,
 - L'attestation des obligations vaccinales complétée par le médecin (Annexe 3),
 - Un justificatif en cas de situation de handicap.



Institut de Formation en Soins Infirmiers
Institut de Formation pour les Aides-Soignants

4 rue de l'ancien calvaire BP 145
62604 BERCK SUR MER Cedex
03 21 09 05 47-secretariat@ifsi-berck.fr

FICHE DE RENSEIGNEMENTS (ANNEXE 1)

Nom de naissance : _____ Nom marital : _____

Prénoms : _____

Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____

Département : _____ Pays : _____ Nationalité : _____

Téléphone portable : _____ E-mail personnel : _____

Adresse durant l'année 2025 : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Adresse familiale : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Personne(s) à contacter en cas d'urgence :

▪ Nom/Prénom : _____ Lien de parenté : _____

Téléphone : _____

▪ Nom/Prénom : _____ Lien de parenté : _____

Téléphone : _____

Nom du médecin traitant : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone : _____

Diplômes - Formations :

Niveau scolaire à l'entrée en formation : _____

Dernier diplôme obtenu _____ Année d'obtention : _____

Demande d'aménagement de formation :

☐ OUI ☐ NON

Statut à l'entrée en formation :

Merci de cocher la ou les case(s) relative(s) à votre situation, joindre les justificatifs demandés (France travail)

En activité ☐ OUI ☐ NON

Demandeur d'emploi ☐ OUI ☐ NON

si oui N° identifiant (France travail) : _/_/_/_/_/_/_/_ _/_ (lettre)

Indemnisation ☐ OUI ☐ NON

Poursuite d'étude ☐ OUI ☐ NON

Transport :

La formation implique que l'élève puisse se rendre sur divers terrains de stage, qui ne seront pas forcément à proximité du domicile. Il incombe donc à l'élève de se rendre sur les lieux de stage par les moyens qu'il juge appropriés. **ATTENTION : certains lieux ou certains horaires de stage ne permettent pas l'utilisation des transports en commun.**

Permis de conduire ☐ Véhicule personnel ☐ Véhicule tierce personne ☐

Permis en cours ☐ Période d'obtention envisagée : _____

Autre moyen de déplacement ☐ Précisez _____

J'atteste sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements portés sur le présent document et m'engage à informer le secrétariat de l'Institut de tout changement.

Fait à _____, le ____/____/____

Signature de l'élève :



Institut de Formation en Soins Infirmiers
Institut de Formation pour les Aides-Soignants

4 rue de l'ancien calvaire BP 145
62604 BERCK SUR MER Cedex
03 21 09 05 47-secretariat@ifsi-berck.fr

**CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE ETABLI
PAR UN MEDECIN AGREE
(ANNEXE 2)**

Je soussigné(e), Docteur _____,

certifie que :

Madame/Monsieur _____

Né(e) le ____/____/____

Demeurant _____

- ✓ Ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession d'Aide soignant
- ✓ Les vaccins obligatoires sont à jour

Observations : _____

Certificat réalisé à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre pour servir et faire valoir ce que de droit.

A _____

Le ____/____/____

Signature et cachet du médecin

REGLEMENTATION

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS
*Arrêté du 21 avril 2007 modifié relatif aux conditions de fonctionnement
des instituts de formation paramédicaux*

TITRE III **VACCINATIONS POUR L'ENTRÉE EN FORMATION** **ET SUIVI MÉDICAL DES ÉTUDIANTS**

Art. 44. – L'admission définitive dans un institut de formation préparant à l'un des diplômes visés à l'article 1er du présent arrêté est subordonnée :

a) A la production, au plus tard le premier jour de la rentrée, d'un certificat établi par un médecin agréé attestant que l'étudiant ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession ;

b) A la production, au plus tard le jour de la première entrée en stage, d'un certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France.



Institut de Formation en Soins Infirmiers
Institut de Formation pour les Aides-Soignants

4 rue de l'ancien calvaire BP 145
62604 BERCK SUR MER Cedex
03 21 09 05 47-secretariat@ifsi-berck.fr

ATTESTATION MEDICALE D'IMMUNISATION ET DE VACCINATIONS POUR L'INSCRIPTION DES ELEVES AIDES-SOIGNANTES (ANNEXE 3)

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____

Formation aide-soignante

VACCINATIONS OBLIGATOIRES

✓ **IDR** (Intradermoréaction à la tuberculine-Valeur de référence quelle que soit la date)

Date : ____/____/____

Taille de l'induration en mm :

Si négatif pas de revaccination

✓ **Diphtérie, tétanos et poliomyélite**

Dernier rappel DTP

Vaccin : Date : ____/____/____

Dernier rappel DTCP

Vaccin : Date : ____/____/____

✓ **Hépatite B**, selon les conditions définies au verso (*Joindre une sérologie*)

☐ Ac anti HBs > 100

Schéma vaccinal complet :

☐ 10 < Ac anti HBs < 100

1^{ère} dose : Date : ____/____/____

Vaccin : _____

2^{ème} dose : Date : ____/____/____

Vaccin : _____

3^{ème} dose : Date : ____/____/____

Vaccin : _____

Injectons supplémentaires

Date : ____/____/____

Vaccin : _____

Date : ____/____/____

Vaccin : _____

VACCINATIONS RECOMMANDEES

✓ **BCG**

Date vaccination : ____/____/____ ou cicatrice vaccinale ☐

✓ **ROR**

1^{ère} dose : Date : ____/____/____

Vaccin : _____

2^{ème} dose : Date : ____/____/____

Vaccin : _____

✓ **VARICELLE**

Antécédent maladie – Date : ____/____/____

Si sérologie négative :

1^{ère} dose Vaccin :

2^{ème} dose Vaccin :

△ Si vous n'êtes pas à jour des vaccinations OBLIGATOIRES, vous ne serez pas autorisé(e) à aller en stage.

Je, soussigné(e) Docteur

certifie que les renseignements inscrits ci-dessus sont exacts.

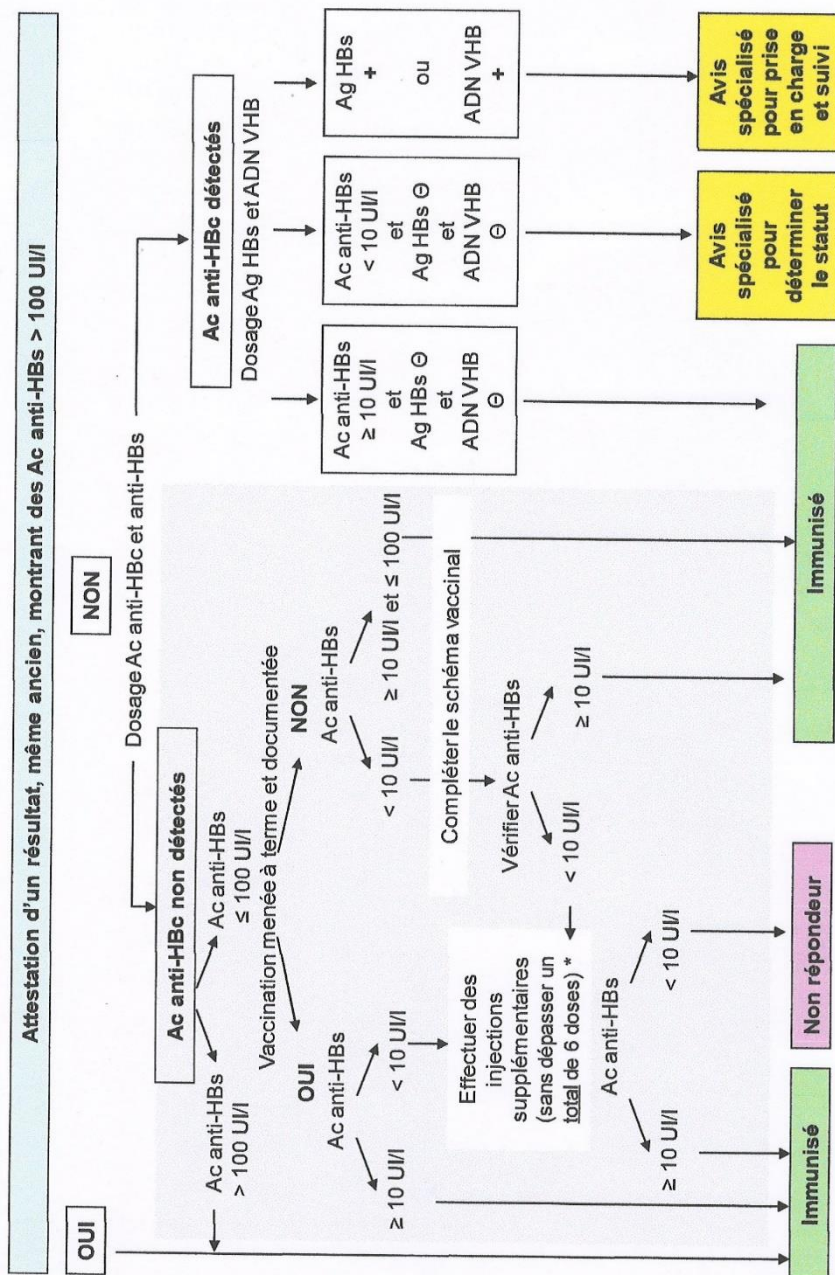
Fait à _____, le ____/____/____

Signature et cachet du médecin



Région
Hauts-de-France

Algorithme pour le contrôle de l'immunisation des professionnels de santé



* Sauf cas particulier voir 4° de l'annexe 2 de l'arrêté

Légende : Ac : anticorps ; Ag : antigène ; VHB : virus de l'hépatite B