



DÉROULEMENT DES ÉTAPES OBLIGATOIRES POUR L'INSCRIPTION À L'IFAS DU CHU NORD DE LA REUNION

Les admis à l'IFAS du CHU NORD Réunion pour la rentrée scolaire 2021/2022 sont invités à s'inscrire et à suivre les différentes étapes comme suit :

2^{EME} ETAPE : du 05/07/2021 au 16/07/2021 inclus

Télécharger et transmettre la fiche d'inscription administrative, 1 copie de votre pièce d'identité et une photo d'identité (format Jpeg) à l'adresse mail suivante : selections.ifsu.ifas@chu-reunion.fr

3^{EME} ETAPE : du 05/07/2021 au 22/07/2021 inclus

Pour le paiement des frais de scolarité

Une adresse e-mail « IES » vous sera attribuée sur laquelle un lien vous sera transmis pour le paiement des frais d'inscriptions et des recueils de textes.

| | |
|---------------------|--|
| Frais d'inscription | 82€ |
| Recueil de textes | 3€ (tarif en cours de modification) |
| Portfolio | (tarif en cours de modification) |

4^{EME} ETAPE : du 19/07/2021 au 22/07/2021 inclus de 8h00 à 12h00

RDV en présentiel au secrétariat des Instituts d'Etudes en Santé du CHU Nord (95 rue Gibert des Molières – 97400 St Denis) pour votre inscription administrative avec les pièces demandées (cf liste des pièces à fournir IFAS CHU Nord) selon les modalités suivantes :

- 19/07 : Rang N° 1 à 10
- 20/07 : Rang N° 11 à 20
- 21/07 : Rang N° 21 à 30
- 22/07 : Rang N° 31 à 40



FICHE D'INSCRIPTION ADMINISTRATIVE

*Coller
une
Photo*

1^{ère} inscription Redoublant Report de scolarité Autre.....

Dates de rentrée pour l'année scolaire 2021/2022 :

| Pré-rentrée | Rentrée |
|-------------------------------------|---|
| Mardi 31 Août 2021 de 08h30 à 12h00 | Mercredi 1 ^{er} septembre 2021 à 07h30 |

ÉTAT CIVIL

Madame Monsieur
 Nom patronymique (de naissance) :
 Prénoms : (dans l'ordre de l'état civil – pièce identité)
 Nom marital :
 Date de naissance :/...../..... Département de naissance : Lieu de naissance :
 Téléphone portable :
 Situation familiale : Marié(e)/Pacsé(e) Célibataire Vie maritale Divorcé Autres
 N° INE
 Nationalité : Française Autre :

GÉNÉRAL

N° SS -

RESIDENCE PENDANT LES ETUDES

Adresse :
 Code postal : Ville :
 Téléphone fixe :

Email1 :@ies-reunion.fr

Email2 (perso) :@.....

À L'ENTREE EN FORMATION

Demandeur d'emploi En cours d'emploi (formation continue) Étudiant
 Demandeur d'emploi indemnisé Demandeur d'emploi non indemnisé Continuité de parcours
 Employeur :
 N° Pôle Emploi : Agence Pôle Emploi : Date inscription :

NIVEAU SCOLAIRE

.....

DIPLOMES

| DATE | DIPLOME | SERIE | MENTION |
|------|---------|-------|---------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

ACTIVITES PROFESSIONNELLES ANTERIEURES :

| DATE | METIER | EMPLOYEUR |
|------|--------|-----------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

INSTITUTS DE FORMATION DEJA FREQUENTES :

| DATE | FORMATION | INSTITUTS |
|------|-----------|-----------|
| | | |
| | | |

INFO. COMPLÉMENTAIRES

Personne(s) à prévenir en cas d'accident :

| NOM | PRÉNOM | TÉLÉPHONE | LIEN PARENTÉ |
|-----|--------|-----------|--------------|
| | | | |
| | | | |

Enfant : OUI *si oui, nombre* NON

| | NOM | PRENOM | PROFESSION |
|--------------------|-----|--------|------------|
| PÈRE | | | |
| MERE | | | |
| CONJOINT(E) | | | |

Permis : OUI NON Date :Véhicule 1 : Néant Voiture Motocyclette >=50cm³ VéloMOTEUR – Scooter <50cm³

Modèle : Immatriculation : Nb de chevaux : CV

FINANCIER**FINANCEMENT** Pôle Emploi Bourse Région CIF Aucune rémunération Autre (lequel).....Rémunération pendant la formation : Pas de rémunération CHU Autre (laquelle).....**COORDONNEES BANCAIRE A VOTRE NOM/PRENOM**

IBAN :

BIC :

AUTRES INFORMATIONS

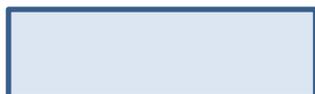
En cas de handicap déclaré fournir un certificat délivré par un médecin agréé de la Maison Départementale pour les Personnes Handicapées (MDPH) – N° vert : 080000262 – Email : mdph974@mdph.re

Je soussigné(e), (Nom/Prénom)

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus et confirme mon acceptation pour intégrer l'IFAS du CHU de la Réunion site Félix Guyon pour l'année scolaire 2021/2022.

Tout changement de situation doit être signalé au secrétariat.**Signature de l'étudiant**

Saint-Denis, le...../...../20.....



du 19/07/2021 au 22/07/2021 inclus de 8h00 à 12h00

- 1 **Original fiche d'inscription 2021-2022** (ci-joint)
- 2 **1 Photo d'identité** (indiquez vos nom/prénom au dos, dont 1 à mettre dans l'encadré prévu à cet effet sur la fiche d'inscription) ;
- 3 Photocopie du **passport** ou de la **carte d'identité nationale** (avec visa en cours de validité pour les étudiants étrangers) ;
- 4 **Photocopie de l'attestation de la sécurité sociale** ;
- 5 Si vous êtes inscrit(e) au **Pôle Emploi** fournir **n° identifiant avec l'attestation d'inscription + le dernier compte rendu d'entretien avec votre conseiller précisant votre souhait d'entreprendre une formation d'aide-soignant**;
- 6 **1 Justificatif d'adresse** (facture EDF, CISE à votre nom..., sinon : attestation s/honneur d'hébergement avec pièce d'identité de l'hébergeur + facture) ;
- 7 Photocopie de **TOUS les diplômes obtenus + originaux** (pour vérification)
Si vous détenez l'un des diplômes suivants (Bac ASSP, SAPAT, AES (réf 2016), AES (réf 2021), AP (réf 2006), AP (Réf 2021), AS (Ref. 2005), AS (Ref. 2021), ambulancier (Réf 2006), Assist. Régulation méd (ARM Ref 2019), ADVF, fiche parcours ASMS (Agent de Service Médico-social, AMP) veuillez adresser un courrier de demande de dispense des enseignements correspondant, au Directeur de l'IFAS concerné
- 8 **Livret de famille si enfant** (toutes les pages) ;
- 9 Si vous êtes titulaire du permis de conduire : **photocopie du permis de conduire + photocopie de la carte grise de votre véhicule** (indiquer votre nom/prénom en haut de la copie si le véhicule n'est pas à votre nom) ;
- 10 **Attestation d'accord de financement** pour les promotionnaires (TRANSITIONS PRO, UNIFAF, ANFH, CHU...) ;
- 11 **2 RIB avec code IBAN** (à votre nom) ;
- 12 Si **handicap déclaré**, Attestation MDPH en cas de handicap reconnu (afin d'adapter la formation à votre situation)
- 13 Extrait du **casier judiciaire n°3** de moins de 3 mois, faire la demande sur le site : <https://www.cjn.justice.gouv.fr/cjn/b3/eje20c> ;
- 14 **Attestation responsabilité civile individuelle** (valable pour toute l'année scolaire 2021/2022) ;
- 15 **Certificat médical** (ci-joint) établi **obligatoirement** par un **médecin agréé** attestant que vous ne présentez pas de contre-indications physiques et psychologiques à l'exercice de la profession, merci de consulter la liste sur ce site : <https://www.lareunion.ars.sante.fr/obtenir-la-liste-des-medecins-agrees-4>
- 16 **Attestation d'immunisation et de vaccinations obligatoires**, remplie par votre médecin traitant (ci-joint)
- 17 **Autorisation de publication des résultats DRAJES** (imprimé ci-joint)



Institut d'Etudes en Santé



PRESENTATION DEVANT LE JURY REGIONAL DELIBERATION DIPLOME D'ETAT

- | | | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|---|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> IFSI NORD | <input type="checkbox"/> IFSI SUD | <input checked="" type="checkbox"/> IFAS NORD | <input type="checkbox"/> IFAS SUD | <input type="checkbox"/> IFAP |
| <input type="checkbox"/> IFA | <input type="checkbox"/> ESF | <input type="checkbox"/> IFMK | <input type="checkbox"/> IRIADE | <input type="checkbox"/> IRIBODE |

INFORMATIONS ADMINISTRATIVES OBLIGATOIRES

NOM :

(de Jeune Fille suivi du nom d'épouse)

PRENOMS :

(ordre de l'Etat Civil)

Date de Naissance :

Ville de naissance :

N° du département de naissance :

Adresse précise :

N° de téléphone (fixe/mobile) :

Courriel :

J'autorise la publication de mes résultats au diplôme d'Etat sur le site internet de la DRAJES :

OUI

NON

Fait à

le

Signature

**Veillez joindre à ce document la photocopie de votre pièce d'identité ou passeport
(NB : Les permis de conduire ne sont pas acceptés)**



Instituts d'Etudes en Santé



CERTIFICAT MEDICAL MEDECIN AGREE

Je soussigné(e) Docteur :certifie avoir
examiné ce jour

Mr/Mme Nom : Prénom :

Né(e) le : /___/___/_____/ à

inscrit(e) à du C.H.U Réunion et atteste
qu'il/elle ne présente pas de contre-indications physiques et psychologiques à l'exercice de la profession
.....

Fait à

Le

Signature :

Cachet du Médecin

**Attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires et recommandées
pour les étudiants et élèves des professions de santé**

Je soussigné, Docteur¹

Adresse :

Téléphone :

Certifie que M. / Mme (Nom de jeune fille suivi du nom d'usage + prénom)

Né(e) le...../...../..... à

Est à jour des vaccinations suivantes obligatoires :

- 1) **Hépatite B** (Arrêté du 02/08/2013 - voir algorithme ci-dessous). **3 injections au total** selon le schéma 0,1 mois et 6 mois après la première dose.
L'immunisation est OBLIGATOIRE afin de pouvoir débiter les stages. Un schéma accéléré peut être proposé afin de garantir l'immunisation avant le début du premier stage : ENGERIX B20 3 doses en 21 jours (JO,J7,J21) suivies d'un rappel 12 mois après, indispensable pour obtenir une protection au long cours. Contrôle des anticorps 4 à 8 semaines après l'administration de la dose de rappel à 12 mois.

| Résultats des dosages (OBLIGATOIRES) | | Date |
|---|--------|-------|
| Anticorps Anti-HBs | UI / L | |
| et | | |
| Anticorps Anti-HBc | UI / L | |
| <p>Si attestation d'un résultat, même ancien, montrant des Ac Anti-HBs > 100 UI/L : sujet immunisé.</p> <p>Si concentration des anticorps Anti-HBs entre 10 et 100 UI/L et anticorps Anti-HBc non détectés : sujet immunisé <u>si vaccination menée à terme (3 injections au total).</u></p> <p>Si concentration des anticorps Anti-HBs < 10 UI/L et anticorps Anti-HBc non détectés : réaliser une injection supplémentaire de vaccin contre l'hépatite B et effectuer un nouveau contrôle sérologique 4 à 8 semaines après l'injection (répéter ce schéma si besoin sans dépasser 6 injections au total).</p> <p>Après 6 doses, si la personne présente toujours un taux d'anticorps anti-HBs inférieur à 10 UI/L, elle est considérée comme « non répondeuse » à la vaccination.</p> <p>Si anticorps Anti-HBc détectés : dosage des antigènes HBs et de l'ADN VHB.</p> | | |

- 2) **Diphthérie-Tétanos-Poliomyélite :** 3 injections + rappel à l'âge de 6 ans, 11-13 ans, 25 ans et 45 ans.
Pour les professionnels de santé, les rappels comportent la valence coquelucheuse (recommandé).

| Dernier rappel effectué | | |
|-------------------------|-------|-----------|
| Nom du vaccin | Date | N° de lot |
| | | |

¹ Votre médecin traitant ou le médecin de service de médecine préventive de votre employeur

A pris connaissance que les vaccinations suivantes sont recommandées :

1) Rougeole, Oreillons, Rubéole :

Personnes nées depuis 1980 : rattrapage pour obtenir au total 2 doses de vaccin trivalent ROR (avec un délai de minimum 1 mois entre les doses), **quels que soient les antécédents vis-à-vis des trois maladies.**

Personnes nées avant 1980 : 1 dose de vaccin trivalent ROR au total si absence d'antécédent connu.

| Nom du vaccin | Date | N° de lot |
|-----------------------------------|-------|-----------|
| 1ère dose ROR : | | |
| 2 ^{ème} dose ROR : | | |

2) Varicelle : 2 injections espacées de 4 à 8 semaines (Varivax®) ou de 6 à 10 semaines (Varilrix®) en cas de personne sans antécédent de varicelle (ou dont l'histoire est douteuse) et dont la sérologie est négative.

| Nom du vaccin | Date | N° de lot |
|-------------------------------|-------|-----------|
| 1ère dose : | | |
| 2 ^{ème} dose : | | |

3) COVID-19 :

| Nom du vaccin | Date | N° de lot |
|-------------------------------|-------|-----------|
| 1ère dose : | | |
| 2 ^{ème} dose : | | |

4) Grippe saisonnière :

| Nom du vaccin | Date | N° de lot |
|---------------|-------|-----------|
| | | |

A pris connaissance que la réalisation d'un test IDR tous les 5 ans est recommandée :

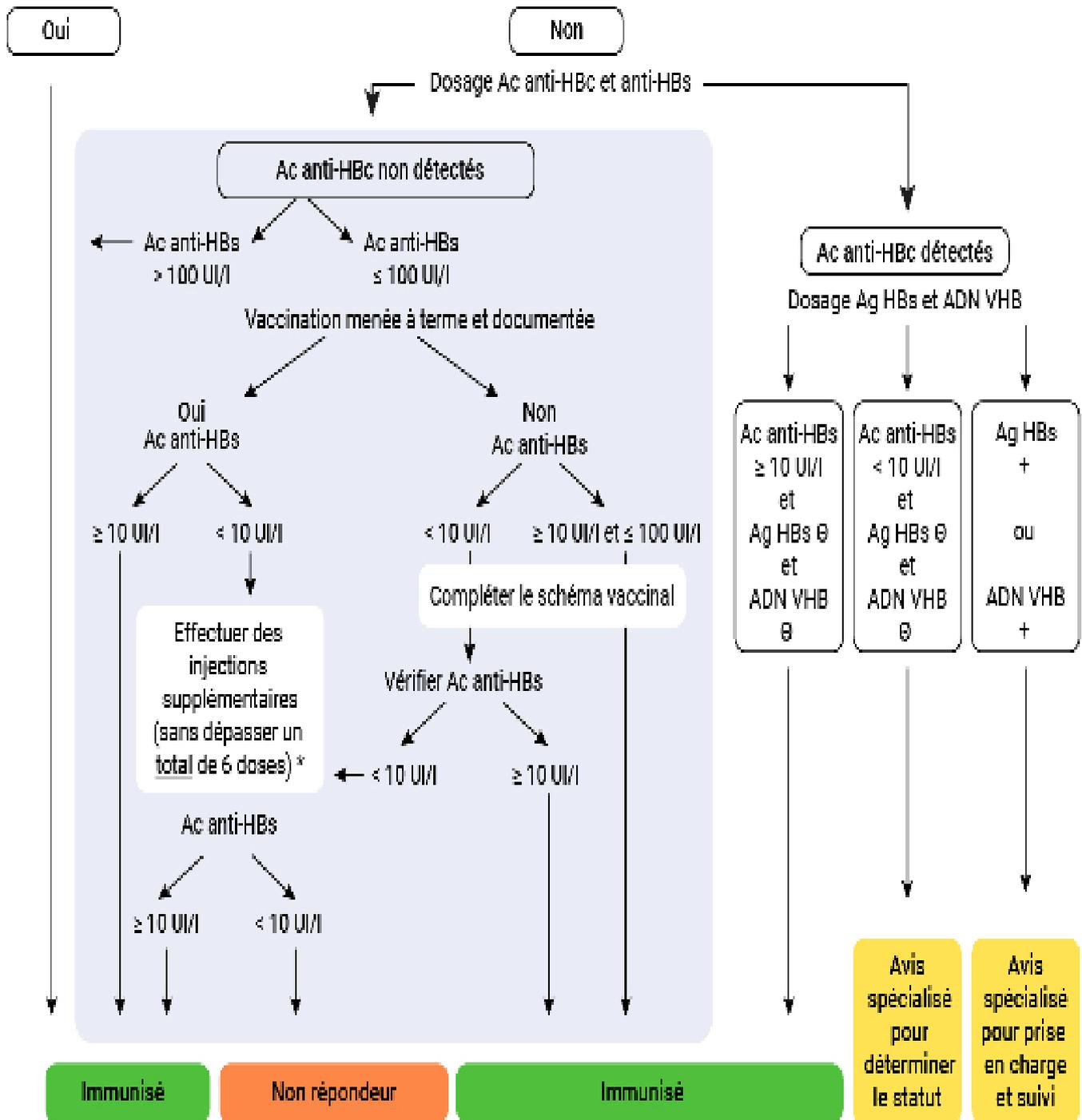
| IDR | Date | Résultat |
|-------|-------|----------|
| | | |

Fait le/...../.....

Signature et cachet du Médecin

Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 et dont les conditions sont fixées par l'arrêté du 2 août 2013.

Attestation d'un résultat, même ancien, montrant des Ac anti-HBs > 100 UI/l



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

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