

DÉROULEMENT DES ÉTAPES OBLIGATOIRES POUR L'INSCRIPTION À L'IFAS ET IFAP DU CHU SUD DE LA REUNION

Les admis à l'IFAS et IFAP du CHU SUD REUNION pour la rentrée scolaire 2022/2023 sont invités à s'inscrire et à suivre les différentes étapes comme suit :

1^{ERE} ÉTAPE : TELECHARGEMENT DU DOSSIER INSCRIPTION ET PREPARATION DES PIÈCES ADMINISTRATIVES A PARTIR DU 22 JUILLET 2022

1°) télécharger la liste des pièces à fournir pour l'inscription administrative
<https://www.chu-reunion.fr/les-enseignements-paramedicaux-au-chu-de-la-reunion-2/>

2^{EME} ÉTAPE : RDV sur site des IES SUD E DU 18, 19,22,23 et 25 AOUT 2022

1°) Inscription administrative :

RDV en présentiel au secrétariat des Instituts d'Etudes en Santé du CHU Sud pour votre inscription administrative avec les pièces demandées (cf liste des pièces à fournir IFAS- IFAP CHU SUD selon les modalités suivantes :

- Pour les admis à l'IFAS CHU SUD :

- 18/08/22 : Rang N° 1 à 14
- 19/08/22 : Rang N° 15 à 30
- 22/08/22: Rang N° 31 à 45
- 25/08/22 : ASHQ FPH, les revalidants, et les personnes appelés sur liste complémentaire

- Pour les admis à l'IFAP CHU SUD :

- 23/08/22 : Rang N° 1 à 15
- 25/08/22 : ASHQ FPH, les revalidants, et les personnes appelés sur liste complémentaire

2°) Paiements

A prévoir paiement des droits annuels, et documents obligatoires (recueil de textes et portfolio)

LES PAIEMENTS PEUVENT SE FAIRE UNIQUEMENT PAR CARTE BLEUE

	IFAS	IFAP
Frais droit annuel d'inscription	82€	82€
Recueil de textes	2.20€	5.50€
Portfolio	5.50€	7.00€
TOTAL	89.70€	94.50€

3°) Passage autres services (obligatoire)

Après votre passage au secrétariat de l'IFAS et de l'IFAP, vous devez vous présenter obligatoirement dans les services suivants (voir plan en annexe):

- 1 DTST
- 2 DAE
- 3 Blanchisserie
- 4 Visite médecine du travail (communication ultérieure)

3^{EME} ÉTAPE : la rentrée est prévue le 29/08/2022 à 08h00 (présence obligatoire).



LISTE DES DOCUMENTS À FOURNIR

Tous les candidats admis à l'IFAS et IFAP pour la rentrée scolaire 2022/2023, doivent transmettre toutes les pièces ci-dessous le jour de votre inscription administrative selon la programmation.

ETAPE 2 - Du 18 Août 2022 au 23 Août 2022 - et 25 Août 2022 de 08h00 à 12h00

Merci de prévoir et préparer les documents suivants pour le rendez-vous d'inscription définitive et à transmettre le secrétariat IFAS/IFAP :

- 1 **Fiche d'inscription 2022-2023** (ci-joint)
- 2 **2 Photos d'identité** (indiquez vos nom/prénom au dos, dont 1 à coller 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, EAU, à votre nom..., sinon : attestation s/honneur d'hébergement avec pièce d'identité de l'hébergeur + facture) ;
- 7 Photocopie de **TOUS les diplômes obtenus**
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 **Attestation d'accord de financement** pour les promotionnaires (TRANSITIONS PRO, UNIFAF, ANFH, CHU...) ;
- 9 **1 RIB avec code IBAN** (à votre nom)
- 10 Si **handicap déclaré**, Attestation MDPH en cas de handicap reconnu
- 11 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> ;
- 12 **Attestation responsabilité civile individuelle** (valable pour toute l'année scolaire 2022/2023) ;
- 13 **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>
- 14 **Attestation d'immunisation et de vaccinations obligatoires**, remplie par votre médecin traitant (ci-joint)
- 15 **Autorisation de publication des résultats DEETS** (imprimé ci-joint)
- 16 **Paiement à prévoir par carte bancaire uniquement**

	IFAS	IFAP
Frais d'inscription	82€	82€
Recueil de textes	2€	4.50€
Port folio	5.70€	7.30€

 Selon la situation du candidat, les pièces transmises dans le dossier lors de l'inscription au concours, devront être présentées à lors de l'inscription et seront soumises à la **vérification des originaux** des diplômes ou titres.

Rendez-vous obligatoire en présentiel le jour de votre inscription après votre passage au secrétariat dans les services suivants :

- 1 DTST : pour la création de votre badge
- 2 DAE : pour activer votre badge et accès au Self du CHU
- 3 Blanchisserie : pour les essayages de tenues
- 4 Visite médicale : communication ultérieure

FICHE D'INSCRIPTION ADMINISTRATIVE

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

Dates de rentrée pour l'année scolaire 2022/2023 :

Rentrée des élèves à l'IFAS et IFAP CHU SUD

Le 29 Août 2022 à 08H00

Collez une photo d'identité

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 (attribué par l'institut) : @ies-reunion.fr

Email2 (perso à renseigner) : @

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	DIPLÔME	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 : Néant Voiture Motocyclette >=50cm³ VéloMOTEUR – Scooter <50cm³

Modèle : Immatriculation : Nb de chevaux : CV

FINANCIER**Rémunération pendant la formation :** Pôle Emploi CIF PPFPH Bourse Régionale Aucune rémunération Autre (laquelle).....**Prise en charge des frais de scolarité :** Conseil Régional Paiement personnel CPF CIF PPFPH 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 2022/2023.***Tout changement de situation doit être signalé au secrétariat.*****Signature de l'étudiant**

le...../...../20..



Saint-Denis,



PRESENTATION DEVANT LE JURY REGIONAL DELIBERATION DIPLOME D'ETAT

- | | | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> IFSI NORD | <input type="checkbox"/> IFSI SUD | <input 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 DEETS :

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)**

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 (J0,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
<p>Anticorps Anti-HBs UI / L</p> <p>et</p> <p>Anticorps Anti-HBcUI / L</p> <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>	<p>.....</p> <p>.....</p>

- 2) **Diphtérie-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

3) COVID-19 : Pour les professionnels de santé et étudiants en santé 3 doses anti covid obligatoires.

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

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) 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 :

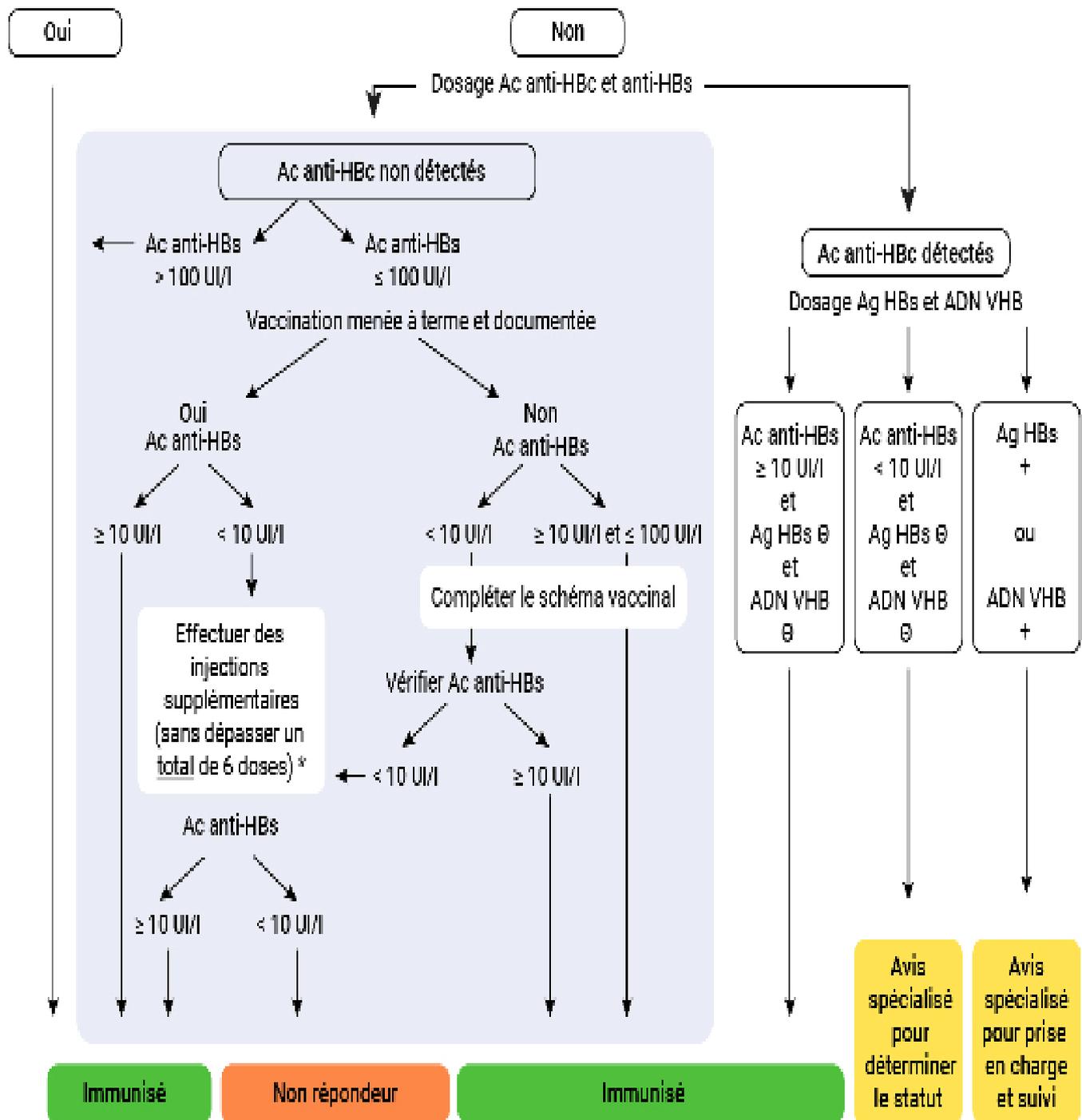
IDR	Date	Résultat
.....

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.