



## **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 2022/2023 sont invités à s'inscrire et à suivre les différentes étapes comme suit :**

### **1<sup>ERE</sup> ETAPE : TELECHARGEMENT DU DOSSIER INSCRIPTION ET PREPARATION DES PIECES 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<sup>EME</sup> ETAPE : du 01/08/2022 au 05/08/2022 inclus de 8h00 à 12h00**

1) RDV en présentiel au secrétariat des Instituts d'Etudes en Santé du CHU Nord Bat A (angle ruelle de l'Hôpital et 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 :

- 01/08 : ASHQ FPH
- 02/08 : Rang N° 1 à 10
- 03/08 : Rang N° 11 à 20
- 04/08 : Rang N° 21 à 30
- 05/08 : Rang N° 31 à 40

### 2) Paiements

A prévoir paiement des frais d'inscriptions, et documents obligatoires (recueil de textes et portfolio)

**LES PAIEMENTS SE FERONT UNIQUEMENT PAR CARTE BLEUE**

	IFAS
Frais d'inscription	82€
Recueil de textes	2.20€
Portfolio	5.50€
<b>TOTAL</b>	<b>89.70 €</b>

**3<sup>EME</sup> ETAPE : Pré-rentree : 24/08/2022 de 7h30 à 11h30 (présence obligatoire)**

Rentrée : **29/08/2022 à 7h30**



## LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR

**du 01/08/2022 au 05/08/2022 inclus (selon votre rang de classement)  
de 8h00 à 12h00**

- 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** (droits de scolarité + recueil de textes et portfolio : **89,70€**)



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



# FICHE D'INSCRIPTION ADMINISTRATIVE

1<sup>ère</sup> inscription  Redoublant  Report de scolarité  Autre.....

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

Pré-rentrée et accueil des élèves	Rentrée
Le 24 Août 2022 de 07h30 à 11h30	Le 29 Août 2022 à 07h30

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
<b>PÈRE</b>			
<b>MERE</b>			
<b>CONJOINT(E)</b>			

Permis :  OUI  NON Date : .....Véhicule :  Néant  Voiture  Motocyclette  $\geq 50\text{cm}^3$   VéloMOTEUR – Scooter  $< 50\text{cm}^3$ 

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](mailto: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

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

## 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 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)**



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, Docteur<sup>1</sup>.....

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
<b>Anticorps Anti-HBs</b> ..... UI / L et <b>Anticorps Anti-HBc</b> .....UI / L	..... .....
<p><b>Si attestation d'un résultat, même ancien, montrant des Ac Anti-HBs &gt; 100 UI/L :</b> sujet immunisé.</p> <p><b>Si concentration des anticorps Anti-HBs entre 10 et 100 UI/L et anticorps Anti-HBc non détectés :</b> sujet immunisé si vaccination menée à terme (3 injections au total).</p> <p><b>Si concentration des anticorps Anti-HBs &lt; 10 UI/L et anticorps Anti-HBc non détectés :</b> 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><b>Si anticorps Anti-HBc détectés :</b> dosage des antigènes HBs et de l'ADN VHB.</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
.....	.....	.....

<sup>1</sup> 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 : .....	.....	.....
2ème dose : .....	.....	.....
3ème dose : .....	.....	.....
4ème 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 : .....	.....	.....
2ème 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 : .....	.....	.....
2ème dose : .....	.....	.....

3) Grippe saisonnière :

Nom du vaccin	Date	N° de lot
.....	.....	.....

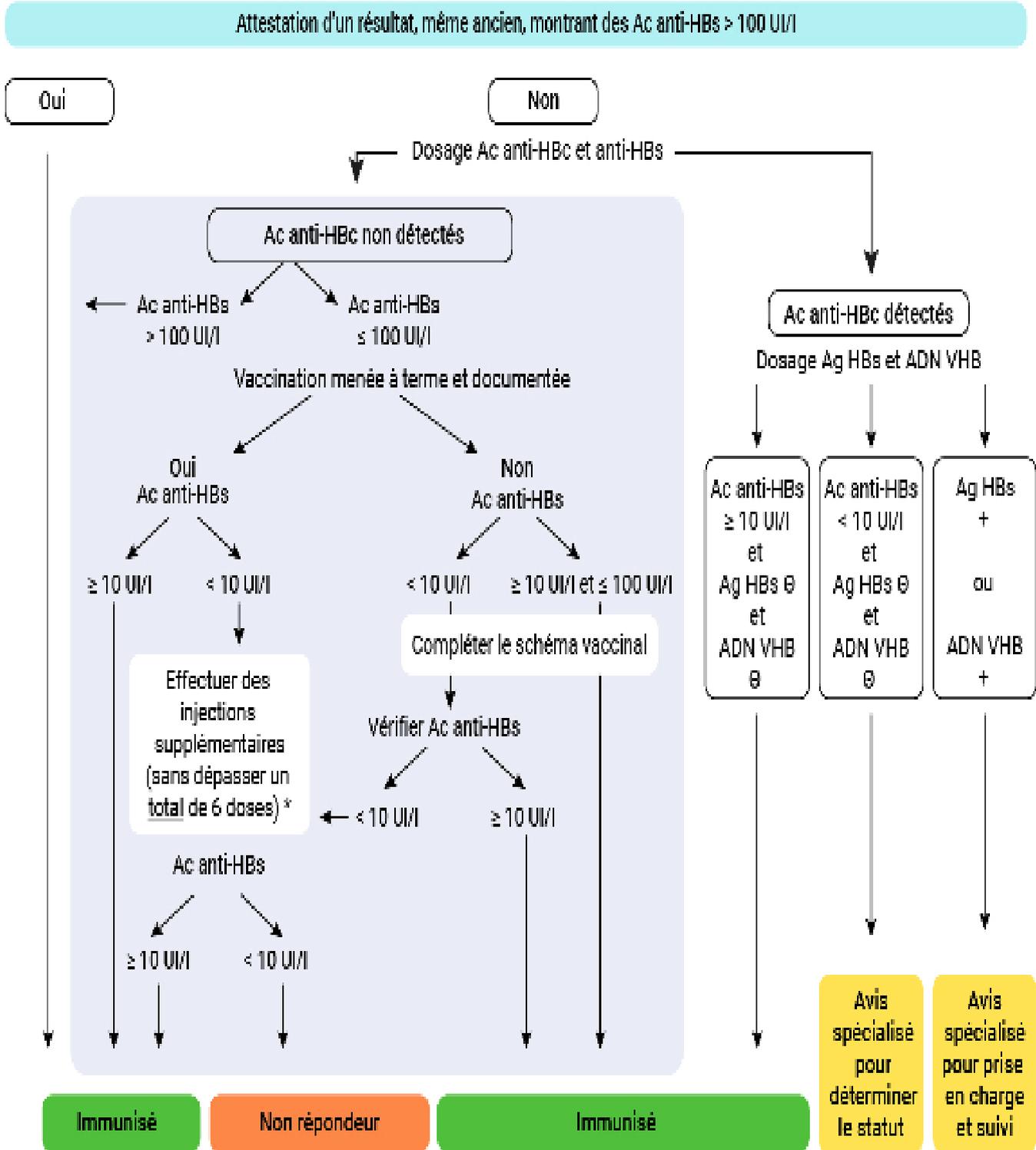
A pris connaissance que la réalisation d'un test IDR tous les 5 ans est recommandée :

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.



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

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