Cher(e) candidat(e), Saint-Pierre, 13 juin 2023.

Vous êtes admis à l'IFAS ou à l'IFAP du CHU de la Réunion et nous vous en félicitons.

L'Institut de Formation est accessible à tous les étudiants / élèves présentant un certificat d'aptitude à suivre la formation et les stages inhérents à la formation et dont les vaccinations sont à jour.

Afin d'assurer les mêmes chances de réussite face au diplôme, les étudiants en situation de handicap sont invités à se rapprocher du Référent Handicap de l'Institut lors de leur inscription administrative pour prendre connaissance des mesures d'accompagnement possibles et anticiper les éventuels aménagements nécessaires au bon déroulement de de leurs études. Les solutions mises en œuvre le seront avec le partenariat des responsables pédagogiques et ou de stage voire de terrain de sage en fonction des besoins dans la mesure de leur faisabilité eu égard au référentiel de compétences.

A noter :

- Chaque année scolaire, tout étudiant en situation de handicap, reprend contact avec le référent handicap de l'institut pour bénéficier d'un nouvel accompagnement personnalisé, il n'y a pas d'automatisme, le handicap pouvant être temporaire.
- Attention, pour les étudiants / élèves en situation de handicap ayant besoin d'aménagement des examens, aucune demande ne sera acceptée au-delà d'un mois avant la date des examens. Il est impératif d'anticiper pour bénéficier des mesures nécessaires.
- Tout étudiant / élèves en situation de handicap prend contact avec le référent handicap de l'institut qui l'orientera ou l'accompagnera dès l'apparition de problèmes de santé survenant pendant la scolarité.

Contacts et coordonnées

Les référents handicap des IES sont :

IES Sud
Isabelle FONTAINE – Cadre Formateur
Téléphone : 0262 35 59 98
Email : isabelle.fontaine.ies-reunion.fr
Sabine DIJOUX - Adjoint administratif
Téléphone : 0262 35 95 70
Email : sabine.dijoux@ies-reunion.fr

IES Nord
Gilbert DALLE-MULE – Cadre Formateur
Téléphone : 0262 71 75 59
Email : gilbert.dalle-mule@chu-reunion.fr
Martine TECHER - Adjoint administratif
Téléphone : 0262 71 75 49
Email : martine.techer@ies-reunion.fr

Le référent handicap de l'établissement (en cas de promotion professionnelle) est
D.R.H
Vanessa DARID
Téléphone : 0262 71 98 14
Email : vanessa.darid@chu-reunion.fr
Françoise BELON
Téléphone : 0262 35 95 94 - Dect 5 5569
Email : francoise.belon@chu-reunion.fr

*« Cette formation **et cet accompagnement** sont cofinancés par l'Union Européenne et la Région Réunion. L'Europe s'engage à La Réunion avec le Fonds Social Européen plus (FSE+) »*

Cofinancé par l'Union européenne

REGION REUNION
www.regionreunion.com

CHU LA RÉUNION

LISTE DES DOCUMENTS À FOURNIR

Tous les candidats admis à l'IFAS et IFAP pour la rentrée scolaire 2023/2024, doivent transmettre toutes les pièces ci-dessous le jour de votre inscription administrative selon la programmation .

ETAPE 2 - Du 17 Août 2023 au 18 Août 2023- et du 21 Août 2023 au 22 Août 2023 *(selon rang d'admission)*

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 2023-2024** *(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 **passeport** 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 conseillé 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 en carte bancaire uniquement:**

	IFAS	IFAP
Frais d'inscription	**82€**	**82€**
Recueil de textes	**2.30€**	**5.50€**
Port folio	**5.90€**	**7.50€**

⚠ *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 soumise s 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

*« Cette formation **et cet accompagnement** sont cofinancés par l'Union Européenne et la Région Réunion. L'Europe s'engage à La Réunion avec le Fonds Social Européen plus (FSE+) »*

Cofinancé par l'Union européenne

FICHE D'INSCRIPTION ADMINISTRATIVE

Collez une photo d'identité

❑ 1ére inscription ❑ Redoublant ❑ Report de scolarité ❑ Autre.....

Dates de rentrée pour l'année scolaire 2023/2024 :

Rentrée des élèves à l'IFAS et IFAP CHU SUD
Le 28 Août 2023 à 08H00

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

*« Cette formation **et cet accompagnement** sont cofinancés par l'Union Européenne et la Région Réunion. L'Europe s'engage à La Réunion avec le Fonds Social Européen plus (FSE+) »*

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 : 0800000262 – 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 CHU SUD REUNION pour l'année scolaire 2023/2024.

Tout changement de situation doit être signalé au secrétariat.

Signature de l'étudiant
le……../……./20..

Saint-Pierre,

*« Cette formation **et cet accompagnement** sont cofinancés par l'Union Européenne et la Région Réunion. L'Europe s'engage à La Réunion avec le Fonds Social Européen plus (FSE+) »*

Cofinancé par l'Union européenne

PRESENTATION DEVANT LE JURY REGIONAL
DELIBERATION DIPLOME D'ETAT

☐ **IFSI NORD** ☐ **IFSI SUD** ☐ **IFAS NORD** ☐ **IFAS SUD** ☐ **IFAP**
☐**IFA** ☐**ESF** ☐**IFMK** ☐**IRIADE** ☐**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**

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

*« Cette formation **et cet accompagnement** sont cofinancés par l'Union Européenne et la Région Réunion. L'Europe s'engage à La Réunion avec le Fonds Social Européen plus (FSE+) »*

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

*« Cette formation **et cet accompagnement** sont cofinancés par l'Union Européenne et la Région Réunion. L'Europe s'engage à La Réunion avec le Fonds Social Européen plus (FSE+) »*

Cofinancé par l'Union européenne

REGION REUNION
www.regionreunion.com

LA RÉUNION

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

Je soussigné, Docteur[1]……

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

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

*« Cette formation **et cet accompagnement** sont cofinancés par l'Union Européenne et la Région Réunion. L'Europe s'engage à La Réunion avec le Fonds Social Européen plus (FSE+) »*

A pris connaissance que les vaccinations suivantes qui 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) **COVID-19 :** ***merci de fournir vos attestations COVID***

Nom du vaccin	Date	N° de lot
1ère dose : ……...	……..	……
2ème dose : ……..	……..	……
3ème dose : ……..	……..	……
4ème 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 :

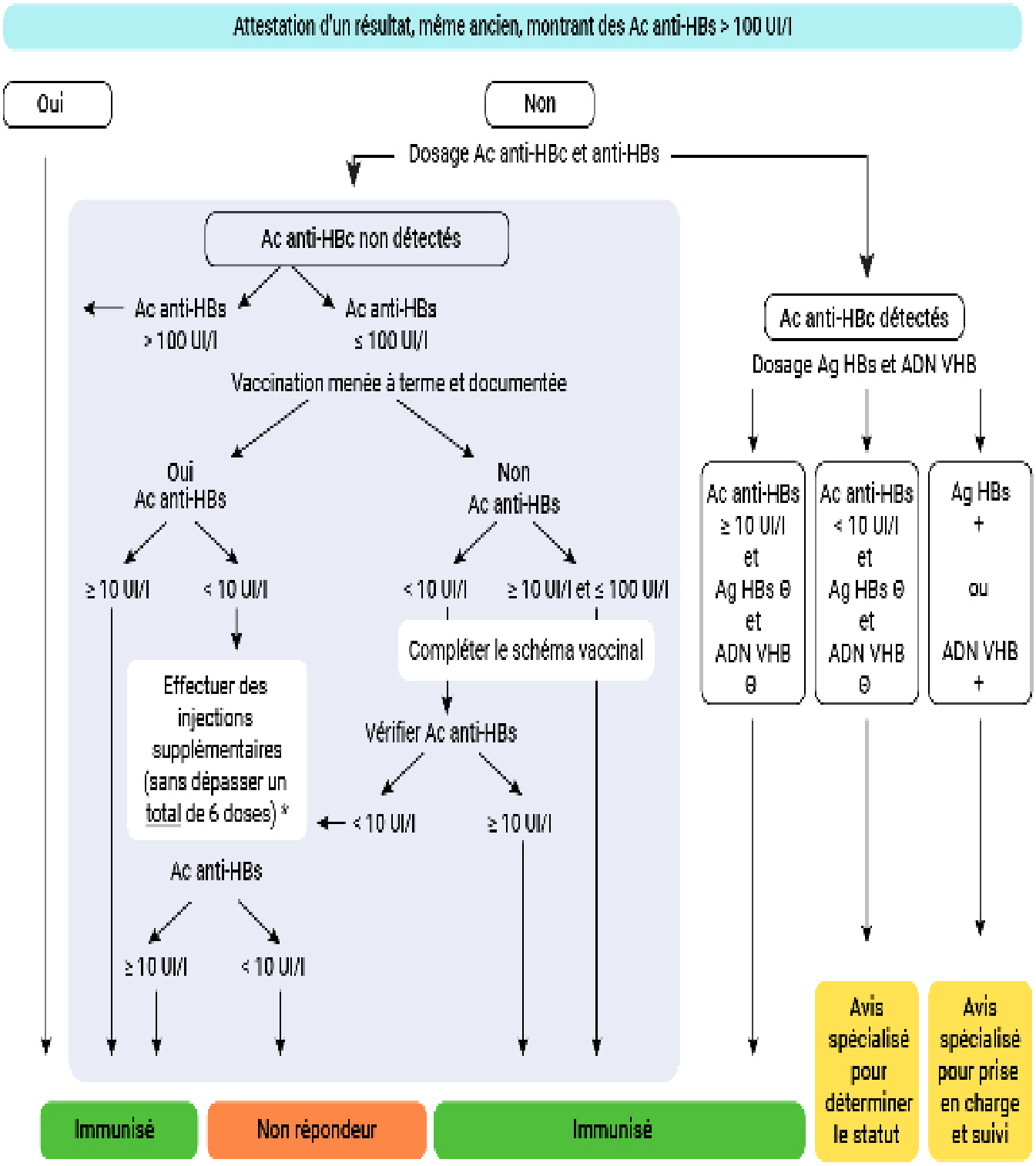
IDR	Date	Résultat
……...	……..	……

Fait le ……../……../……

Signature et cachet du Médecin

*« Cette formation **et cet accompagnement** sont cofinancés par l'Union Européenne et la Région Réunion. L'Europe s'engage à La Réunion avec le Fonds Social Européen plus (FSE+) »*

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.

*« Cette formation **et cet accompagnement** sont cofinancés par l'Union Européenne et la Région Réunion. L'Europe s'engage à La Réunion avec le Fonds Social Européen plus (FSE+) »*