



Saint-Denis, 10 Juillet 2024.

Cher(e) candidat(e),  
 Vous êtes admis(e) à l'IFAS 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 :**

<p><b>IES Sud</b>                  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</p>	<p><b>IES Nord</b>                  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</p>
---	--

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 : [françoise.belon@chu-reunion.fr](mailto:françoise.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

Instituts d'Etudes en Santé



Instituts de formation d'aides-soignants

## INFORMATIONS 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 2024/2025 sont invités à s'inscrire et à suivre les différentes étapes comme suit :

**1<sup>ERE</sup> ÉTAPE : COMPLETER ET RETOURNER LE COUPON REPONSE D'ACCEPTATION A L'ADRESSE MAIL SUIVANTE : [inscriptions.asap@ies-reunion.fr](mailto:inscriptions.asap@ies-reunion.fr)**

**2<sup>EME</sup> ÉTAPE : TELECHARGEMENT DU DOSSIER INSCRIPTION ET PREPARATION DES PIECES ADMINISTRATIVES A PARTIR DU 19 JUILLET 2024**

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

**3<sup>EME</sup> ÉTAPE : du 29/07/2024 au 01/08/2024 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 :

- 29/07 : Reports 2023 + Rang N° 1 à 10
- 30/07 : Rang N° 11 à 20
- 31/07 : Rang N° 21 à 30
- 01/08 : Rang N° 31 à 40

2) Paielements

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	3€
Portfolio	8.50€
<b>TOTAL</b>	<b>93.50 €</b>

**3<sup>EME</sup> ÉTAPE : Pré-rentree : 21/08/2024 de 8h30 à 14h00 (présence obligatoire)**

Rentree : **26/08/2024 à 7h30**

« 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

Instituts d'Etudes en Santé



Instituts de formation d'aides-soignants

## LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR

**Du 29/07/2024 au 01/08/2024 (selon votre rang de classement)**

**de 8h00 à 12h00**

- 1  **Fiche d'inscription 2024-2025** (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.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1420>
- 12  **Attestation responsabilité civile individuelle** (valable pour toute l'année scolaire 2024/2025) ;
- 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 : **93,50€**)



*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.*

« 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

Instituts d'Etudes en Santé



Instituts de formation d'aides-soignants

## FICHE D'INSCRIPTION ADMINISTRATIVE

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

Dates de rentrée pour l'année scolaire 2024/2025 :

Pré-rentrée et accueil des élèves	Rentrée
Le 21 Août 2024 de 08h30 à 14h00	Le 26 Août 2024 à 07h30

Collez ici une photo  
d'identité

### ÉTAT CIVIL

Madame  Monsieur

Nom patronymique (de naissance) : .....

Nom marital : .....

Prénoms : .....(dans l'ordre de l'état civil – pièce identité)

Date de naissance : ...../...../.....Département de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Téléphone portable : .....

Situation familiale :  Marié(e)/Pacsé(e)  Célibataire  Vie maritale  Divorcé(e)/séparé(e)  Veuf(ve)

N° MATRICULE POUR LES ASHQ :

Nationalité :  Française  Autre : .....

### GÉNÉRAL

N° SECURITE SOCIALE               -

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

Permis :  OUI  NONVéhicule :  Néant  Voiture  Motocyclette >=50cm3  Vélomoteur – Scooter <50cm3

Modèle : ..... Immatriculation : .....

**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 2024/2025.

***Tout changement de situation doit être signalé au secrétariat.***

Signature de l'étudiant

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

« 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+) »



**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**

**Veillez joindre à ce document la photocopie de votre carte 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+) »



Cofinancé par  
l'Union européenne

Instituts d'Etudes en Santé



Instituts de formation d'aides-soignants

## 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



Instituts d'Etudes en Santé



Instituts de formation d'aides-soignants

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

<sup>1</sup> Votre médecin traitant ou le médecin de service de médecine préventive de votre employeur

### 3) 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 <sup>ème</sup> dose ROR : .....	.....	.....

### A pris connaissance que les vaccinations suivantes sont recommandées :

- 1) **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 <sup>ème</sup> dose : .....	.....	.....

- 2) **Grippe saisonnière** :

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

- 3) **COVID-19** :

Nom du vaccin	Date	N° de lot
1ère dose : .....	.....	.....
2 <sup>ème</sup> dose : .....	.....	.....
3 <sup>ème</sup> dose : .....	.....	.....
4 <sup>ème</sup> dose : .....	.....	.....

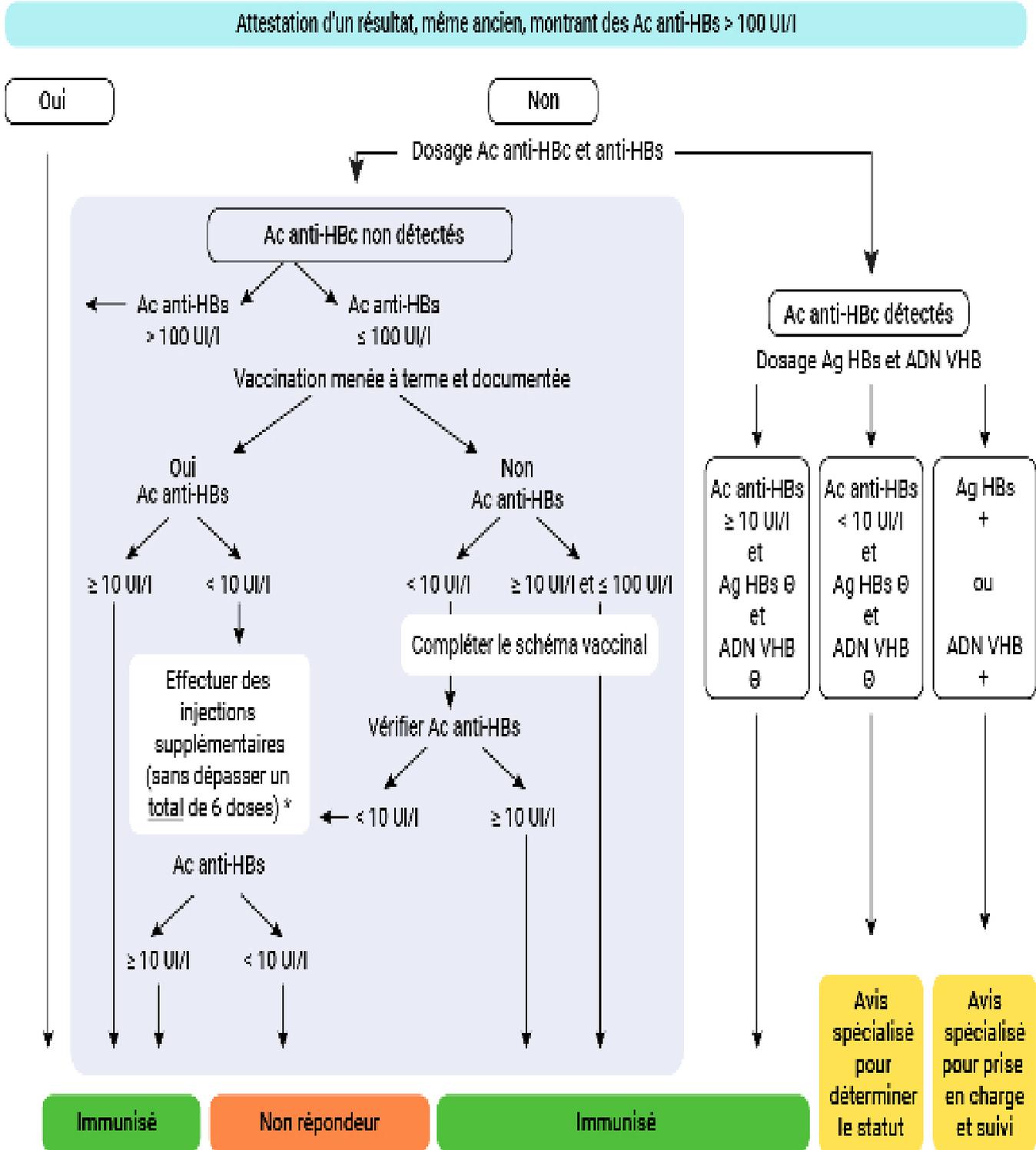
### A pris connaissance que la réalisation d'un test IDR tous les 5 ans est recommandée :

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.