



**Cofinancé par
l'Union européenne**



Instituts d'Etudes en Santé



Instituts de formation d'aides-soignants

Cher(e) candidat(e),

Vous êtes admis à l'un des Instituts de Formation des IES du CHU de la Réunion et nous vous en félicitons.
Afin de valider votre inscription, nous vous demandons de bien vouloir respecter les étapes décrites ci-dessous :

1ERE ETAPE d'inscription à l'IFAS SUD du CHU de La Réunion via le site MYSELECT

- Confirmer votre acceptation d'entrée en formation **sur la plate-forme MYSELECT**
- Télécharger de **la Fiche d'inscription administrative et la compléter**
- Préparer les pièces à fournir (Liste ci-dessous à respecter)

Vous disposez de 7 jours à compter de votre admission pour effectuer cette étape.



Les documents non transmis lors de l'inscription à la sélection devront être impérativement transmis lors de la 2^{ème} étape de l'inscription en présentiel à l'IFAS.

2 EME ETAPE d'inscription en présentiel à l'IFAS SUD du CHU de La Réunion avec les pièces préparées

Du lundi 03, Mardi 04, Jeudi 06 Août 2026 répartis par rang de classement :

Rang **1 à 14** : **Lundi 03 août 2026** de 8h 30 à 12h00

Rang **15 à 29**: **Mardi 04 août 2026** de 8h 30 à 12h00

Rang **30 à 45**: **Jeudi 06 août 2026** de 8h 30 à 12h00

ASHQ, redoublants et les reprises de scolarité : **Jeudi 06 août 2026** de 13h00 à 15h00

Vous devez vous présenter obligatoirement dans les services suivants aux dates indiquées :

- **DTST** (muni de votre carte grise pour l'attribution d'un Badge d'accès du CHU et du self)
- **BLANCHISSERIE** (pour la mesure des tenues professionnelles du CHU)
- **Secrétariat Vie de l'Etudiante (SeVE)** (pour l'inscription)

ETABLISSEMENT HANDI-ACCUEILLANT



Tout étudiant/élève en situation de handicap est invité à se rapprocher de nos Référents Handicap lors de son inscription administrative afin de co-construire les mesures d'accompagnement envisageables et d'anticiper les éventuels aménagements nécessaires au bon déroulement de ses études.

En cas de situation de handicap intervenant en cours de scolarité, l'étudiant/élève concerné prend également contact avec les référents handicap afin d'analyser la situation et les modalités d'accompagnement envisageables.

Une commission statuera sur chaque situation individuelle avec bienveillance et les décisions concernant les mesures d'aménagement / accompagnement seront transmises à chaque étudiant concerné par décision administrative du directeur d'institut.

Contacts et coordonnées des référents handicaps

Site des 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

Site des IES Nord

Gilbert DALLE-MULE – Cadre Formateur

Téléphone : 0262 71 75 59

Email : gilbert.dalle-mule@chu-reunion.fr

Sophie LAUDE - Adjoint administratif

Téléphone : 0262 90 51 97

Email : sophie.laude@ies-reunion.fr

Pour les étudiants en études promotionnelles du CHU, le référent handicap de l'établissement pourra être sollicité :

Mme Magalie CHETTIAR

Téléphone : 0262 90 59 19 - Email : referent.handicap@chu-reunion.fr

DISPOSITIF D'AIDE A LA REUSSITE au sein des Instituts d'Etudes en Santé du CHU de La Réunion

Afin que chaque apprenant dispose des mêmes chances de réussite au diplôme, les IES sont engagés dans une démarche volontariste d'accompagnement à la réussite de tous nos étudiants/élèves, ainsi que dans une politique inclusive pour les apprenants en situation de handicap.

Chaque candidat ayant été admis en formation en santé au sein de nos Instituts, quelle que soit la filière, bénéficiera du dispositif d'aide à la réussite mis en œuvre. Ce dispositif est organisé comme suit :

1. Dès la confirmation de votre admission à l'institut, un test de positionnement vous sera adressé sur votre messagerie @ies-reunion.fr. Ce test vous permet de situer vos compétences socles par rapport aux attendus à l'entrée en formation.
2. Environ 2 semaines avant la rentrée, des ateliers de mise à niveau seront organisés. Chaque étudiant / élève peut s'y inscrire au regard de ses résultats. Il devra s'inscrire auprès du **référent « aide à la réussite »** via le mail : reussite@ies-reunion.fr
3. Des séances d'accompagnement et de renforcement, sur chaque compétence socle, sont proposées tout au long de la formation.

Espérant que ce dispositif vous apporte toutes les clés pour vous accompagner à la réussite de votre projet.



Rentrée prévue le 24/08/2026 à 08h00

LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR

**Du lundi 03, Mardi 04, Jeudi 06 Août 2026 (selon votre rang de classement)
de 8h30 à 12h00**

- 1 ☐ **Fiche d'inscription 2026-2027** (ci-jointe)
- 2 ☐ **1 photo format identité en jpeg** à envoyer à l'adresse mail : **julienne.fontaine@ies-reunion.fr** + **1 photo d'identité** (indiquez vos nom/prénom au dos, à coller ou insérer au format numérique, 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 des périodes 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, CHOR, GHER, EPSMR...) ;
- 9 ☐ **1 RIB avec code IBAN** (à votre nom)
- 10 ☐ Si **handicap déclaré**, Attestation MDPH en cas de handicap reconnu ou certificat médical
- 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 2026/2027) ;
- 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 ☐ **Sérologie d'hépatite B**
- 16 ☐ **Attestation d'éligibilité du participant à l'opération FSE+** (imprimé ci-joint) **à compléter en manuscrit**
- 17 ☐ **Autorisation de publication des résultats DEETS** (imprimé ci-joint)
- 18 ☐ **Paie des droits de scolarité à prévoir en ligne : 82.00 €**



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.



Cofinancé par
l'Union européenne



Instituts d'Etudes en Santé



Instituts de formation d'aides-soignants

FICHE D'INSCRIPTION ADMINISTRATIVE

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

Dates de rentrée pour l'année scolaire 2026/2027 :

Rentrée

Le 24 Août 2026 à 08h00

Collez ou insérez 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) :@

SITUATION AVANT L'ENTREE EN FORMATION

☐ Sans activité professionnelle	☐ En activité professionnelle
☐ Demandeur d'emploi : ○ Indemnisé ○ Non indemnisé N° d'identifiant France Travail : Date d'inscription :/...../..... Agence :	Profession d'origine : Employeur Adresse:..... Tel : Code Postal : Ville :
☐ Étudiant	
☐ Autre : Précisez.....	

SITUATION À L'ENTREE EN FORMATION (JOUR J DE LA RENTREE)

☐ Sans activité professionnelle	☐ En activité professionnelle congés de formation
☐ Demandeur d'emploi inscrit à France Travail ○ Indemnisé ○ Non indemnisé	Profession d'origine : Employeur Tél :
☐ Aucune rémunération* • Les minimas sociaux ne sont pas considérés comme rémunération	Adresse:..... Code Postal : Ville :
☐ Demande rémunération ASP ○ Oui ○ Non	SIRET employeur : Organisme financeur :

DIPLOMES

DATE	DIPLÔME	SERIE	MENTION

ACTIVITES PROFESSIONNELLES ANTERIEURES :

DATE	METIER	EMPLOYEUR

INSTITUTS DE FORMATION DEJA FREQUENTES :

DATE	FORMATION	INSTITUT

INFO. COMPLÉMENTAIRES

Enfant : ☐ OUI *si oui, nombre* ☐ NON

Conjoint(e) : Nom/Prénom Profession

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

NOM	PRÉNOM	TÉLÉPHONE	LIEN PARENTÉ

Catégorie socio-professionnelle de vos parents :

	NOM	PRENOM	PROFESSION
PÈRE			
MERE			

Permis : ☐ OUI ☐ NON

Véhicule : ☐ Néant ☐ Voiture ☐ Motocyclette >=50cm3 ☐ Vélomoteur – Scooter <50cm3

Modèle : Immatriculation :

FINANCIER**Rémunération pendant la formation :**

☐ France Travail ☐ Employeur ☐ CIF ☐ ASP ☐ Transition Pro ☐ Autre (laquelle)..... ☐ Aucune rémunération

Prise en charge des frais de scolarité :

☐ Conseil Régional ☐ Paiement personnel ☐ Employeur ☐ CPF ☐ Transition Pro ☐ Autre (laquelle)

COORDONNEES BANCAIRE A VOTRE NOM/PRENOM

IBAN : BIC :

AUTRES INFORMATIONS

Handicap à déclarer : ☐ Oui* ☐ Non

*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 Sud Réunion pour l'année scolaire 2026/2027.

Tout changement de situation doit être signalé au secrétariat.

Signature de l'étudiant

Saint-Pierre, le/...../20..



Cofinancé par
l'Union européenne

Instituts d'Etudes en Santé



Instituts de formation d'aides-soignants

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)

ATTESTATION
d'éligibilité du participant à l'opération FSE+
Priorité 7 du Programme FEDER FSE+REUNION 2021-2027

Je sous-signé :

NOM (en capitales) :
PRÉNOMS (en capitales) :
Date de naissance : (jj/mm/année)

Participant de l'opération FSE+ :

n° SYNERGIE (ou portail Région) de l'opération si connu :

Atteste les éléments suivants,

Au moment de mon entrée dans la formation suivante, soutenue par le FSE+ :

Date de l'entrée en formation :
Nom de la formation :
Nom de l'organisme de formation :

Je suis :

[Cochez une seule des cases suivantes]

☐ **1. en emploi, y compris indépendant.**

(Par exemple : personne salariée (congés compris), travailleur indépendant (artisan, commerçant, chef d'entreprise, exploitant agricole, auto-entrepreneur) ou professions libérales, y compris les emplois aidés, les emplois de courte durée et intérim, aide-familial, salariés en contrat d'insertion, salariés des ESAT, apprentis et alternants, etc ...)

☐ **2. sans emploi, immédiatement disponible pour travailler (dans les 15 jours) et en recherche active d'emploi, inscrit(e) ou non auprès du service public de l'emploi.**

(Les participants qui sont inscrits comme demandeurs d'emploi auprès du service public de l'emploi doivent être considérés comme chômeurs quelle que soit leur catégorie (A, B, C), y compris donc les demandeurs d'emploi en activité réduite)

☐ **3. ni en emploi, ni chômeur, c'est à dire que je suis indisponible pour travailler immédiatement ou en incapacité de rechercher un emploi.**

(Par exemple : en scolarité, étudiant(e) y compris en stage, stagiaire de la formation professionnelle, homme ou femme au foyer, en congé parental, problèmes de santé, personne sous main de justice, retraité(e), etc ...)

Joindre une copie de pièce d'identité (Rappel : le service instructeur FSE+ Région peut demander, le cas échéant, toutes pièces complémentaires justifiant la situation du participant à l'entrée dans l'opération FSE+)

Date : _____ Signature : _____

[Ce projet est cofinancé / Cette formation est cofinancée / 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+).

Attestation d'éligibilité du participant FSE+ 2021-2027 – version d'avril 2023



Cofinancé par
l'Union européenne

Instituts d'Etudes en Santé



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 :

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. Contrôle des anticorps 4 à 8 semaines après l'administration de la troisième dose.

L'immunisation est OBLIGATOIRE afin de pouvoir débiter les stages. Un schéma accéléré peut être proposé (4 injections au total) 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. **Le stage est possible dès administration de la troisième dose.**

Résultats des dosages (OBLIGATOIRES)

et Anticorps Anti-HBs UI / L

Anticorps Anti-HBcUI / L

Rappel des conditions d'immunisation :

- **Ac anti-HBs > 100 UI/l** (quels que soient l'historique vaccinal et l'ancienneté des résultats) ;
- **Ac anti-HBs ≥ 10 UI/l et Ac anti-HBc négatifs** (si schéma vaccinal complet) ;
- **Ac anti-HBs ≤ 10 UI/l et anticorps Anti-HBc négatifs** : réaliser une injection supplémentaire de vaccin contre l'hépatite B (ENGERIX B20®) et effectuer un nouveau contrôle sérologique 4 à 8 semaines après l'injection (répéter ce schéma si besoin sans dépasser 6 injections au total).

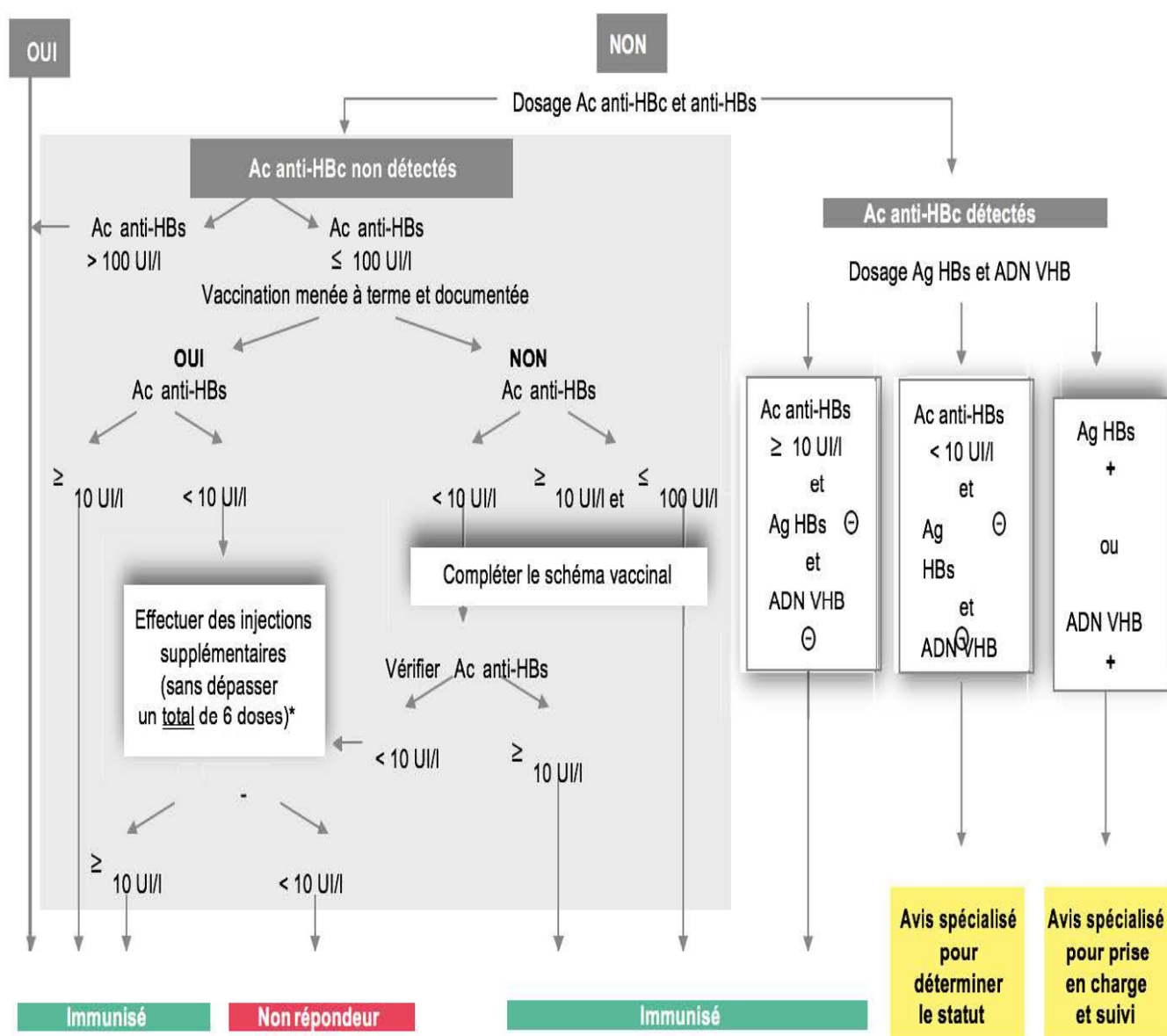
Après 6 doses, si la personne présente toujours un taux d'anticorps anti-HBs inférieur à 10 UI/L, elle est considérée comme « non répondeuse » à la vaccination. Elle pourra être admise en formation mais sera soumise à une surveillance annuelle des marqueurs sériques du virus de l'Hépatite B.

Si anticorps Anti-HBc détectés : dosage des antigènes HBs et de l'ADN VHB.

Vaccination Hépatite B	Date
1 ^{ère} dose :	
2 ^{ème} dose :	
3 ^{ème} dose :	
4 ^{ème} dose :	
5 ^{ème} dose :	
6 ^{ème} dose :	

Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des professionnels de santé Instruction n. DGS/RI1/RI2/2014/21 du 21 janvier 2014 relative aux modalités d'application de l'arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L. 3111-4 du code de la santé publique.

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



Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite (vaccinations obligatoires) et Coqueluche (recommandée). Seule la vaccination dTP est **obligatoire** et la vaccination coqueluche est recommandée.

Les étudiants, quel que soit leur âge (même chez des moins de 25 ans), non antérieurement vaccinés contre la coqueluche ou ayant reçu un vaccin coquelucheux depuis plus de 5 ans recevront une dose de vaccin. Puis, l'échéance de la nouvelle dose se fera selon le calendrier avec un rappel à 25, 45 et 65 ans. A noter que les vaccins actuellement disponibles en France contiennent forcément la valence coqueluche (BOOSTRIXETRA® ou REPEVAX®).

Nom du vaccin	Date
.....	

Rougeole, Oreillons, Rubéole (vaccinations obligatoires) : La loi de financement pour la sécurité sociale 2026 a instauré une obligation d'immunisation (infection ou vaccination) contre la rougeole pour les professionnels et étudiants des secteurs sanitaires et médico-sociaux.

Personnes nées avant 1980 :
Si antécédent de rougeole, date: / /.....
Pas d'antécédent de rougeole ou doute => 1 dose recommandée sans contrôle sérologique préalable.

Personnes nées depuis 1980 : obtenir au total 2 doses de vaccin trivalent ROR (PRIORIX® ou M-M-RvaxPro®) (avec un délai de minimum 4 semaines entre les doses), quels que soient les antécédents vis-à-vis des trois maladies.

Nom du vaccin	Date
1ère dose :	
2ème dose :	

A pris connaissance que les vaccinations suivantes sont recommandées :

Varicelle : la vaccination contre la varicelle est recommandée à partir de l'âge de 12 ans pour les étudiants qui n'ont pas eu la varicelle et ne sont donc pas naturellement immunisées, ou dont on n'est pas certain qu'ils aient eu la varicelle. Une sérologie préalable doit être réalisée. Le vaccin est contre-indiqué au cours de la grossesse et en cas d'immunodépression.

Contractée : ☐ oui ☐ non date :

Si pas d'antécédent ou doute => Sérologie à faire et joindre le résultat
Si sérologie négative => Vaccination recommandée par 2 injections espacées de 4 à 8 semaines (Varivax®) ou de 6 à 10 semaines (Varilrix®)

Nom du vaccin	Date
1ère dose :	
2ème dose :	

Méningocoques : la vaccination n'est pas préconisée chez les étudiants en santé mais est recommandée en population générale : vaccination contre les méningocoques ACWY et contre les méningocoques B jusqu'à 24 ans révolus.

Nom du vaccin	Date
.....	
.....	
.....	
.....	

Nom du vaccin	Date
.....	
.....	

A pris connaissance que la réalisation d'un test IDR est recommandée :

Si vous disposez d'une IDR (Intra Dermo Réaction) de référence, merci de l'indiquer ici. À noter, la réalisation d'une IDR est à éviter dans le mois suivant une vaccination ROR.

IDR	Date de lecture	Résultat (en mm)
.....		

Est-il nécessaire de disposer d'un résultat d'IDR pour l'entrée en stage ? Non, ce test n'est pas obligatoire.

Toutefois, le médecin doit proposer à l'étudiant de réaliser cette IDR (ou une IGRA, test de libération d'interféron gamma, préférentiellement chez les sujets vaccinés par le BCG) car le résultat servira de référence en cas de contage ultérieur et de détection d'ITL (Infection Tuberculeuse Latente), particulièrement chez les étudiants originaires de zones d'endémie ou de forte circulation.

La vaccination contre la tuberculose (BCG) n'est plus obligatoire en France pour les professionnels de santé depuis le 1er avril 2019. Il appartient au médecin du travail d'évaluer le risque et de proposer, le cas échéant, une vaccination BCG.

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

Signature et cachet du Médecin



Cofinancé par
l'Union européenne

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