

INFORMATIONS

RENTREE EN FORMATION AIDE-SOIGNANTE

Réunion d'accueil le 20 août 2024

PRISE EN CHARGE FINANCIERE :

➤ Le coût de formation (6 799 euros en 2024-2025) est intégralement pris en charge par la Région des Pays de la Loire.

Il ne reste à la charge des personnes en formation que :

- Les frais de déplacement vers l'institut de formation ou les lieux de stage,
- Les repas (3,30 euros le repas au self du Centre Hospitalier, tarif CROUS 2024),
- Les frais de logement (location de studio ou appartement sur Châteaubriant).

➤ Cette mesure ne s'applique pas aux personnes dont la formation est déjà prise en charge par leur employeur ou un fonds de formation (O.P.C.O.*) ou ayant gardé un lien avec un employeur.

➤ Sont éligibles à la gratuité de la formation, les personnes :

- qui ont réussi les épreuves de sélection à l'entrée en formation,
- qui suivent une formation dans un institut de formation d'aides-soignants situé en Région des Pays de la Loire (pas de critère de résidence en Région des Pays de la Loire),
- qui respectent un délai de carence de 2 ans minimum entre le terme de la formation sanitaire et sociale précédente et la date d'entrée dans la nouvelle formation (formations sanitaires et sociales financées par le Conseil Régional).

➤ En cas de besoin et suivant les situations personnelles, les personnes dont la formation n'est pas prise en charge par la Région Pays de la Loire, s'adressent au secrétariat de l'IFAS.

➤ Une « aide individuelle à la formation » peut être demandée à la Région Pays de la Loire.

Pour plus d'informations, consulter le site internet suivant : www.paysdelaloire.fr

➤ Aide à la garde d'enfant pour parents isolés (A.G.E.P.I.), consulter le pôle emploi.

* O.P.C.O. : Opérateurs de compétences (ANFH, Transi Pro...)

TSVP

REUNION D'ACCUEIL ADMINISTRATIF :

Le mardi 20 août 2024 de 13H30 à 17H30

- Objets :*
- Formalités administratives,
 - Participation du pôle emploi,
 - Intervention relative aux vaccinations obligatoires,
 - Prise de photographie individuelle pour dossier scolaire,
 - Remise du déroulement de la formation (périodes de stages...),
 - Présence des partenaires : MACSF, MNH, GMF...
 - Réponses à vos questions.

DATE RETREE : LUNDI 26 AOUT 2024 A 9 H 30

*N'hésitez pas à consulter notre site internet
pour toutes informations complémentaires*

<https://www.ch-cnp.fr/>

LISTE DES PIÈCES À FOURNIR

- ➔ Curriculum vitae actualisé.
- ➔ Pour les bacheliers, fournir votre relevé de notes au baccalauréat où figure votre numéro d'identifiant national étudiant (I.N.E.) ou numéro de base élève académique (B.E.A.).
- ➔ « Fiche d'inscription » ci-jointe à compléter.
- ➔ Document sur la gratuité des formations, ci-joint à compléter, joindre les justificatifs demandés.

Concernant l'éligibilité à la gratuité du coût de formation, il est rappelé que dans tous les cas pour bénéficier du co-financement Pôle-emploi / Région, les demandeurs d'emploi doivent être inscrits au pôle emploi, au moins une journée avant l'entrée en formation et ne plus avoir de lien avec un employeur.

- ➔ Photocopie de l'attestation sécurité sociale jointe à la carte vitale justifiant vos droits.
(document à demander à votre CPAM)

Mise en garde concernant les conditions médicales obligatoires pour entrer en formation aide-soignante

Conformément à la réglementation, arrêté du 2 août 2013, lors de leur entrée en formation, les élèves **doivent être à jour de leurs vaccinations :**

↳ **antidiphthérique, antitétanique, antipoliomyélitique,**

↳ **Un contrôle tuberculinique par IDR est obligatoire** avant l'entrée en formation (à réaliser en août)

↳ **Hépatite B** (le protocole pour la vaccination contre l'hépatite B **étant échelonné sur 7 mois, il convient dès maintenant d'effectuer les démarches nécessaires auprès de votre médecin traitant afin que cette vaccination soit à jour au plus tard le jour de la rentrée.**

En cas de contre-indication temporaire ou définitive à l'une des vaccinations indiquées ci-dessus, il appartient au médecin inspecteur régional de la santé ou son représentant, médecin inspecteur de la santé, d'apprécier la suite à donner à l'admission du candidat.

- ➔ Un certificat médical délivré par **un médecin agréé** attestant que le candidat ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession. (*document joint à compléter par le médecin agréé*)

Liste des médecins agréés de Loire-Atlantique accessible sur internet :

www.pays-de-la-loire.sante.gouv.fr (rubrique Santé)

ou demander cette liste à la mairie de votre domicile.

TSVP

➔ Un certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France. *Conformément à la circulaire concernant le calendrier vaccinal des professionnels de santé.*

Vaccins obligatoires : tout élève d'un établissement préparant à l'exercice des professions médicales et des autres professions de santé, qui est soumis à l'obligation d'effectuer une part de ses études dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention ou de soins, doit être immunisé contre :

- l'hépatite B (**preuve sérologique avec dosage des anticorps anti-HBs**),
- la diphtérie,
- le tétanos,
- la poliomyélite.

Les certificats de vaccination doivent être à jour à la date de la rentrée et au plus tard avant le 1^{er} stage.

Document sur les « Conditions médicales d'admission à l'entrée à l'IFAS » ci-joint à compléter par le médecin agréé ou votre médecin traitant.

➔ Photocopie du carnet de vaccinations.

➔ Copie de la pièce d'identité recto-verso.

➔ Attestation d'assurance responsabilité civile.

Les élèves doivent être garantis pour l'ensemble des risques suivants couvrant la responsabilité civile, tant lors du stage que des trajets occasionnés par celui-ci :

- accidents corporels causés aux tiers ;
- accidents matériels causés aux tiers ;
- dommages immatériels.

(Cf note d'information jointe)

➔ Si obtention : photocopie de l'Attestation de Formation aux Premiers Secours ou Premiers Secours Civils niveau 1 ou Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgences niveau 1.

FICHE D'INSCRIPTION

NOM de famille :	<input type="text"/>
NOM d'usage :	<input type="text"/>
Prénoms :	<input type="text"/>
Date et lieu de naissance :	<input type="text"/>
N° Sécurité sociale :	<input type="text"/>
Situation de famille :	<input type="text"/>
Profession du conjoint :	<input type="text"/>
Nombre d'enfants :	<input type="text"/>
Adresse Personnelle :	<input type="text"/>
N° téléphone personnel :	<input type="text"/>
N° téléphone portable :	<input type="text"/>
Activité professionnelle antérieure :	<input type="text"/>
Coordonnées de la personne à prévenir en cas de problème (nom et n° de téléphone) :	<input type="text"/>
Adresse Mail :	<input type="text"/>
Adresse des parents :	<input type="text"/>
N° téléphone parents :	<input type="text"/>
Profession du père :	<input type="text"/>
Profession de la mère :	<input type="text"/>
Nombre de frères et soeurs :	<input type="text"/>
Assurance maladie des parents :	<input type="text"/>

Permis de conduire : Oui Non
Véhicule personnel : Oui Non

Possibilités d'hébergement :

Ancenis Oui Non
Angers Oui Non
Blain Oui Non
Châteaubriant Oui Non
Nantes Oui Non
Redon Oui Non
Rennes Oui Non
Autres (à préciser)

Aides financières demandées :

➤ Pôle-emploi
➤ Promotion professionnelle
des établissements de santé publics Préciser nom et adresse de l'établissement :
.....
.....
➤ C.I.F / D.I.F. Préciser l'organisme :
.....
➤ Aide individuelle à la formation du Conseil régional Pays de la Loire
➤ Autres (à préciser)

Situation au moment du remplissage du dossier :

En formation préciser type et lieu :.....
Salarié(e) préciser l'établissement et l'activité :
.....
.....
Autre : à préciser.....

Pour les bacheliers, veuillez noter votre numéro d'identifiant national étudiant (I.N.E.) ou numéro de base élève académique (B.E.A.) :

Nous vous remercions de préciser, pourquoi vous avez choisi l'Institut de Formation Aides-Soignants de Châteaubriant pour suivre votre formation ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

RENTREE 2024

*Éligibilité au financement total ou partiel des coûts de formation
par la Région des Pays de la Loire*

La Région des Pays de la Loire prévoit une prise en charge partielle ou totale des coûts de formation pour les personnes éligibles en **poursuite de scolarité** et celles à **la recherche d'un emploi sous réserve du respect de certaines conditions**. Des délais de carence s'appliquent, par ailleurs, entre deux formations sanitaires et sociales financées par la Région.

Votre institut de formation tient à votre disposition le **Règlement d'éligibilité**. Votre éligibilité sera appréciée en fonction du présent **questionnaire** et des **justificatifs** apportés. La direction de l'institut de formation, au nom de la Région des Pays de la Loire, vous notifiera la prise en charge ou non des coûts de formation.

Votre institut est votre seul interlocuteur pour toutes les questions relatives à l'éligibilité au financement total ou partiel des coûts de formation.

Institut de formation : **IFAS CHATEAUBRIANT**.
Site : **CHATEAUBRIANT**.....
Formation : **Aide-Soignante**
Année d'étude (cycle de formation) : **1^{ère} année**
.....
Date de rentrée : **Lundi 26/08/2024**.....

Cachet de l'institut

Nom de l'élève/étudiant :

.....

Prénom de l'élève/étudiant :

.....

Seules les personnes éligibles à la prise en charge partielle ou totale des frais de formation peuvent bénéficier, si elles en respectent les critères d'attribution, des aides aux conditions de vie attribuées par la Région (bourses, rémunération publique de stage...).

ETAT CIVIL

Madame Monsieur

Nom d'usage :

Nom de naissance (patronymique) :

Prénom(s) :

Date de naissance : ____/____/____ Lieu de naissance :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone : Courriel :

Je suis admis(e) :

sur la liste principale,

sur la liste complémentaire,

via Parcoursup,

à l'issue de la sélection spéciale

autres (report d'entrée ...) :

Situation avant l'entrée en formation	Pièces à fournir selon votre situation
<p>Pour tous les candidats <i>Le curriculum vitae doit préciser les formations, les activités professionnelles</i></p>	<p>Curriculum Vitae <i>(de moins de 3 mois)</i></p>
<p>Situation scolaire</p> <p><input type="checkbox"/> En poursuite de scolarité :</p> <p>Formation suivie :</p> <p>Dernier établissement scolaire fréquenté :</p> <p>Date d'entrée / / - Date de sortie / /</p>	<p><i>Copie du diplôme ou certificat de scolarité</i></p>
<p><input type="checkbox"/> J'ai suivi une formation sanitaire ou sociale de même niveau et ou de même durée</p> <p>Nom du diplôme : Date d'obtention : / /</p> <p>Sous quel statut : financée par :</p> <p>Date d'entrée / / - Date de sortie / /</p>	<p><i>Copie du diplôme</i></p>
<p>Situation professionnelle</p>	
<p><input type="checkbox"/> à la date de la rentrée, ma situation professionnelle :</p> <p><input type="checkbox"/> Dans le secteur privé ou public</p> <p><input type="checkbox"/> en intérim</p> <p><input type="checkbox"/> en CDD <input type="checkbox"/> en CDDU (CDD dit d'usage)</p> <p> Début du contrat le / / – Fin du contrat le / /</p> <p><input type="checkbox"/> en CDI - Depuis le / /</p> <p>Nombres d'heures / hebdomadaires :</p> <p>J'ai fait une demande de prise en charge par :</p> <p><input type="checkbox"/> le Compte personnel de formation de Transition professionnelle</p> <p><input type="checkbox"/> auprès de mon employeur :</p> <p><input type="checkbox"/> dans le cadre des actions de formation de reconversion/promotion ou contrat de professionnalisation</p> <p> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>	<p><i>Contrat(s) de travail</i></p> <p><i>Copie de la notification de l'organisme prenant en charge votre formation (opérateurs de compétence, association transitions pro)</i></p>
<p><input type="checkbox"/> Titulaire ou stagiaire de la fonction publique</p> <p><input type="checkbox"/> territoriale <input type="checkbox"/> hospitalière <input type="checkbox"/> Etat</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai fait une demande de congé de formation professionnelle : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai fait une demande de rupture conventionnelle : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>pour laquelle j'ai obtenu une réponse : <input type="checkbox"/> favorable <input type="checkbox"/> défavorable</p> <p><input type="checkbox"/> en disponibilité ou dans une autre position statutaire :</p>	<p><i>Arrêté de nomination et notification de l'organisme prenant en charge votre formation</i></p> <p><i>ou arrêté de mise en disponibilité ou autres positions...</i></p>

<input type="checkbox"/> Personne à la recherche d'un emploi <input type="checkbox"/> Je suis à la recherche d'un emploi Inscrit à <input type="checkbox"/> France Travail <input type="checkbox"/> Autres – Précisez depuis le : / / <input type="checkbox"/> Indemnisé(e) par France Travail <input type="checkbox"/> Indemnisé (e) par un autre fonds d'assurance chômage <input type="checkbox"/> Non indemnisé(e) <input type="checkbox"/> J'envisage de m'inscrire à France Travail compte tenu d'une activité professionnelle actuelle permettant d'enclencher un droit à indemnisation avant le jour d'entrée en formation fixée le / /	<i>Attestation, notification d'accord ou de refus d'indemnisation de France Travail ou d'un autre fonds d'assurance chômage</i>
--	---

Autres situations	
Je suis dans une autre situation : <input type="checkbox"/> en congé parental, en congé maternité, <input type="checkbox"/> en parcours emploi compétences (PEC), <input type="checkbox"/> démissionnaire d'un CDI ou d'un emploi public. ⇒ J'ai déposé une demande pour l'accès à une indemnisation chômage en raison de la démission. J'ai reçu un avis de la commission paritaire interprofessionnelle auprès de l'association Transitions Pro Pays de la Loire <input type="checkbox"/> favorable <input type="checkbox"/> défavorable <input type="checkbox"/> en attente de décision <input type="checkbox"/> bénéficiaire d'une allocation d'étude versée par un centre hospitalier ou un autre employeur couvrant les frais de formation et apportant une rémunération <input type="checkbox"/> autre situation :	<i>Courrier de l'employeur justifiant ce statut et/ou copie du contrat de travail et/ou Copie de rupture du contrat (démission, rupture conventionnelle, fin de CDD...)</i> et réponse employeur et/ou Copie de l'avis pour l'indemnisation et/ou Courrier d'attribution d'une bourse d'étude et/ou Autre justificatif

↗ **Nota Bene : Il est possible de cocher plusieurs situations** (exemples : j'ai eu mon bac et je travaille en CDI, je suis inscrit comme demandeur d'emploi et je travaille en CDD).

↗ **Avertissement - Sanction en cas de fausse déclaration : Est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende le fait de fournir sciemment une fausse déclaration ou une déclaration incomplète en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir, de faire obtenir ou de tenter de faire obtenir d'une personne publique, d'un organisme de protection sociale ou d'un organisme chargé d'une mission de service public une allocation, une prestation, un paiement ou un avantage indu (article 441-6 du code pénal).**

Mme / M., certifie l'exactitude des renseignements portés sur ce formulaire sachant que toute erreur ou omission dans ces renseignements peut entraîner le rejet ou le retrait de l'aide accordée par la Région des Pays de la Loire.

Je m'engage à signaler, auprès de l'institut, tout changement dans ma situation.

Fait à....., le
Signature du demandeur précédée de la mention « Lu et approuvé » :

Au moment de l'admission, au vu des renseignements et justificatifs fournis, M./Mme,
directeur/directrice de l'institut, certifie que M. / Mme

- remplit les conditions pour bénéficier du financement régional des coûts de formation,
- ne peut bénéficier du financement régional des coûts de formation,
- demande un examen de ce dossier par les services de la Région des Pays de la Loire au regard d'une situation particulière.

Le ____ / ____ / ____

Cachet de l'institut :

Signature du directeur de l'institut de formation :

Statut définitif au ____ / ____ / ____ :

- Eligible au financement régional
- Non éligible au financement régional

Les informations recueillies dans ce document seront conservées par l'institut de formation qui vous accueille et pourront faire l'objet d'un traitement par les services régionaux dans le cadre de vérification de la prise en charge des coûts de formation ainsi qu'à des fins administratives et statistiques.

Vous pouvez vous référer à la note d'information relative au RGPD jointe aux documents d'inscription.

Note d'information à l'attention des apprenants

Objet : POUR INFORMATION :

Vous avez demandé à votre organisme ou institut de formation d'effacer vos données personnelles.

Comprenant votre demande et souci d'anonymat, je souhaite vous informer que la transmission de vos données personnelles au financeur de formation est prévue par les textes réglementaires d'une part, et qu'elle a pour but de mesurer la qualité et l'efficacité de la formation que vous suivez d'autre part.

La transmission de vos données personnelles au financeur de votre formation obéit au cadre réglementaire en vigueur. :

En application de l'article 17.1 du Règlement général sur la protection des données (RGPD), le responsable du traitement des données doit procéder à l'effacement des données individuelles si la personne concernée le lui demande.

Toutefois, ce droit à l'effacement est écarté aux termes de l'article 17.3 du même Règlement général sur la protection des données (RGPD), s'il va à l'encontre du respect d'une obligation légale. Ce qui est le cas vous concernant.

En effet, s'agissant des traitements des données individuelles des apprenants en formation professionnelle, le Code du travail impose aux organismes et instituts de formation d'informer leurs financeurs des entrées, des interruptions ainsi que des fins de formation pour chacun de leurs apprenants (stagiaires, apprentis, élèves, étudiants). Il leur impose également de communiquer à leurs financeurs les données relatives à l'emploi et au parcours de formation professionnelle dont ils disposent sur chacun de leurs apprenants (article L. 6353-10 du code du travail).

Il ne vous est donc pas possible de vous opposer au traitement de vos données personnelles, car votre organisme ou institut de formation a l'obligation légale de les transmettre.

Néanmoins, l'usage de vos données personnelles par le financeur de formation (en l'occurrence la Région des Pays de la Loire) obéit à un cadre strict :

En effet je tiens à vous informer que les informations vous concernant sont anonymisées. Ces informations ont pour unique objet de permettre le traitement statistique des résultats d'insertion professionnelle des apprenants après la formation suivie. Ces données statistiques permettent de

mesurer l'efficacité des formations dans le but d'améliorer le service aux apprenants. **Ces données ne sont ni vendues, ni transmises à des tiers non autorisés.**

Le Directeur de l'emploi, de la formation
professionnelle et de l'apprentissage



Renaud MOUTARDE

CERTIFICAT D'APTITUDE

A compléter par un médecin agréé par l'ARS (Agence Régionale de Santé)

Conformément à l'Article 8 ter de l'arrêté du 7 avril 2020 modifié par l'arrêté du 9 juin 2023
relatif aux modalités d'admission à la formation conduisant au DEAS

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE A LA FONCTION D'AIDE-SOIGNANT(E)

Je soussigné(e), **Médecin Agréé** par l'ARS, Dr.....,

certifie avoir examiné ce jour Mme – M.

né(e) le à

et avoir constaté « *que le candidat ne présente pas de contre-indication physique ou psychologique à l'exercice de la profession aide-soignante* ».

« *qu'il est à jour de ses vaccinations obligatoires et notamment de la vaccination contre l'hépatite B (dosage des anticorps anti-HBs à UI).*

Fait à,

Le.....

Cachet et Signature du médecin agréé

CONDITIONS MEDICALES D'ADMISSION A L'ENTREE A L'IFAS

*DOCUMENT A RENDRE AU PLUS TARD
LE JOUR DE LA RENTREE*

CERTIFICAT MEDICAL

Certificat médical émanant d'un médecin conformément à 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.

La liste des médecins agréés est fournie soit par la mairie du domicile, soit par la DREETS de votre département ou par internet : <https://pays-de-la-loire.dreets.gouv.fr/>

Je soussigné, Dr..... , docteur en médecine, atteste que :

M., Mme NOM de famille : Prénom.....
 NOM d'usage :

Né(e) le

Domicilié(e) à

.....

est immunisé(e) contre la **DIPHTERIE, LE TETANOS, LA POLIOMYELITE** selon les modalités suivantes :
Compléter dûment le tableau ci-après

Vaccination contre la :	Dénomination de la spécialité vaccinale	N° de lot	Doses	Dates d'injections
DIPHTERIE				
TETANOS				
POLIOMYELITE				

Est immunisé contre l' HEPATITE B conformément à l'arrêté du 2 août 2013 Compléter dûment le tableau ci-après et notamment le taux d'Anticorps anti-HBs

Dénomination de la spécialité	N° de lot	Doses	Dates d'injections	Taux d'Anticorps anti-HBs

Les résultats des sérologies sont couverts par le secret médical, néanmoins nous vous remercions de fournir le justificatif rendant compte que votre sérologie antihépatite B correspond aux normes préconisées conformément à l'arrêté du 2 août 2013, annexe I.

Présente une preuve de la vaccination par le B.C.G (**pour ceux ayant réalisé la vaccination**) : Compléter dûment le tableau ci-après

Dénomination de la spécialité	N° de lot	Doses	Dates d'injections

TESTS TUBERCULINIQUES :

Date	Tests et résultats

Fait à

le

CACHET DU MEDECIN

SIGNATURE DU MEDECIN

**NOTE D'INFORMATION RELATIVE A L'ASSURANCE
DES ETUDIANTS INFIRMIERS ET ELEVES AIDES-SOIGNANTS**

En référence à l'instruction DGOS/RH1 n° 2010-243 du 5 juillet 2010 concernant l'assurance couvrant les risques professionnels et la responsabilité civile des étudiants et des élèves : les frais d'assurance de responsabilité civile sont à la charge des élèves et étudiants.

Il vous appartient de souscrire un **avenant limité** dans le temps auprès de la compagnie d'assurance qui gère votre contrat « multirisque habitation-responsabilité civile » ou celui de vos parents. Le choix du montant des garanties assurées relève de **votre seule responsabilité**.

Vous devez être garantis pour l'ensemble des risques couvrant la responsabilité civile, tant **lors du stage qu'à l'institut et lors des trajets** en lien avec ces activités :

- accidents corporels causés au tiers,
- accidents matériels causés au tiers,
- dommages immatériels.

Classiquement, les conventions de stage signées entre l'IFSI/IFAS et les établissements sanitaires et médico-sociaux prévoient la souscription – **par l'élève ou l'étudiant** – d'une police d'assurance responsabilité civile pour chaque année universitaire.

A l'exception des promotions professionnelles, l'élève ou l'étudiant n'est ni un agent titulaire, ni un contractuel ; de sorte, qu'il est indispensable qu'il s'assure contre la mise en cause de sa responsabilité civile du fait de ses actes ou agissements.

Il est important cependant de préciser que le contrat responsabilité civile « vie privée » n'aura pas vocation à s'appliquer en présence d'un éventuel dommage causé par un élève ou étudiant.

La souscription du **contrat responsabilité civile spécifique « élève ou étudiant en santé »** permet d'assurer une pratique sereine et ce, même si celle-ci n'est pas obligatoire en tant que telle. Car, un contrat d'assurance spécifique souscrit par l'étudiant permet – en cas de faute d'une particulière gravité ou détachable du service – de prendre en charge les éventuelles **conséquences pécuniaires** ainsi que la prise en charge des **frais de défense** devant les juridictions civiles, administratives et pénales.

Vous êtes en formation professionnelle paramédicale, votre assureur doit le mentionner sans aucune ambiguïté en soulignant la référence à l'instruction citée ci-dessus.

Vous engagez personnellement votre responsabilité sur la nature même de votre assurance.

La Directrice,

Caroline DEROCHE