

DOSSIER PEDAGO-ADMINISTRATIF
Assistant Régulation MédicaleRentrée
JANVIER
2024**1 - IDENTIFICATION DE L'ELEVE**

NOM : (de naissance pour les femmes mariées)

NOM D'EPOUSE :

PRENOM : AUTRES PRENOMS :

DATE DE NAISSANCE : LIEU DE NAISSANCE : DEPARTEMENT :

Age : Sexe : F M N° Sécurité Sociale : clé **2 - ADRESSE**

Actuelle : Code postal : Ville :

N° Téléphone fixe : N° Téléphone portable :

Adresse e-mail :

Pendant la formation (si non connue à ce jour, indiquez la ville) :

3 – SITUATION FAMILIALECélibataire Marié(e) Concubin(ne) Divorcé(e) Séparé(e) Veuve (veuf)

Si marié (e) : Nom et prénom du conjoint

DATE DE NAISSANCE : PROFESSION

Nombre d'enfants et âge :

4 – PERSONNE A JOINDRE EN CAS D'URGENCE - OBLIGATOIRE

J'autorise Mme LORRE, Directrice de l'IFPS de Vannes Tohannic, à prendre contact avec la personne citée ci-dessous en cas d'urgences ou bien situations exceptionnelles (absences prolongées non expliquées etc.)

NOM : PRENOM :

Adresse : VILLE : CP :

Téléphone domicile ou portable : Téléphone travail :

Lien de parenté (éventuel) :

Autre personne : NOM PRENOM

Téléphone domicile et portable :

5 – DIVERS**Formation / études**

Dernière classe suivie	Nom de l'Etablissement	Ville	département	Année	Diplôme obtenu

N°INE :(se trouve sur vos bulletins scolaire du lycée ou relevé de note de vos résultats du BAC)

Autres formations :

Avez-vous suivi une préparation au concours?

Oui Non

Si oui, Quel organisme : Ville : Durée :

Etes-vous sortie du milieu scolaire depuis plus d'un an :

Oui Non

Quel est votre statut actuellement

- Etudiant/ élève sans autre statut
- Apprenti
- Salarié du privé ou Congé Individuel de Formation (CIF)
- Agent de la fonction publique (contractuel ou titulaire) ou congé de formation professionnelle
- Demandeur d'emploi ayant quitté le système scolaire depuis moins d'un an
- Autres demandeur d'emploi
- Sportif de haut niveau

Pôle emploi :

Oui Date d'inscription à Pôle Emploi :
 Numéro d'inscription à Pôle Emploi :
 Non

Exercez-vous une profession en ce moment ?

Oui Adresse de l'employeur :
 Fonction exercée :
 en CDD en CDI
 Non

Si CDI en contrat privé ou fonctionnaire de la fonction publique : Quel est le mode de prise en charge ?

- Prise en charge par l'employeur
- Prise en charge par Pôle Emploi (ANFH – FONGECIF – CIF – UNIFAF)
- Prise en charge de l'employeur uniquement Nom et adresse de l'employeur :

.....

Professions de vos parents (ou tuteur)

Père	Mère	Tuteur
Agriculteur	Agriculteur	Agriculteur
Artisan, commerçant et chef d'entreprise	Artisan, commerçant et chef d'entreprise	Artisan, commerçant et chef d'entreprise
Cadre administratif et commercial	Cadre administratif et commercial	Cadre administratif et commercial
Cadre fonction publique	Cadre fonction publique	Cadre fonction publique
Chômeur n'ayant jamais travaillé	Chômeur n'ayant jamais travaillé	Chômeur n'ayant jamais travaillé
Clergé – Religieux	Clergé – Religieux	Clergé – Religieux
Contremaître – agent de maîtrise	Contremaître – agent de maîtrise	Contremaître – agent de maîtrise
Employé administratif ou civil, agent de service	Employé administratif ou civil, agent de service	Employé administratif ou civil, agent de service
Employé de commerce	Employé de commerce	Employé de commerce
Ingénieur	Ingénieur	Ingénieur
Non renseigné (inconnu)	Non renseigné (inconnu)	Non renseigné (inconnu)
Ouvrier agricole	Ouvrier agricole	Ouvrier agricole
Ouvrier non qualifié	Ouvrier non qualifié	Ouvrier non qualifié
Ouvrier qualifié	Ouvrier qualifié	Ouvrier qualifié
Personne service direct aux particuliers	Personne service direct aux particuliers	Personne service direct aux particuliers
Personne sans activité professionnelle	Personne sans activité professionnelle	Personne sans activité professionnelle
Policiers et militaires	Policiers et militaires	Policiers et militaires
Professeurs des écoles et assimilés	Professeurs des écoles et assimilés	Professeurs des écoles et assimilés
Professions libérales	Professions libérales	Professions libérales
Retraité	Retraité	Retraité
Technicien	Technicien	Technicien
Autres :	Autres :	Autres :

(Mettre une croix dans la case correspondante)

A RETENIR :

Il est de la responsabilité de l'étudiant de mettre à jour les données administratives du dossier complet auprès du secrétariat (changement d'adresse, de coordonnées téléphoniques, de personne à joindre en cas d'urgences etc.) au cours de l'année scolaire.

IMPORTANT**L'admission définitive au CFARM est subordonnée :**

- ① / A la production au plus tard, le premier jour de la pré-rentree, d'un certificat établi par un médecin agréé attestant que l'étudiant ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession.**
- ② / A la production, au plus tard, le jour de la rentrée, d'un certificat médical des vaccinations (vaccination « diphtérique, tétanique, coquelucheux et poliomyélitique » obligatoire - Vaccinations Hépatite B et ROR recommandées).**

Date

Signature de l'élève

6 – STAGES

NOM de naissance : **PRENOM :**

NOM d'épouse :

AGE :

Domiciliation pendant la formation (ville) :

Situation familiale :

Célibataire Marié(e) Concubin(ne) Divorcé(e) Séparé(e) Veuve (veuf)

Nombre d'enfants et âge :

• **Avez-vous le permis de conduire ? :** Oui Non

Si non, quand envisagez-vous le passer :

• **Disposez-vous d'une voiture ? :** Oui Non

• **Expériences dans le milieu sanitaire et social :**

Activités professionnelles		Stages effectués	
Employeur	Service	Employeur	Service

Si l'un des membres de votre famille travaille dans le domaine de la santé dans le département du Morbihan, veuillez préciser :

NOM - PRENOM	ETABLISSEMENT OU UNITE DE SOINS	LIEN DE PARENTE



DOCUMENT À FAIRE REMPLIR LORS DE L'ENTRÉE EN FORMATION

Certificat médical d'aptitude

(à faire compléter **par un médecin agréé*** par l'Agence Régionale de Santé
Selon l'article 13 de l'arrêté du 22 octobre 2005 modifié)

Je soussigné Dr

certifie que Mme / M.

né(e) le

→ ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de
la profession d'Assistant de régulation médicale.

Fait à, le

Tampon :

Signature :

*liste disponible par département :

<https://www.bretagne.ars.sante.fr/les-medecins-agrees-1>

ATTESTATION MEDICALE D'IMMUNISATION ET DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES

Des personnes mentionnées à l'article L3111-4 du code de la santé publique et dans le cadre de la crise sanitaire COVID-19

Je, soussigné(e) Docteur

Certifie que : Nom de naissance Nom d'usage

Prénom : Né(e) le...../..... /.....

En formation de :

Est immunisé(e) :

- Contre la DIPHTERIE, le TETANOS et la POLIOMYELITIS :

Dernier rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N° lot

- Contre l'HEPATITE B, selon les **conditions définies au verso**, il/elle est considéré(e) comme : *(rayer les mentions inutiles)*

- Immunisé(e) contre l'HEPATITE B :	oui	non
- Non répondeur (se) à la vaccination (après l'administration de 6 doses)	oui	non
- Nécessitant un avis spécialisé	oui	non

- Par le BCG* OUI NON

Nom du vaccin intradermique ou Monovax®	Date du vaccin	N° lot

**Un arrêté du 27 février 2019 a suspendu l'obligation de vaccination par le BCG.*

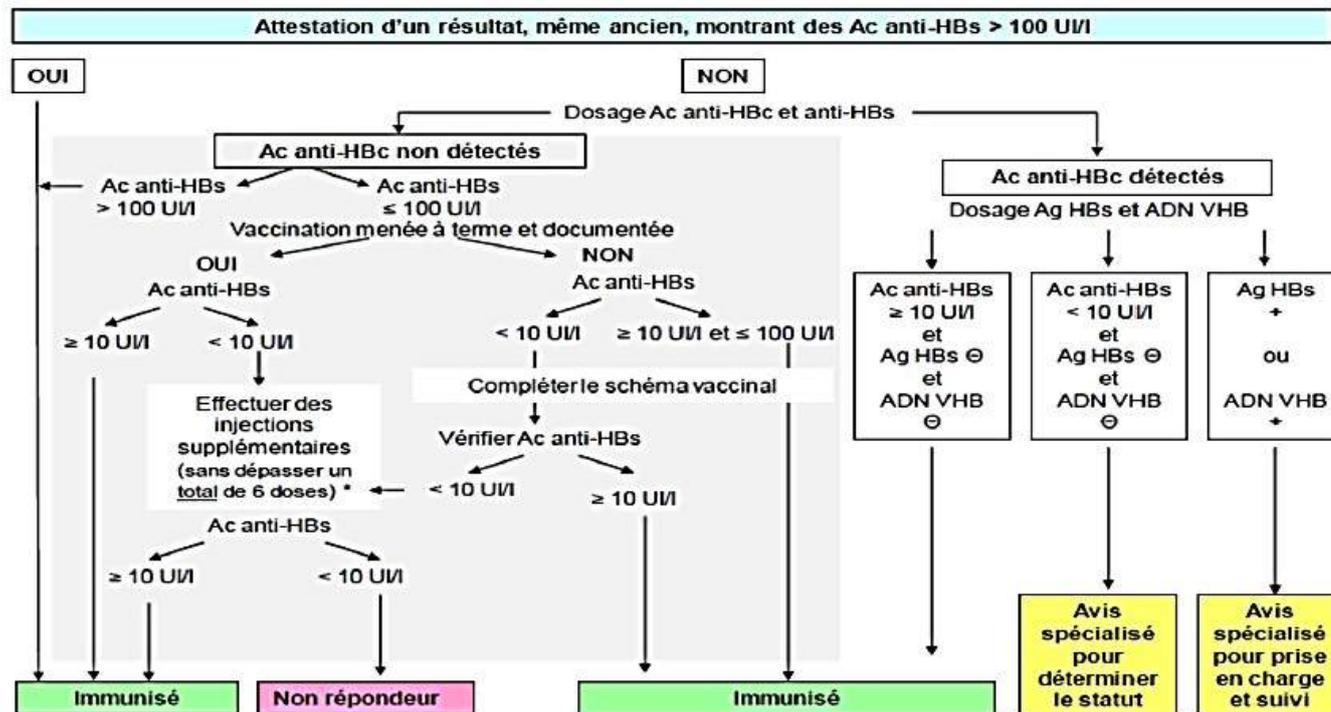
IDR à la tuberculine*	Date	Résultat (en mm)

**L'IDR de référence est obligatoire : Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiques.*

SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN

Nota bene : Selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour les étudiants et professionnels de santé, il est par ailleurs recommandé d'être immunisé contre la COVID-19, la coqueluche, la rougeole, la rubéole et les oreillons (ROR), la varicelle et la grippe saisonnière, ainsi que contre l'hépatite A pour les personnes s'occupant d'enfants n'ayant pas atteint l'âge de la propreté (par exemple personnels des crèches, assistants maternels...) et – des structures collectives d'accueil pour personnes handicapées.

Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des personnes mentionnées à l'article L.311-4 et dont les conditions sont fixées par l'arrêté du 2 août 2013



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

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

Textes de référence

- Articles L.3111-1, L.3111-4 et L.3112-1 du code de la santé publique (CSP).
- Arrêté du 15 mars 1991 fixant la liste des établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins dans lesquels le personnel exposé doit être vacciné, modifié par l'arrêté du 29 mars 2005 (intégration des services d'incendie et de secours).
- Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiques.
- Arrêté du 6 mars 2007 relatif à la liste des élèves et étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des autres professions de santé pris en application de l'article L.3111-4 du CSP.
- Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux (Titre III).
- Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L.3111-4 du CSP.
- Loi n°2021-1040 du 5 août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire et 3^{ème} dose recommandée pour le pass vaccinal après passage devant le conseil constitutionnel
- Calendrier vaccinal en vigueur (www.vaccination-info-service.fr)



Formation Assistant de Régulation Médicale

Afin de confirmer votre inscription, nous avons besoin des éléments suivants

LE DOSSIER PEDAGO-ADMINISTRATIF, joint dûment complété à nous retourner dans les 10 jours (recommandé avec accusé de réception), avec les pièces suivantes :

<input type="radio"/>	⇒ <u>Un chèque de caution de 100 euros</u> (à l'ordre du Trésor Public) pour l'année scolaire 2024
<input type="radio"/>	⇒ <u>Une photocopie de votre carte d'identité</u> (recto et verso) ou de votre passeport et carte de séjour pour les personnes étrangères
<input type="radio"/>	⇒ <u>Une photocopie de votre carte vitale</u>
<input type="radio"/>	⇒ <u>Une photocopie de votre dernier diplôme,</u> pour les élèves en terminale merci de nous transmettre votre relevé de notes
<input type="radio"/>	⇒ <u>Une photocopie de votre attestation d'assurance responsabilité civile privée</u> (souvent liée à votre assurance habitation)

LES PIÈCES SUIVANTES SERONT à remettre pour le jour de la pré-rentrée au plus tard :

<input type="radio"/>	⇒ <u>Un certificat médical d'aptitudes émanant d'un médecin agréé</u> (liste médecin agréé : https://www.bretagne.ars.sante.fr/les-medecins-agrees-1) attestant que "vous ne présentez pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession". Il est important que ces éléments apparaissent sur le certificat dans ce sens pour que vous soyez admis(e) à l'Institut. (voir document joint)
<input type="radio"/>	⇒ <u>Une attestation médicale de vaccination</u> (document joint) complété et signé par un médecin (Vaccination « diphtérique, tétanique, coquelucheux et poliomyélitique, et Hépatite B obligatoires »).