Promotion auxiliaire de puériculture 2024-2025

Dossier administratif I.F.A.P Vannes

Procédure d'inscription :

Ce dossier est strictement réservé aux candidats admis en IFAP pour la rentrée de septembre 2024 et ayant confirmé leur place à l'IFPS de Vannes,

- A l'issue de la procédure de sélection

Imprimer et remplir le dossier d'inscription et réunir les pièces demandées. Ce dossier est à retourner dans les 10 jours suivant votre accord définitif.

(les pièces complémentaires manquantes aux dossiers pour des raisons de calendrier, seront à renvoyer au plus tard le **22 juillet 2024**).

Rentrée le lundi 26 août 2024 à 9 heures

Campus Tohannic
11 rue André Lwoff
56000 VANNES
Tel : 02 97 46 84 01
https://ifps-vannes.

Courriel :
Secretariat-formation-ap@ifps-vannes.fr

Pièces à joindre à ce dossier DUMENT COMPLETE (en recommandé/accusé de réception ou à déposer directement à l'IFPS de Vannes

Nb pièces	Liste des pièces à joindre au dossier d'inscription	Contrôle IFPS
1	La fiche administrative dûment complétée	
2	Copie d'une pièce d'identité (recto verso) en cours de validité	
3	L'attestation d'affiliation à la Sécurité Sociale	
4	Pour les candidats étrangers : - Titre de séjour en cours de validité et pièces d'identité - Diplôme étrangers (traduction du diplôme effectuée par un traducteur agréé auprès des tribunaux français, ou l'attestation de comparabilité d'études - Une attestation de niveau de langue B1 française	
5	Pour les candidats : - Lycéens : - photocopie de votre relevé de notes au baccalauréat - Etudiants et autres : - photocopie de vos diplômes	
6	L'imprimé de financement complété	
7	Pour les candidats concernés o Votre accord de prise en charge financière de votre employeur o Votre attestation d'inscription et de rémunération France Travail	

Pour le 22 juillet 2024 dernier délai.

Nb pièces	Liste des pièces à joindre au dossier d'inscription	Contrôle IFPS
8	**Une attestation d'assurance responsabilité civile individuelle/personnelle,** valide pour l'année de formation, couvrant votre responsabilité civile tant lors des stages que des trajets occasionnés par ceux-ci : Accidents corporels causés aux tiers - Accidents matériels causés aux tiers Dommages immatériels. Cette assurance est obligatoire, veuillez-vous rapprocher de votre assureur afin de vérifier vos garanties (généralement comprise dans l'assurance de votre lieu d'habitation)	
9	**Une attestation d'assurance responsabilité civile risques professionnels et protection juridique** (spécifiant la prise en charge pour les stages en milieu hospitalier et extra hospitalier) – **fortement recommandée** (possibilité d'une souscription gratuite auprès de la MACSF)	
10	Un extrait de casier judiciaire (extrait n° 3)	
11	**Votre dossier médical complet constitué de :** o **Certificat médical d'aptitudes émanant d'un médecin agréé** (cf liste des médecins agréés de votre département sur le site de l'ARS – ex bretagne : https://www.bretagne.ars.sante.fr/les-medecins-agrees-1 (document joint, dûment complété par le médecin agréé). o Une **attestation médicale d'immunisation et de vaccination** (document joint, dûment complété par votre médecin traitant). A**ttention, le processus vaccinal Hépatite B est long. Vous devez débuter le schéma vaccinal le plus tôt possible)** **La vaccination est obligatoire avant l'entrée en formation le 26 août 2024.**	

ifps vannes Formations en Santé	**Fiche administrative d'inscription formation AUXILIAIRE DE PUERICULTURE 2024 -2025**	**IFPS**

Modalités d'admission

Vous êtes : (cochez la case vous correspondant)

◯ Candidat Via la plateforme sélection

◯ Candidat relevant de la formation professionnelle

1 - IDENTIFICATION DE L'ETUDIANT

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 ☐☐

Caisse d'affiliation : CPAM ☐ **Autre :** ☐ **précisez : …… Domiciliation : ……**

Personne reconnue en situation de handicap : ☐ **Oui** ☐ **Non**

Organisme de rattachement : …… *(joindre justificatif)*

2 - ADRESSE

► **Résidence pendant les études (si non connue à ce jour, indiquez la ville) :** ……
……
…….……
Code postal : …… Ville : ……

► **Autre résidence (parentale)** :
……
……
Code postal : …… Ville : ……

Adresse e-mail :…☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

N° Tél. fixe : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ **N° Tél. portable** : …☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

3 – SITUATION FAMILIALE

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

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 portable : …… **Téléphone domicile** : …… **Téléphone travail** : ……
Lien de parenté (éventuel) : ……

<u>Autre personne</u> :

NOM …… **PRENOM** ……
Téléphone domicile et portable : ……

Lien de parenté (éventuel) : ……

5 – FORMATION / EXPERIENCES PROFESSIONNELLES

ETUDES EFFECTUEES ET DIPLOMES OBTENUS :

Année scolaire	Discipline	Diplôme préparé	Diplôme obtenu	
……. /…….			oui	non
……. /…….			oui	non
……. /…….			oui	Non
……. /…….			oui	Non

EXPERIENCES PROFESSIONNELLES ANTERIEURES :

Années	Lieu	Poste occupé
……. /…….		
……. /…….		
……. /…….		
……. /…….		
……. /…….		

6 - VEHICULE (STAGE)

Vous serez amené à vous rendre en stage sur le territoire de santé 4 du Groupe Hospitalier Bretagne Atlantique (VANNES, PLOËRMEL, MALESTROIT), pour cela l'obtention du permis de conduire le plus rapidement possible est fortement conseillé.

Les horaires de stage ont une amplitude horaire très variable et ils ne sont pas toujours compatibles à l'utilisation des transports en commun.

Les terrains de stage sont attribués par l'IFPS, le nombre de places de stage étant limité, il ne sera pas possible de refuser un stage au motif que celui-ci est trop éloigné ou que vous n'êtes pas véhiculé.

Compte tenu de ces éléments, l'étudiant doit faire preuve d'autonomie pour les déplacements lors des stages.

Avez-vous le permis de conduire :

☐ **Oui** ☐ **Non**

ifps vannes Formations en Santé	**Autorisation publication des résultats du diplôme d'état d'auxiliaire de puériculture**	**IFPS**

Je soussignée …….. autorise la Direction Régionale de l'Economie, de l'Emploi, du Travail et des Solidarités Bretagne (certificateur) à publier mes noms et prénoms sur internet dans le cadre de la diffusion des résultats du diplôme d'état auxiliaire de puériculture *:

Le ……. à ……..

Signature

*en cas de refus, merci d'adresser un courrier ou mail à l'adresse suivante :

IFPS
Campus de Tohannic
11 rue André Lwoff
56000 VANNES
secretariat-formation-ap@ifps-vannes.fr

ifps vannes Formations en Santé	**Dossier financement**	IFPS

Lire attentivement :

NE PAS CONFONDRE LE FINANCEMENT DE LA FORMATION ET LA REMUNERATION

- FINANCEMENT DE LA FORMATION : Frais de formation pris en charge par la Région Bretagne sous conditions (poursuite de scolarité et demandeur d'emploi). Attention, pour pouvoir bénéficier de cette prise en charge, vous devez être libre de tout contrat de travail à la date du **26/08/2024**.
- REMUNERATION : prise en charge par un organisme (France Travail, ANFH, Transitions PRO,…)

Indiquez quel est/sera votre statut à l'entrée en formation (cochez la case correspondant à votre statut) :

	NEO BACHELIER
	ETUDIANT
	DEMANDEUR D'EMPLOI
	SALARIE DU PRIVE
	PROMOTIONS PROFESSIONNELLES
	AUTRES, PRECISEZ : ……

MERCI DE RENSEIGNER LES INFORMATION COMPLEMENTAIRES, DANS LES SITUATIONS SUIVANTES :

Si vous êtes lycéens ou Etudiants	**Classe fréquentée en 2023/2024** Etablissement fréquenté : Ville :	---------- ---------- ----------	**Pièce à joindre :** Certificat de scolarité.
Si vous êtes Demandeur d'emploi	**N° identifiant :** **Région d'inscription :** **Etes-vous indemnisé ?**	---------- ---------- ❑ **Oui** ❑ **Non**	**Pièce à joindre :** Attestation d'inscription à France Travail (précisant le numéro d'identifiant et l'adresse de l'Agence de rattachement)
❑ Si vous êtes Salarié du privé	**Nom de l'entreprise :** ---------- **Financeur (employeur, Transition pro, …) :** ---------- **Type de contrat : CDI CDD Autres :**		
❑ Si vous êtes agent de la fonction publique hospitalière en promotions professionnelles	Nom de l'établissement de rattachement : ----------		**Pièce à joindre :** Attestation de prise en charge employeur
❑ si vous êtes Salarié démissionnaire, en disponibilité, en congé sabbatique ou en congé parental			**Pièce à joindre :** Attestation d'inscription à France Travail (précisant le numéro d'identifiant et l'adresse de l'Agence de rattachement)

ATTENTION ! Si vous vous inscrivez ultérieurement à France Travail, merci d'en informer l'Institut et de transmettre les justificatifs cités ci- dessus.

8 - DEMANDE DE BOURSE

INSCRIPTION SUR LE SITE DE LA REGION BRETAGNE :

https://aides.bretagne.bzh/

DATES D'OUVERTURE DE L'EXTRANET :

DU 01/07/2024 AU 30/09/2024 2024

Les dates transmises par la Région sont impératives, il n'y a pas d'ouvertures complémentaires.

Code établissement : arYgeuR

Pour information, la date de dépôt des pièces justificatives conditionne l'instruction de la demande.

RAPPEL : Vous ne pouvez prétendre à une bourse si vous bénéficiez :

- D'une allocation chômage
- D'un congé individuel de formation indemnisé
- D'aide à l'insertion ou de minima sociaux
- D'une pension civile ou militaire de retraite.

Vous suivez une formation et avez besoin d'un ordinateur ?

L'association Défis & La Région Bretagne

vous équipent pour la durée de votre formation

Pour plus d'informations, adressez-vous à votre référent formation

Défis

Région Bretagne

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 ……., agréé,

certifie que Mme / M. ……

élève (e) entrant en formation d'auxiliaire de puériculture

né(e) le ……..

➔ Ne présente pas de contre-indication d'ordre physique et psychologique avec l'exercice de la profession d'auxiliaire de puériculture.

Fait à ……., le ……..

Cachet et signature du Médecin agréé

*liste disponible par département :
https://www.bretagne.ars.sante.fr/les-medecins-agrees-1
Ce certificat médical est à joindre à votre dossier d'inscription. Il doit être remis au plus tard le jour de la prérentrée. A défaut, l'inscription ne sera pas possible.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté Égalité Fraternité

Agence Régionale de Santé Bretagne

ATTESTATION MEDICALE D'IMMUNISATION ET DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES

des personnes mentionnées à l'article L3111-4 du code de la santé publique

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 POLIOMYELITE** :

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.*

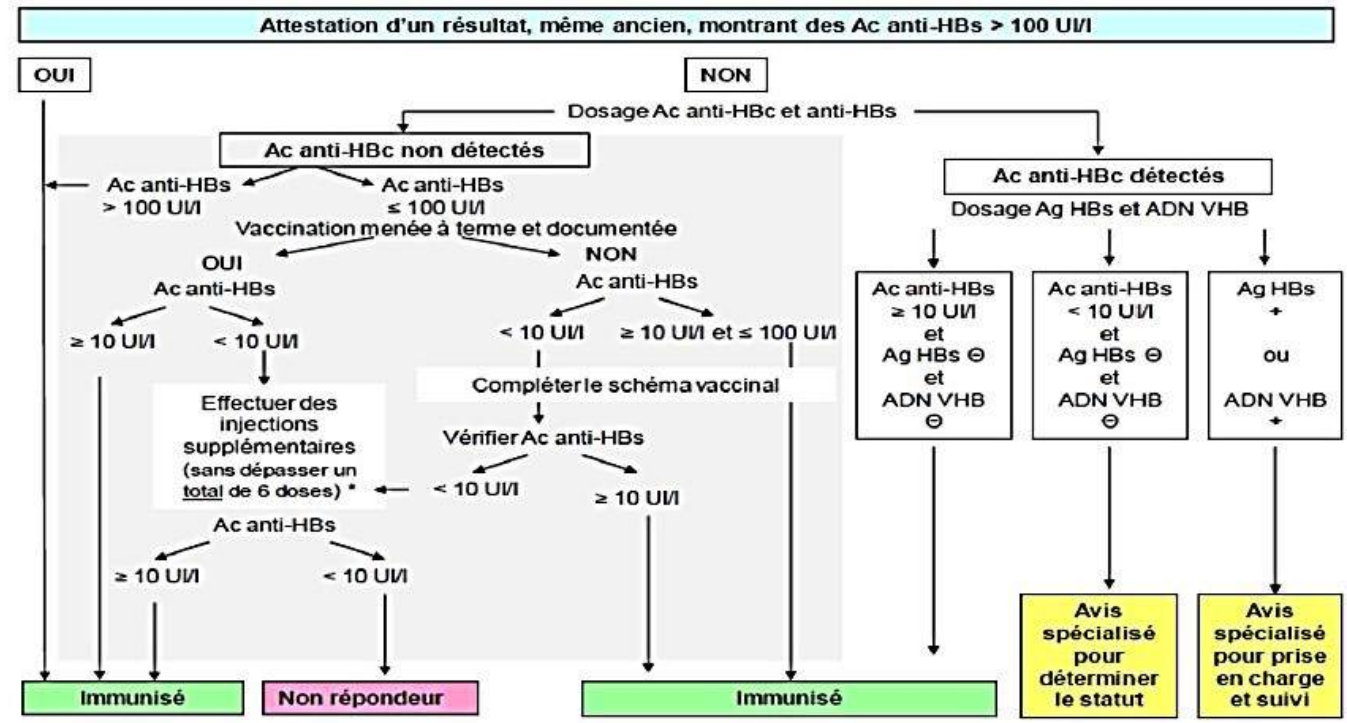
IDR à la tuberculine*	**Date**	**Résultat (*en mm*)**

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 tuberculiniques.*

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 àl'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 29mars 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 tuberculiniques.
- 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.3111-4du CSP.
- Loi n'°2021-1040 du 5 août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire et 3ème dose recommandée pour le pass vaccinal après passage devant le conseil constitutionnel
- Calendrier vaccinal en vigueur (cf.www.vaccination-info-service.fr)