



INSTITUT DE FORMATION DES METIERS DE LA SANTE  
Centre Hospitalier d' Ajaccio  
Site du Stiletto – 1180 route A Madunuccia  
20090 Ajaccio



Institut de Formation Aide-Soignant  
RENTREE SCOLAIRE 2024/2025  
DOSSIER ADMINISTRATIF

[accueil.ifms@ch-ajaccio.fr](mailto:accueil.ifms@ch-ajaccio.fr)  
<https://www.ch-ajaccio.fr/ifms>  
☎ 04.95.29.81.25

# CONDITION D'ADMISSION A L'IFAS

Arrêté du 7 avril 2020 relatif aux modalités d'admission aux formations conduisant aux diplômes d'Etat d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture modifié par l'arrêté du 12 avril 2021.

## L'ADMISSION DÉFINITIVE EN IFAS EST SUBORDONNÉE :

*Dès l'affichage du jury concours soit le 08 juillet 2024 :*

- Courrier de confirmation d'entrée en formation à remettre au secrétariat **avant le 15 juillet 2024** minuit,
- Dossier administratif de rentrée scolaire 2024-2025 à remettre au secrétariat **avant le 22 juillet 2024 minuit, cachet de la poste faisant foi.**

*A la rentrée scolaire :*

- **A la production d'un certificat médical émanant d'un médecin agréé**, attestant que le candidat ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession (**cf. document n°1**)
- Les candidats sollicitant des aménagements durant la formation doivent transmettre à l'institut de formation **l'avis du médecin agréé par l'ARS** désigné par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) précisant les modalités à appliquer. Le Directeur évaluera la faisabilité des aménagements prescrits.

*Avant date d'entrée au 1<sup>er</sup> stage :*

- **A la production d'un certificat médical de vaccination** conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France (**cf. document 2**).

## TRES URGENT

- Prendre rendez-vous avec **votre médecin traitant** afin de constituer votre dossier médical. **Vous munir du document N°1 et N°1 bis et de votre carnet de vaccination.**
- Prendre rendez-vous avec le médecin agréé afin de remplir le **document N°2. Vous munir du document N°1 et N°1 bis et du document N°2.** Vous trouverez la liste des médecins agréés pour **la CORSE DU SUD** et les renseignements nécessaires à la constitution de votre dossier sur le site : [www.ch-ajaccio.fr](http://www.ch-ajaccio.fr)
- Le **Document n°2** est à ramener à la rentrée, et **document n°1** à ramener avant la date d'entrée au 1er stage.
- Pour votre information les lieux de vaccinations possibles sont :

- ◎ **CENTRE DEPARTEMENTAL DE VACCINATION**  
Hôpital Eugénie, 3ème étage, Boulevard Rossini, 20000 Ajaccio  
- Sur rendez-vous - Tel 04 95 29 94 32 - consultation gratuite
- ◎ **Centre de Lutte Anti-Tuberculeuse (CLAT)**  
Hôpital Eugénie, 3ème étage, Boulevard Rossini, 20000 Ajaccio  
- Sur rendez-vous - Tel 04 95 29 94 32- consultation gratuite

Si vous êtes dans l'impossibilité de vous rendre au centre départemental de vaccination d'Ajaccio remettre au médecin agréé, l'attestation de vaccination (document 2) muni de votre carnet de vaccination.

## DISPOSITIF DE FORMATION :

Le référentiel de formation est construit par l'alternance entre des temps de formation théorique réalisés dans les instituts de formation et des temps de formation clinique réalisés sur les lieux d'activités de soins.

La durée de la formation est de 44 semaines soit 1540 heures réparties comme suit :

- 22 semaines (770 h) d'enseignement théorique en institut de formation
- 22 semaines (770 h) d'enseignement clinique en stage

L'enseignement en institut de formation et les stages cliniques sont organisés sur la base de 35 heures par semaine. La planification de l'alternance pour l'année de formation est organisée et mise en œuvre par la direction et l'équipe pédagogique.

## INFORMATION :

Les élèves aide-soignant ne sont pas assujettis au régime administratif « étudiants » de la sécurité sociale. Ils doivent obligatoirement fournir **à la rentrée une attestation de sécurité sociale à jour et couvrant l'année de scolarité.**

## INSTRUCTION TENUES PROFESSIONNELLES :

Conformément aux accords conclus dans le cadre du Ségur de la santé, les tenues professionnelles des élèves aide-soignant devront à présent être fournies et entretenues par les structures d'accueil en stage.

**Cependant, nous vous conseillons d'acheter** pour la rentrée scolaire deux tenues d'aide-soignant, (Casaque et pantalon) de couleur vert d'eau afin de pouvoir assurer vos travaux pratiques au sein de l'IFMS.

**Celles-ci devront être identifiées à vos noms, prénoms, et statut d'élève. (Pas de badge)**

## AIDES FINANCIERES :

Il appartient aux candidats de faire toutes les démarches de demandes de prises en charge ou d'aides financières dès leur inscription au concours d'entrée.

Exemples de financements possibles, selon la situation sociale :

- Aide aux jeunes attribuée par la **Mission Locale** pour les élèves ayant moins de 26 ans.
- Allocation **France Travail** pour les demandeurs d'emploi.
- **Congé Individuel de Formation** ou prise en charge par l'employeur pour les salariés.
- **Bourses d'État** attribuées aux élèves en formation par le Collectivité de Corse (CDC) : les demandes de bourses se feront via l'application « **Ghjuventu** », il en sera de même pour toutes les aides auxquelles vous pourrez prétendre (grâce au simulateur d'aides intégré à l'application).

A compter du 20 juillet, créer un compte sur l'application (lien ci-après), que ce soit par ordinateur ou smartphone. <https://www.ghjuventu.corsica/>

Les documents demandés et déposés par les apprenants seront obligatoirement au format PDF. Par ailleurs, la clôture des demandes est fixée au 24 septembre 2024.

**FICHE DE RENSEIGNEMENT  
FORMATION AIDE-SOIGNANT 2024-2025**

**⚠ TOUT CHANGEMENT DE COORDONNEES EN COURS DE FORMATION DOIT ETRE  
IMPERATIVEMENT SIGNALEE AU SECRETARAIT**

SITE AJACCIO

SITE SARTENE

**ETAT CIVIL**

Madame

Monsieur

NOM DE NAISSANCE : .....

NOM MARITAL : ..... PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../..... LIEU : ..... NATIONALITE : .....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : ..... PAYS : .....

ADRESSE MAIL:.....

TELEPHONE PORTABLE : .....

**SITUATION SOCIALE**

NUMERO DE SECURITE SOCIALE A JOUR :    \_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_

SITUATION DE HANDICAP :    OUI        NON

*(Si oui, fournir un justificatif MDPH)*

AMMENAGEMENT D'EPREUVE :        OUI        NON

*Si oui, précisez : .....*

**SITUATION FAMILIALE**

CELIBATAIRE    MARIE(E)    CONCUBIN(E)    PACSE(E)    DIVORCE(E)    VEUF(VE)

NOMBRE D'ENFANTS : .....

NOM DE FAMILLE DES ENFANTS SI DIFFERENT DU VOTRE : .....

**FINANCEMENT**

PRISE EN CHARGE FINANCIERE DE LA FORMATION :

PERSONNEL

AUTRE

*Précisez : .....*

EMPLOYEUR :

NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR : .....

.....

REMUNERATION POLE EMPLOI :        OUI        NON

NUMERO D'IDENTIFIANT POLE EMPLOI : .....

**FORMATION**

VAE

*Précisez les modules à valider : .....*

**CURSUS COMPLET :**        FORMATION INITALE

**CURSUS PARTIEL :**

DEAP

DEAVS

ADVF

DEA

AMP

MCAD

DEAES

ASMS

ARM

Bac Pro ASSP

Bac Pro SAPAT

# DOCUMENT N°1

## ATTESTATION MEDICALE D'IMMUNISATION ET DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES

**A FAIRE REMPLIR PAR VOTRE MEDECIN TRAITANT ET A JOINDRE AU DOSSIER ADMINISTRATIF APRES VISITE CHEZ LE MEDECIN AGREE**

**Δ : REMPLIR OBLIGATOIREMENT TOUTES LES CASES**

Je soussigné(e) Docteur .....

Atteste que, le candidat à l'inscription à l'école d'aide-soignant

Mme, Mr. : .....

Adresse : .....

A été vacciné (remplir le tableau ci-dessous) selon la réglementation en vigueur :

- CONTRE LA DIPHTERIE- TETANOS-POLIO- COQUELUCHE :

Dernier rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N° lot

- CONTRE L'HEPATITE B : **Δ le candidat doit être immunisé avant l'entrée en stage :**

Date de la vaccination		
Nom du vaccin	Date	N° lot
1 <sup>e</sup> dose : 2 <sup>e</sup> dose : 3 <sup>e</sup> dose : 4 <sup>e</sup> dose : Date de la sérologie de contrôle : Immunisé : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		

Taux Antigène HBs : \_\_\_\_\_ Taux Anticorps anti-HBs : \_\_\_\_\_ Anticorps anti HbC : \_\_\_\_\_

- PAR LE BCG :

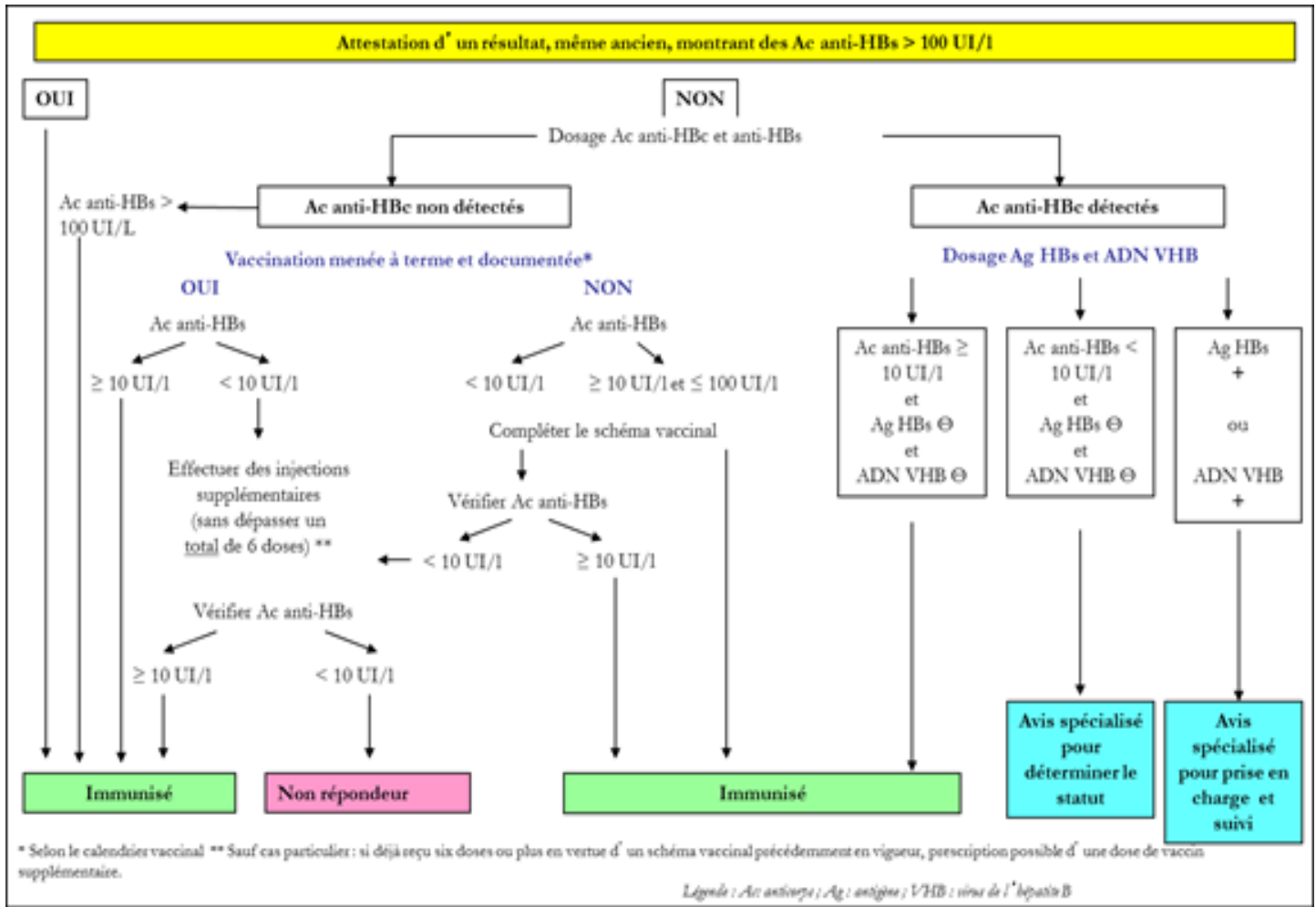
Vaccin intradermique ou MONOVAX	Date du dernier vaccin	N° lot
IDR à la tuberculine	Date	Résultat (en mm)

Date :

Signature et cachet du Médecin :

NB : selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour ces professionnels de santé, il est recommandé d'être immunisé contre la Coqueluche, la rubéole, la rougeole, la varicelle, grippe saisonnière.

**DOCUMENT N°1 BIS**  
**ALGORITHME POUR LE CONTROLE DE L'IMMUNISATION CONTRE L'HEPATITE B DES PERSONNELS DE SANTE**



**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

**DOCUMENT N°2**  
**CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE**

*A FAIRE REMPLIR PAR UN MEDECIN AGREE ET A JOINDRE AU DOSSIER ADMINISTRATIF. Vous munir du document N°1.*

**Attention : Le certificat d'aptitude de l'élève à la rentrée en formation, dépend des indications vaccinales du Document 1.**

Je soussigné(e) Docteur :.....atteste que le candidat à l'inscription à l'école d'aide-soignant de :

Mme, Mlle, Mr :.....

Adresse :.....

Ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession.

❖ Observations si non-conformité du **Document 1** :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fait à :

Le :

Signature et cachet du Médecin :

**DOCUMENT N°3**  
**AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE**

L'article 9 du Code civil dispose que chacun a droit au respect de sa vie privée.

Je soussigné(e).....

Autorise

N'autorise pas

À titre gratuit et perpétuel, l'utilisation et la reproduction, par l'IFMS, de mon nom, mon image, sur tout support existant ou à venir, à des fins de communication et de promotion de l'Institut.

La présente autorisation est valable, sans limite de territoire, et sans limitation de durée.

**Fait pour valoir ce que de droit**

Fait à :

Le :

Signature du candidat, précédé de la mention « *lu et approuvé* »



## CONSTITUTIONS DU DOSSIER ADMINISTRATIF

A remettre au secrétariat de l'IFAS du lundi au vendredi de 9h à 16h ou par courrier **REC+AR** à l'adresse suivante :

**Institut de formation des métiers de la santé**  
Site du Stiletto – 1180 Route A Madunuccia  
20090 Ajaccio

**Lundi 22 juillet 2024** dernier délai (cachet de la poste faisant foi).

Documents à fournir pour la rentrée scolaire	Vérification de la complétude du dossier	
	Cocher les éléments transmis à l'IFAS	Vérification par l'IFAS <b>ne rien inscrire dans cette colonne</b>
Une <b>photocopie du livret de famille</b>		
Une copie de l'attestation de sécurité sociale à <b>jour et couvrant l'année scolaire</b>		
<p><b>Pour les <b>ASHQ</b> et les <b>agents de service</b> :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une photo d'identité récente</li> <li>- Photocopie recto-verso de la carte d'identité, en cours de validité ou titre de séjour valide pour toute la période de la formation.</li> <li>- <b>Soit un justificatif d'ancienneté de service cumulée d'au moins 1 an</b> en équivalent temps plein, effectué au sein d'un ou plusieurs établissements sanitaires et médico-sociaux des secteurs publics et privé, ou dans des services d'accompagnement et d'aide aux domiciles des personnes</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b><u>ET</u></b></p> <p><b>Justificatif une ancienneté d'au moins 6 mois</b> en équivalent temps plein, effectué au sein d'un ou plusieurs établissements sanitaire et médico-sociaux des secteurs publics et privé, ou dans des services d'accompagnement et d'aide aux domiciles des personnes</p>		
La fiche d'inscription <b>remplie</b>		
<b>Si prise en charge de la formation</b> , fournir une attestation		
<b>Si obtention AFGSU II</b> (Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence niveau 2), fournir une copie de l'attestation		
Attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoire ( <b>document N°1</b> )		
Certificat médical d'aptitude ( <b>document N°2</b> )		
Autorisation de droit à l'image ( <b>document n°3</b> )		
Certificat de vaccination contre le covid-19		
Enveloppe format A4 à <b>soufflet autocollante</b> timbrée au tarif « <b>REC + AR</b> lettre prioritaire 100 grammes » libellée aux <b>noms et adresse du candidat</b>		

**Une attestation d'entrée en formation vous sera remise à la rentrée, une fois ces documents fournis**