



FORMATION AIDE-SOIGNANT(E) - ASH(Q) **Session 2023-2024**

DOSSIER D'INSCRIPTION

**Pour envoyer votre dossier
et/ou vos courriers**

IFMS
Centre Hospitalier
3 Quai de l'hôpital – BP 229
89306 JOIGNY Cedex

**Pour vous former et nous
rendre visite**

IFMS JOIGNY
Place Cassini
1 avenue d'Hanover
89300 JOIGNY

Tél : 03.86.92.33.66
E-MAIL : ifms@ch-joigny.fr
SITE INTERNET : ifmsjoigny.com

CALENDRIER SESSION 2023-2024

1. Clôture des inscriptions / Retour des dossiers :

Au plus tard le 30/06/2023

Les dossiers incomplets ou reçus hors délais ne seront pas traités.

2. Formation

| | |
|----------------------|----------------------|
| Début de formation : | Le 28 août 2023 * |
| Fin de formation : | Le 21 juillet 2024 * |
| Capacité d'accueil : | 40 personnes ** |

**Dates indicatives*

*** À confirmer selon le nombre de reports de la session précédente*

FICHE INSCRIPTION

DOSSIER ASHQ - ENTREE EN INSTITUT DE FORMATION AIDE-SOIGNANT(E)

Mme M.

NOM DE NAISSANCE

NOM D'USAGE

PRÉNOM(S)

SITUATION FAMILIALE

DATE DE NAISSANCE /..... /..... LIEU ET DEPARTEMENT

NATIONALITÉ

NUMERO SÉCURITÉ SOCIALE

ADRESSE

.....

CODE POSTAL VILLE

TELEPHONE

ADRESSE MAIL (OBLIGATOIRE)@

TRAVAILLEUR HANDICAPÉ : oui non

PERMIS DE CONDUIRE : oui non

NIVEAU ET DERNIER DIPLOME OBTENU :

SÉRIE OU INTITULÉ :

DATE D'OBTENTION :

PARCOURS DE FORMATION :

- Parcours Complet
- Parcours ASHQ/ASH 70heures
- Parcours passerelle DEAVS/TPAVF/DEAES/DEAMP
- Parcours passerelle DEAP / Parcours passerelle DEA
- Parcours partiel BAC PRO SAPAT / Parcours partiel BAC PRO ASSP

AUTORISATION DE PUBLICATION DES RESULTATS :

Autorise N'autorise pas ([joindre un courrier](#))

De diffuser les résultats de sélections sur le site Internet de l'IFMS et la diffusion de mon nom dans les résultats du jury final sur les sites de l'IFMS et de la DREETS (Directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités). Conformément à la loi « Informatique et Libertés » n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, nous avons besoin de votre accord.

DROIT A L'IMAGE :

Autorise N'autorise pas

Dans le respect de la législation quant au droit à l'image et au droit du respect à la vie privée (article 226-1 du Code Pénal et loi n°78-17 du 6 janvier 1978), nous avons besoin de votre accord pour la diffusion de votre image dans le cadre cité ci-après : L'Institut de Formations souhaite utiliser des photos et vidéos sur lesquelles vous pourriez apparaître pour : mettre en ligne sur le réseau Intranet du Centre Hospitalier, dans le cadre des événements marquants de sa vie institutionnelle, illustrer des activités pédagogiques, communiquer sur ses activités dans les médias locaux.

(En cas de changement d'adresse ou de téléphone, prévenir l'I.F.M.S.)

Je certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Date : __ / __ / 20 __

Signature

Les informations recueillies par l'IFMS font l'objet d'un traitement informatique destiné à assurer la gestion administrative des candidats. L'Agence régionale de Bourgogne, le Conseil Régional de Bourgogne, Pôle emploi et les 2 IFMS du groupement Nord Yonne sont destinataires d'informations nécessaires à l'accomplissement de leur mission. Ces données informatiques font l'objet de différentes enquêtes publiques. Conformément à la loi « Informatiques et Libertés », vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser à l'IFMS.

SELECTION

Arrêté du 12 avril 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat Aide-Soignant.

- Vous êtes **agent des services hospitaliers** ou **agent des services hospitaliers qualifié** de la **Fonction Publique Hospitalière** justifiant d'une ancienneté de services cumulée d'au moins **un an en équivalent temps plein**, effectués au sein d'un ou plusieurs établissements sanitaires et médico-sociaux des secteurs public ou privé ou dans des services d'accompagnement et d'aide au domicile des personnes.
- Vous serez **SÉLECTIONNÉ(E)** par votre employeur et admis(e) à entrer en formation dans la limite du quota réservé à votre catégorie.
- Vous avez constitué **un dossier d'inscription complet** à transmettre à l'Institut en le déposant ou en l'envoyant sous pli recommandé avec accusé de réception :

Au plus tard le Vendredi 30 juin 2023

Date de clôture des inscriptions (cachet de la poste faisant foi).

Pour toute information complémentaire contacter l'institut.

ATTENDUS DE LA FORMATION

- ✓ Intérêt pour le domaine de l'accompagnement et de l'aide à la personne notamment en situation de vulnérabilité.
- ✓ Qualités humaines et capacités relationnelles
- ✓ Aptitude en matière d'expression écrite et orale
- ✓ Capacités d'analyse et maîtrise des bases de l'arithmétique
- ✓ Capacités organisationnelles

PLAN DE FORMATION ASHQ

FORMATION AIDE-SOIGNANT(E)

(Devis pour les organismes financeurs)

| | |
|-----------------------------|------------------------------------|
| Date d'entrée | : 28 août 2023* |
| Date de sortie | : 21 Juillet 2024* |
| Durée de la formation | : 39 semaines |
| Durée hebdomadaire | : 35 heures / semaine |
| Enseignement théorique | : 22 semaines – 770 heures |
| Stages | : 17 semaines – 595 heures |
| Coût de la formation | : 7 000,00 € * (Tarif 2022) |

*Dates Prévisionnelles

Valérie CROSIER
Directrice



Pour les parcours passerelles, contactez l'IFMS pour un devis.

DOSSIER MEDICAL

OBLIGATIONS REGLEMENTAIRES POUR L'ENTREE EN INSTITUT DE FORMATION AUX METIERS DE LA SANTE

Vous souhaitez suivre une formation d'aide-soignant, d'auxiliaire de puériculture, d'ambulancier ou d'auxiliaire ambulancier, par conséquent, vous devez présenter **AU PLUS TARD LE JOUR DE VOTRE ENTREE EN FORMATION** :

- ✓ Un certificat médical de vaccination conforme à la réglementation en vigueur à faire remplir par votre médecin traitant.
- ✓ Un certificat médical rédigé par un médecin agréé par l'ARS attestant que le candidat ne présente de contre-indication physique et psychique à l'exercice de la profession.

Ces certificats doivent dater **de moins de 1 an avant la rentrée**.
Seuls seront acceptés les documents ORIGINAUX fournis par l'Institut.

L'admission définitive dans l'Institut de Formation aux Métiers de la Santé est subordonnée à la production de ces documents.

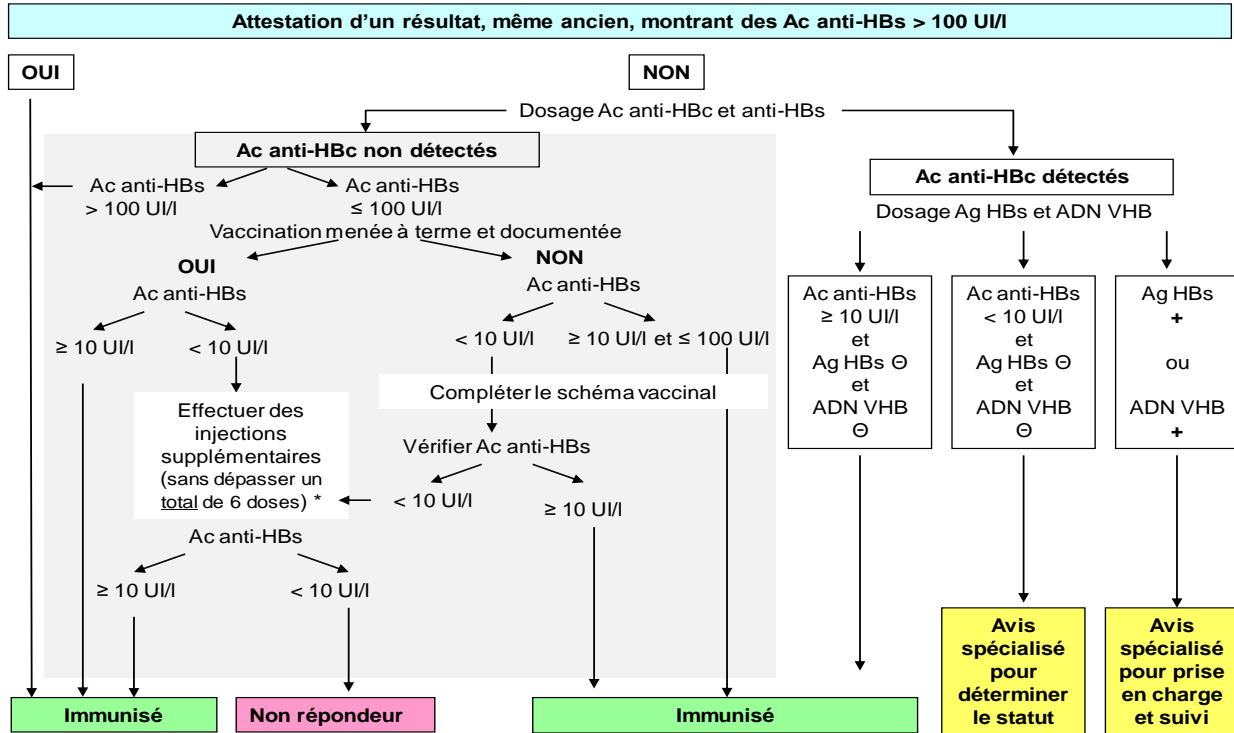
Si vous n'êtes pas à jour dans vos vaccinations, vous ne pourrez suivre les stages pratiques, ce qui remettra en cause votre formation et ne vous permettra pas d'être diplômé-e.

NB : En cas de contre-indication à l'une des vaccinations obligatoires, votre dossier d'admission sera soumis à l'arbitrage du Médecin Inspecteur Départemental ou Régional de la Santé.

* Le médecin agréé doit figurer sur la liste ARS départementale. S'il ne s'agit pas de l'Yonne, la liste des médecins agréés vous sera fournie par l'Agence Régionale de Santé du département dans lequel vous ferez faire le certificat. Vous devrez joindre à votre dossier la liste donnée par l'ARS de votre département prouvant que le médecin signataire du certificat est bien agréé.

Adresse postale :
Centre Hospitalier - IFMS
3 Quai de l'Hôpital
BP 229
89306 JOIGNY CEDEX

ALGORITHME POUR LE CONTROLE DE L'IMMUNISATION CONTRE L'HEPATITE B DES PERSONNES MENTIONNEES A L'ARTICLE L.3111-4 ET DONT LES CONDITIONS SONT FIXEES PAR L'ARRETE 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
- Calendrier vaccinal en vigueur (cf. Site du ministère chargé de la santé : <http://www.sante.gouv.fr/vaccinations-vaccins-politique-vaccinale.html>)

CERTIFICAT MÉDICAL DE VACCINATIONS OBLIGATOIRE A L'EXERCICE DE LA PROFESSION A FAIRE REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Je soussigné, Docteur

Certifie avoir examiné ce jour : M , Mme

Nom de naissance (de famille).....(2)

Nom d'usage, si différent.....(2)

Prénoms.....(2) Né(e) le __ / __ / ____

Pour la vaccination contre l'hépatite, se référer aux conditions définies par le Ministère de la Santé - voir les recommandations ARS page suivante

| LA. LE CANDIDAT.E | OUI | NON |
|---|-----|-----|
| EST A JOUR de ses vaccinations contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite | | |
| A REÇU 3 vaccinations contre l'hépatite B | | |
| A PROCÉDÉ au contrôle de sa sérologie Hépatite B | | |
| EST IMMUNISÉ.E contre l'hépatite B selon les recommandations ARS | | |
| EST RÉPONDEUSE.EUR à la vaccination contre l'Hépatite B | | |
| EST VACCINÉ.E contre la Covid 19 (joindre le justificatif) | | |
| A ÉTÉ VACCINÉ.E contre la tuberculose | | |
| A PRATIQUÉ un test tuberculinique depuis moins de trois mois | | |
| Date du test tuberculinique (IDR) : __ / __ / ____ Résultat : | | |

Fait à Le __ / __ / ____

SIGNATURE et CACHET DU MEDECIN OBLIGATOIRES :

LA. LE CANDIDAT.E QUI N'EST PAS A JOUR NE POURRA SUIVRE LA FORMATION.

Nota bene : Selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour ces professionnels de santé, il est par ailleurs recommandé d'être immunisé contre la coqueluche, la rougeole, la rubéole, la varicelle et la grippe saisonnière.

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE A L'EXERCICE DE LA PROFESSION

- Aide-Soignant Auxiliaire de Puériculture Ambulancier
 Auxiliaire Ambulancier

A REMPLIR PAR UN MEDECIN AGREE PAR L'ARS

Je soussigné, Docteur....., Médecin agréé ARS, (1)

Certifie avoir examiné ce jour : M , Mme

Nom de naissance (de famille).....(2)

Nom d'usage, si différent.....(2)

Prénoms.....(2) Né(e) le __ / __ / ____

J'ATTESTE QUE LE- LA CANDIDAT-E (2 cases à cocher)



PRESENTE ... ou NE PRESENTE PAS ...

... de contre-indications physique ou psychologique à l'exercice de la profession



QU'IL OU ELLE EST IMMUNISE-E CONTRE L'HEPATITE B, sérologies
contrôlées, résultats selon le schéma joint (selon les directives de l'ARS)

Fait à Le __ / __ / ____

SIGNATURE et CACHET DU MEDECIN AGREÉ PAR L'ARS OBLIGATOIRES :

(1) Figurant sur la liste départementale des médecins agréés – à fournir par le candidat hors département 89. **Attention**, comme le stipule d'article 4 du décret n°88-386 du 19 avril 1988 relatif aux conditions d'aptitude physique des agents de la fonction publique hospitalière, les médecins agréés appelés à examiner des candidats aux emplois de la fonction publique hospitalière dont ils sont médecins traitants sont tenus de se récuser.

(2) Nom et prénom en caractères d'imprimerie.

I- ANNEXE 1

ATTESTATION D'EMPLOYEUR (ASHQ)

Je soussigné(e) (Nom, adresse de l'employeur, N° de Téléphone, Adresse mail)

.....
.....

Certifie avoir employé(e) M ou Mme

pendant les périodes suivantes :

| Date début activité | Date fin activité | Durée de l'activité | | Emploi occupé |
|---------------------|-------------------|---------------------|----------------------------------|---------------|
| | | Temps complet | Temps partiel durée hebdomadaire | |
| | | | | |

Fait à le

Cachet et signature de l'employeur

SI VOUS AVEZ RÉALISÉ 1 ANNÉE DANS PLUSIEURS ÉTABLISSEMENTS,

VOUS DEVEZ FAIRE REMPLIR UN IMPRIMÉ PAR EMPLOYEUR

Vous devrez photocopier ce formulaire en plusieurs exemplaires

II- ANNEXE 2

ENGAGEMENT DE PRISE EN CHARGE FINANCIERE (à faire compléter par l'employeur)

Je soussigné(e),

Nom, adresse de l'employeur :

.....

.....

Numéro de téléphone :

Adresse mail : @.....

M'engage à prendre en charge financièrement pour un montant total de **7 000€** (sept mille euros).

Monsieur ou Madame :

Nom de naissance :

Nom usuel :

Prénoms :

Exerçant dans mon établissement comme agent de service hospitalier et répondant aux critères définis par l'article 11 de l'arrêté du 12 avril 2021 modifié : ayant exercé pendant au moins 1 ans la fonction d'agent des services hospitaliers qualifié de la fonction publique hospitalière, dans le cadre de sa formation d'aide-soignant, en continue à l'Institut de formations du Centre Hospitalier de Joigny pour l'année 2023-2024.

Fait à le

Cachet et signature de l'employeur

REEMPLIR UN IMPRIMÉ PAR AGENT

III- ANNEXE 3

AUTORISATION POUR L'AUTHENTIFICATION DU DIPLÔME

Vous êtes titulaire d'un diplôme, l'Institut de Formation aux Métiers de la Santé doit procéder à la vérification de la validité de votre diplôme auprès de l'académie ou de l'instance qui vous l'a délivré. Pour ce faire, nous vous remercions de remplir ci-dessous et nous le retourner avec votre dossier d'inscription et la copie de votre diplôme.

Je soussigné(e),, autorise l'Institut de Formations du Centre Hospitalier de JOIGNY, à procéder à la vérification de la validité de mon diplôme auprès de¹.....

¹ Noter les références -nom, adresse et téléphone- de l'académie (pour les diplômes scolaires) ou de l'instance (exemple : DRJSCS pour les diplômes médico-sociaux) qui vous a délivré votre diplôme.

Pour faire valoir ce que de droit.

Date Signature

Pour le mineur : signature du représentant légal

Nom prénom et lien de parenté

CONSTITUTION DU DOSSIER D'INSCRIPTION

LE DOSSIER DOIT ÊTRE DÉPOSÉ soit au secrétariat de l'Institut de Formations (ouvert du lundi au vendredi de 9 h à 16 h), soit envoyé par courrier (cachet de la poste faisant foi).

AU PLUS TARD LE 30 JUIN 2023

TOUT DOSSIER D'INSCRIPTION INCOMPLET, ARRIVÉ APRES LA CLOTURE NE SERA PAS PRIS EN CONSIDÉRATION.

NE PAS COCHER RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

- La fiche d'inscription dûment complétée.
- 2 photocopies recto/verso de votre carte d'identité en cours de validité.
- 1 photographie d'identité récente (noter votre nom et prénom au dos).
- Attestation(s) du ou des employeurs justifiant d'un an de service (Annexe 1)
- L'engagement de prise en charge financière de votre employeur (Annexe 2)
- L'autorisation d'authentification du diplôme (Annexe 3).
- Selon votre situation**, la copie des diplômes ou titres traduits en Français.
- La photocopie de l'Attestation de formation ASH 70h (s'il y a lieu)
- La photocopie de l'Attestation Formation Gestes et Soins d'Urgence de niveau 2 (s'il y a lieu)
- Attestation de sécurité sociale
- Le dossier médical également complété et signé par un médecin agréé ARS. Si vous n'êtes pas dans l'Yonne, vous devez joindre la liste des médecins agréés de votre département à votre dossier d'inscription.

Les pièces suivantes, vous seront demandées ultérieurement :

- Un chèque d'un montant de 20€ à l'ordre du Trésor Public comme participation aux frais de documentations (portefolio, référentiel et badges)
- 2 enveloppes cartonnées grand format, renseignées à votre adresse, affranchies et un formulaire d'accusé de réception rempli et glissé à l'intérieur (pour l'envoi du diplôme)

Date de réception :