

Caen, le 08/07/2025

À l'attention des élèves Aides-soignants

OBJET : Inscription et modalités de rentrée

Madame, Monsieur,

Recevez tout d'abord nos félicitations pour votre admission. Nous vous communiquons des informations importantes concernant les modalités de rentrée.

Afin de valider votre admission pour la rentrée de 2025, le dossier intégralement complété et accompagné des pièces justificatives devra nous être retourné **dans les plus brefs délais**. En l'absence d'une des pièces demandées dans le dossier ci-dessous, votre admission ne pourra être validée le jour de la rentrée. Nous vous engageons donc à nous fournir l'ensemble des pièces le plus rapidement possible.

Nous tenons également à vous préciser que l'ensemble de votre dossier génère la validation de votre financement.

Pour information, le coût pédagogique d'une année de formation s'élève à 5500 €.

Ce coût pédagogique devra être assumé par un organisme financeur, par votre employeur ou par le Conseil Régional en fonction des informations que vous aurez renseignées, ou à défaut par l'élève ; le dossier de financement doit donc impérativement être à jour.

Si vous pensez pouvoir bénéficier d'une bourse, nous vous invitons à consulter les conditions sur le site internet du CROUS NORMANDIE (attention au respect des délais).

Nous attirons également votre attention sur l'importance de la **complétude de votre dossier médical** ainsi que sur la **mise à jour de vos vaccinations**.

En effet, **le certificat médical d'aptitude est obligatoire dès le premier jour de la formation**.

De même, l'**absence de couverture vaccinale contre la DTP (diphtérie – tétanos - poliomyélite) et l'hépatite B** entraînerait l'impossibilité d'effectuer votre premier stage et occasionnerait donc une prolongation de scolarité.

La rentrée effective en formation aura lieu le :

Lundi 1^{er} septembre 2025, à 9h00 à l'Auditorium (rez-de-chaussée)
au PFRS, 2 rue des Rochambelles, 14000 CAEN.

En l'attente de vous accueillir, recevez, Madame, Monsieur, mes sincères salutations.

Sylvie PEZERIL



Directrice des Instituts de Formation Paramédicale
IFCS IFIADE IFIBODE IFRUER IFSI IFMEM IFAS IFA CFARM

Institut de Formation
d'Aides-Soignant·e·s

AS

RENTREE 2025

DOSSIER INSCRIPTION





Institut de Formation
situé au Pôle des Formations
et de Recherche en Santé,
2 rue des Rochambelles - 14000 CAEN
Secrétariat accueil du PFRS : 02 31 56 82 00

IFAS
CHU de CAEN
CS 30001 - 14033 CAEN Cedex 9
Secrétariat scolarité IFAS : 02 31 56 83 20

SOMMAIRE

SOMMAIRE	1
A. LISTE DES PIÈCES ADMINISTRATIVES ET MÉDICALES	3
B. FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2025/2026	5
C. DECLARATION DE SITUATION - FINANCEMENT DE LA FORMATION (<i>VOIR ANNEXE 2</i>)	7
D. CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE	9
E. CERTIFICAT DE VACCINATIONS	11
F. AUTORISATION D'UTILISATION, DE TRANSMISSION DE DONNÉES PERSONNELLES ; AUTORISATION DE PUBLICATION DES NOTES AUX RÉSULTATS D'ÉVALUATIONS ; ENGAGEMENT DE SOUSCRIPTION ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE	13
G. DOCUMENT À REMPLIR PAR LES PARENTS D'ÉLÈVES MINEURS	14

ANNEXE 1 : INFORMATIONS PRATIQUES _____ 15

ANNEXE 2 : INFORMATION – FINANCEMENT DE LA FORMATION _____ 17

ANNEXE 3 : DEMANDE D’AMENAGEMENT D’EPREUVE HANDICAP _____ 19

ANNEXE 4 : SPECIMEN CONVENTION DE STAGE (INFORMATIF) _____ 23

A. LISTE DES PIÈCES ADMINISTRATIVES ET MÉDICALES

- ✓ LA FICHE DE RENSEIGNEMENTS (pages 5-6), complétée, datée et signée ;
- ✓ LA DÉCLARATION DE SITUATION - FINANCEMENT DE LA FORMATION (pages 7-8), complétée, datée, signée, et accompagnée des pièces justifiant de votre situation ;
- ✓ LE CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE (page 9), rempli par un **médecin agréé par l'ARS** (Liste des médecins agréés disponible sur le site de l'ARS de votre région). ⚠ Ce médecin ne doit pas être votre médecin traitant ;
- ✓ LE CERTIFICAT MÉDICAL DE VACCINATIONS* (page 11), rempli par un médecin (votre médecin traitant ou le médecin agréé par l'ARS) Le médecin y indiquera les dates prévisionnelles de vaccination si le schéma vaccinal est en cours ;
- ✓ La copie du RÉSULTAT DE SÉROLOGIE DE L'HÉPATITE B (prise de sang) * ;
- ✓ La copie du CARNET DE VACCINATION ;
- ✓ La copie de votre PIÈCE D'IDENTITÉ RECTO-VERSO, en cours de validité :
 - ⇒ Carte nationale d'identité ou Passeport pour les **ressortissants de l'UE**,
 - ⇒ Titre de séjour pour les **ressortissants hors UE** ;
- ⚠ La copie doit être lisible et de bonne qualité, de préférence en couleur.
- ✓ UNE ATTESTATION D'AFFILIATION AU RÉGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE récente et en cours de validité ;
- ✓ UNE PHOTO D'IDENTITÉ au format JPEG
 - ⇒ À envoyer à : ifas-sec@chu-caen.fr
- ✓ LA FICHE D'AUTORISATION de transmission des données, de publication des notes aux résultats d'évaluation et d'engagement de souscription d'une assurance responsabilité civile datée et signée (pages 13), et fiche « élèves mineurs » le cas échéant (page 14) ;
- ✓ SI VOUS ÊTES CONCERNÉ(E) PAR DES DISPENSES :
 - Fournir **obligatoirement** la copie du **titre/diplôme** conduisant à des équivalences de compétences et/ou allègements de formation** (liste page 4) ;
 - Par ailleurs, certaines personnes remplissant les conditions suivantes (**uniquement**) peuvent être dispensées d'un stage de 5 semaines :
 - **ASHQ** de la Fonction Publique Hospitalière, ou **agents de service** d'établissements sanitaires et médicaux-sociaux des secteurs public et privé, justifiant d'une ancienneté de services cumulée d'au moins 1 an en équivalent temps plein ;
 - **ASHQ** ou **agents de service** justifiant de la formation continue modulaire ASHQ de 70 heures, ET bénéficiant d'une ancienneté de services cumulée de 6 mois en équivalent temps plein en établissements sanitaires et médicaux-sociaux des secteurs public et privé.
 - > Pour pouvoir bénéficier de cette dispense, merci de fournir impérativement au dossier le(s) **certificat(s) de travail / justificatif(s) correspondant(s)**.
- ✓ Si nécessaire, la demande d'aménagement d'épreuve dans le cadre d'un handicap (ANNEXE 3)
- ✓ Le cas échéant si vous avez effectué une demande auprès du CROUS : **votre notification d'attribution conditionnelle de bourse** dès qu'elle vous aura été délivrée.

→ DOSSIER A RETOURNER **PAR COURRIER POUR LE 15/08 DERNIER DELAI** À :

Institut de Formation d'Aides-Soignants (IFAS) du CHU de Caen
PFRS - CS 30001 - 14033 CAEN CEDEX 9

*(⚠ Seul le résultat de la prise de sang de **sérologie de l'hépatite B** peut exceptionnellement être remis après la rentrée, **obligatoirement avant fin septembre** si votre schéma vaccinal est en cours – Dans ce cas, merci de le préciser par un écrit lors de l'envoi de votre dossier, en indiquant les **dates prévisionnelles d'injections** et de la date prévue de la prise de sang de **sérologie de l'hépatite B**)

****Article 14 de l'arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux :**

"Sous réserve d'être admis à suivre la formation dans les conditions fixées par l'arrêté du 7 avril 2020 modifié, des équivalences de compétences, de blocs de compétences ou des allègements partiels ou complets de certains modules de formation sont accordées aux élèves titulaires des titres ou diplômes suivants :

1° Le diplôme d'Etat d'auxiliaire de puériculture ;

2° Le diplôme d'assistant de régulation médicale ;

3° Le diplôme d'Etat d'ambulancier ;

4° Le baccalauréat professionnel Services aux personnes et aux territoires (SAPAT) ;

5° Le baccalauréat professionnel Accompagnement, soins et services à la personne (ASSP) ;

6° Le diplôme d'Etat d'accompagnement éducatif et social, le diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale, le certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile, la mention complémentaire aide à domicile, le diplôme d'Etat d'aide médico-psychologique ou le certificat d'aptitude aux fonctions d'aide médicopsychologique ;

7° Le titre professionnel d'assistant de vie aux familles ;

8° Le titre professionnel d'agent de service médico-social.

B. FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2025/2026

Nom de naissance	<input type="text"/>	Nom d'usage	<input type="text"/>
Prénoms	<input type="text"/>		
Date de naissance	<input type="text"/>	Lieu de naissance	Dép. <input type="text"/> Ville <input type="text"/>
Nationalité	Française <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Préciser : <input type="text"/>		
Sexe	Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>		
Situation familiale	Célibataire <input type="checkbox"/> Pacsé <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> préciser : <input type="text"/>		
Nombre d'enfants	<input type="text"/>		
N° INE (n° figurant sur le relevé de notes du bac pour les titulaires du bac, ou attribué par le CROUS pour les demandeurs de bourse – Si non concerné, ne rien inscrire.)	<input type="text"/>		
Téléphone 1	<input type="text"/>	N° sécurité sociale	<input type="text"/>
Téléphone 2	<input type="text"/>	Mail	<input type="text"/>
Permis de conduire	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Moyen de locomotion	<input type="text"/>

Adresse de résidence pendant la formation*

Autre adresse, préciser (parents, amis...)*

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

*Indiquer au moins une adresse, même provisoire.

Personne(s) à prévenir en cas d'urgence (au moins 1 personne OBLIGATOIRE)

Nom-Prénom	
Lien de parenté avec l'élève	
Nom-Prénom	
Lien de parenté avec l'élève	

Études - parcours professionnel :

Diplômes obtenus.....
.....

Niveau scolaire (préciser validé / non validé)
.....

Activités professionnelles antérieures (Si emplois ou stages dans établissements médico-sociaux : préciser le nom des établissements) :.....
.....
.....
.....
.....

✓ **Demande de bourse auprès du CROUS :**

Oui Non

- Si « Oui », merci de transmettre au secrétariat votre **notification d'attribution conditionnelle** dès qu'elle vous aura été délivrée par le CROUS.

✓ **AFGSU niveau 2**

Oui Non

- Si « Oui », joindre au dossier la **copie de l'AFGSU NIVEAU 2**

Date d'obtention :

<p>À Caen, le</p> <p>Signature de l'élève ou du représentant légal</p>

C. DECLARATION DE SITUATION - FINANCEMENT DE LA FORMATION (VOIR ANNEXE 2)

FINANCEMENT DE LA FORMATION

DECLARATION DE SITUATION 25/26

+ LISTE DES PIECES A FOURNIR

à retourner à l'institut



NOM :PRENOM :

ADRESSE :
.....

NOM DE L'INSTITUT DE FORMATION :

POURSUITE DE SCOLARITE	
Etablissement fréquenté et diplôme préparé	
Année scolaire 2024/2025 :	
Année scolaire 2023/2024 :	
Année scolaire 2022/2023 :	
Année scolaire 2021/2022 :	
et	
Année d'obtention du baccalauréat :	
<u>Justificatifs à fournir :</u>	
<ul style="list-style-type: none">- Lycéens : certificat de scolarité de l'année scolaire en cours ;- Personnes titulaires d'un baccalauréat obtenu à compter de juin 2021 : copie du diplôme du baccalauréat ;- Personnes n'ayant pas interrompu leur scolarité pendant plus d'une année : tous les certificats de scolarité depuis le lycée.	
DEMANDEUR D'EMPLOI SANS EMPLOI	
N° identifiant Pôle-emploi :	Bénéficiaire de l'ARE :
Dernier emploi occupé :	<input type="checkbox"/> Oui
Date de début de contrat :	<input type="checkbox"/> Non
Date de fin de contrat :	
Suivez-vous ou avez-vous suivi une formation au cours des 12 derniers mois ?	
<input type="checkbox"/> oui (préciser quelle formation et son mode de financement) :	
<input type="checkbox"/> non	
<u>Justificatifs à fournir :</u> justificatif attestant une inscription à Pôle-emploi en cours de validité (disponible sur le site de pole-emploi.fr à partir de votre espace personnel)	

Si vous êtes demandeur d'emploi, sorti du système scolaire depuis au moins 9 mois et sans ARE car :

Vous n'avez pas travaillé suffisamment pour vous ouvrir des droits à l'Allocation de Retour à l'Emploi (ARE) ;

OU

Vous avez épuisé vos droits à l'ARE auprès de France Travail ;

➤ **Seulement dans ces cas précis :** alors vous pouvez bénéficier pendant la formation d'une rémunération versée par la Région Normandie, d'un montant de 4,77€ par heure de formation.

Un dossier de demande de rémunération Région sera à constituer auprès du secrétariat de l'IFAS après la rentrée.

SALARIE EN EMPLOI PRECAIRE

Je suis actuellement en :

- Contrat à Durée Déterminée (CDD droit public ou droit privé) ;
- Contrat de travail aidé (CUI-PEC, contrat d'avenir, etc) ;
- Contrat à Durée Indéterminé (CDI) d'une durée inférieure ou égale à 24h hebdomadaires ou 104h mensuelles ;
- Contrat de Sécurisation Professionnelle (CSP).

Justificatifs à fournir : contrat de travail en cours ou CSP

Je suis :

- inscrit dans le cadre du « Dispositif Démissionnaire » de Transition Pro ;
- en service civique ;
- dans une autre situation (précisez, exemple congé parental ou de maternité) :

Suivez-vous ou avez-vous suivi une formation au cours des 12 derniers mois ?

- oui (préciser quelle formation et son mode de financement) :
- non

Justificatifs à fournir : tout document attestant de la situation déclarée.

- Les personnes en position de congé maternité ou de congé parental doivent également fournir un justificatif permettant d'apprécier leur statut la veille du début dudit congé ;
- Les salariés concernés par le « dispositif démissionnaire » doivent fournir un justificatif de dépôt de dossier sur la plateforme de Transition Pro.

AUTRE SITUATION (NON ELIGIBLE AU FINANCEMENT REGIONAL)

Je suis :

- salarié (hors contrats d'insertion, hors CDI inférieur ou égal à 24h/semaine et hors CDD) ;
- agent stagiaire ou titulaire de la fonction publique ;
- retraité ou j'ai dépassé l'âge légal du départ à la retraite

Type d'employeur :

- Fonction Publique Hospitalière Fonction Publique de l'Etat Fonction Publique Territoriale
- Employeur privé/associatif

Financement de la formation par (précisez, y compris si en attente de réponse) :

Justificatifs à fournir : attestation de prise en charge (employeur, ou organisme financeur) ou dans l'attente d'une réponse une attestation de dépôt d'un dossier de demande de prise en charge.

LES PIECES JUSTIFICATIVES DOIVENT IMPERATIVEMENT ETRE JOINTES A CE DOCUMENT ET RETOURNEES A L'INSTITUT DANS LES MEILLEURS DELAIS. TOUTE DECLARATION DE SITUATION INCOMPLETE ENTRAINERA LA NON PRISE EN CHARGE DE VOTRE FORMATION PAR LA REGION.

Je soussigné(e), M./ Mme déclare avoir pris connaissance des règles de financement des parcours de formations sanitaires et sociales* et atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document.

Date et signature du candidat :

Date et signature des parents ou tuteurs
pour les candidats mineurs :

*Retrouvez le règlement sur le site parcours-metier.normandie.fr/formation/aides/financement-du-parcours-de-formation_FSS

D. CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE

Je soussigné Docteur _____, **médecin agréé par l'ARS**,
certifie avoir examiné M., Mme _____ né(e) le
____/____/____

Et atteste que la personne mentionnée ci-dessus possède :

- L'aptitude physique
- L'aptitude psychologique

Lui permettant :

- D'intégrer un Institut de Formation d'Aides-Soignants
- De suivre les stages inhérents à la formation aide-soignante

À _____, le ____/____/____

Signature et cachet du MÉDECIN AGRÉÉ par l'ARS

**⚠ Ce certificat médical est exigible AU PLUS TARD LE PREMIER JOUR DE LA RENTREE
afin de procéder à l'admission définitive à l'IFAS.**



POLE DES FORMATIONS PARAMEDICALES

Institut de Formation d'Aides Soignants

Secrétariat : 02.31.56.83.20

Courriel : ifas-sec@chu-caen.fr

E. CERTIFICAT DE VACCINATIONS

Certificat de conformité aux obligations vaccinales des étudiants en filières de santé.

Vaccinations **OBLIGATOIRES** / Recommandées mais non obligatoires

Vaccinations obligatoires :	Dates
<p>HEPATITE B</p> <p>Si le schéma vaccinal est en cours, merci d'indiquer les dates prévisionnelles d'injection et de la sérologie, et de privilégier si possible un schéma vaccinal accéléré.</p> <p>Le résultat de sérologie pourra nous être remis ultérieurement par l'élève, obligatoirement avant fin septembre.</p>	<p>1^{ère} injection : 2^{ème} injection : 3^{ème} injection : Injection(s) complémentaire(s) éventuelle(s) :</p> <p>Sérologie de contrôle réalisée le : Ac anti HBs = Ac anti HBc = (Obligatoire si Ac anti-HBs < 100)</p>
<p>DIPHTERIE-TETANOS-POLIOMYELITE +/- Coqueluche</p>	<p>Date des trois dernières injections : - - -</p> <p>Et date de la dernière injection avec valence anticoquelucheuse :</p>
<p>Vaccinations recommandées mais non obligatoires :</p>	
<p>COVID-19 NB : événement=vaccination ou Covid maladie avec preuve</p>	<p>1^{er} événement : 2^{ème} événement : 3^{ème} événement :</p>
<p><i>Le BCG est non obligatoire depuis 2019 ;</i></p> <p><i>Un Tubertest de moins de 3 mois est recommandé à l'entrée dans le cursus (recommandation HCSP)</i></p> <p><i>Ou un Quantiféron (non remboursé, tarif variable), sur ordonnance</i></p>	<p>BCG :</p> <p><i>Dernier tubertest (doit dater de moins de 3 mois) :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Réalisé le : • Résultat (en mm) :
<p>Rougeole – Oreillons – Rubéole</p>	<p>1^{ère} injection : 2^{ème} injection :</p>
<p>Méningite C</p>	<p>Nom du vaccin : Date :</p>
<p>Varicelle (Maladie ou vaccination)</p>	<p>Année :</p>

Je soussigné(e), Docteur.....

Certifie que Mme, Mr..... né(e) le/...../.....

A reçu les vaccinations suscitées,

Fait à, le...../...../.....

Signature et cachet du médecin :

Recommandations vaccinales étudiants filières de santé.

- Les vaccinations suivantes sont **OBLIGATOIRES** :

HEPATITE B

L'arrêté du 2 août 2013 impose la vérification de l'immunisation et de l'absence d'infection par le VHB pour tous les étudiants et personnels de santé relevant de la vaccination obligatoire contre le VHB. En cas d'absence de vaccination antérieure, le schéma vaccinal recommandé chez l'adulte comporte 3 doses (schéma complet : M0, M1 à M2, M6). Les anticorps anti-HBs, seront idéalement mesurés quatre à huit semaines après la 3^e dose de primo-vaccination. En cas de non-réponse à la primo vaccination (anticorps anti HBs < 10 UI/L), l'administration d'une à trois doses additionnelles de vaccin est indiquée.

DIPHTERIE-TETANOS-POLIOMYELITIS

La primo vaccination a été réalisée dans l'enfance. Un rappel vaccinal à l'adolescence puis des rappels vaccinaux à l'âge adulte sont ensuite prévus à 25 ans et à 45 ans, à 65 ans puis tous les 10 ans.

- Les vaccinations suivantes vous sont **RECOMMANDÉES** :

En tant que professionnel de santé :

COVID-19 (suspension de l'obligation vaccinale le 13 mai 2023) ;

BCG : la vaccination n'est plus obligatoire depuis 2019 ;

Cependant, le HCSP recommande la réalisation d'un Tubertest de moins de 3 mois lors de l'entrée dans la structure.

Il est aussi possible de réaliser un Quantiféron (dosage sanguin en laboratoire), sur ordonnance, non remboursé, tarif variable.

Coqueluche

Un rappel anticoquelucheux est recommandé pour les professionnels de santé n'ayant pas reçu de rappel depuis l'âge de 18 ans et/ou dont le dernier rappel date de plus de 5 ans.

Le but de la vaccination des professionnels est de protéger les personnes non immunisées contre la survenue d'une coqueluche grave au contact des professionnels infectés.

Grippe

La vaccination antigrippale est recommandée pour tous les professionnels de santé. Elle est à réaliser à partir du mois d'octobre. Il faut compter environ 15 jours entre le moment de la vaccination et le moment où l'on est protégé contre la grippe saisonnière.

Au même titre que la population générale : **Rougeole Oreillons Rubéole**

Il est recommandé de mettre à jour le statut vaccinal avec deux doses de vaccin trivalent (rougeole-oreillons-rubéole) pour toute personne née après 1980, en respectant un délai de deux mois entre les deux doses, quels que soient les antécédents vis-à-vis des trois maladies.

Varicelle

Si vous n'avez pas contracté la varicelle antérieurement, la vaccination vous est recommandée.

Méningocoque C

La vaccination est recommandée avec une dose unique de vaccin méningococcique C pour toutes les personnes âgées de 12 mois à 24 ans révolus, n'ayant pas reçu de primovaccination antérieure.

Infections à Papillomavirus Humain (HPV)

Dans le cadre du rattrapage vaccinal, la vaccination est recommandée pour les jeunes femmes et les jeunes hommes entre 15 et 19 ans révolus selon un schéma à 3 doses.

NB : Les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) peuvent bénéficier d'un rattrapage vaccinal jusqu'à 26 ans révolus.

D'autres vaccinations peuvent être recommandées en fonction de votre situation.

Pour plus d'informations sur les vaccins et les recommandations vaccinales : <https://vaccination-info-service.fr/>

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

Extrait- Article 3

La preuve de l'immunisation contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite [...] est apportée par la présentation d'une attestation médicale de vaccination précisant la dénomination des spécialités vaccinales utilisées, les numéros de lots ainsi que les doses et les dates des injections. La preuve de l'immunisation contre l'hépatite B est apportée par la présentation d'une attestation médicale établie dans les conditions définies en annexes I et II du présent arrêté.

* Pour plus d'informations, se référer à l'arrêté du 2 février 2018 abrogeant l'arrêté du 2 Mars 2017, consultable en intégralité sur www.legifrance.gouv.fr

**F. AUTORISATION D'UTILISATION, DE TRANSMISSION DE DONNEES PERSONNELLES ;
AUTORISATION DE PUBLICATION DES NOTES AUX RÉSULTATS D'ÉVALUATIONS ;
ENGAGEMENT DE SOUSCRIPTION ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE.**

a. Autorisation de transmission des données :

Je déclare être informé(e) que :

- Les informations (personnelles, administratives et relatives à ma scolarité) recueillies par l'institut font l'objet d'un traitement informatique ayant pour objectif de gérer mon inscription, ma formation ainsi que mon dossier.
- Certaines de ces données sont transmises à la Région Normandie afin d'organiser la consolidation des données qualitatives, quantitatives et financières relatives à la formation professionnelle et à des fins d'analyse et de gestion de mon compte personnel de formation (CPF).
- Certaines de ces données sont conservées pendant 120 mois après la fin de ma formation par l'IFAS.
- Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, je bénéficie d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux informations qui me concernent et que je peux l'exercer auprès de l'institut de formation.

b. Autorisation de publication des notes durant la formation aux résultats d'évaluations :

J'autorise l'affichage de mes résultats d'évaluations de modules durant la formation (diffusion sur une plateforme internet à usage interne exclusivement) ;

Je refuse l'affichage de mes résultats d'évaluations de modules durant la formation.

Ma note me sera alors communiquée lors d'un rendez-vous pédagogique avec mon référent, ultérieurement à l'affichage des résultats.

c. Engagement de souscription assurance responsabilité civile

Je m'engage à souscrire une assurance couvrant ma **Responsabilité Civile** pendant toute la durée de la formation. Les candidats doivent être garantis pour l'ensemble des risques suivants : accidents corporels causés aux tiers, accidents matériels causés aux tiers, dommages immatériels.

À Caen, le

Signature de l'élève ou du représentant légal

G. DOCUMENT A REMPLIR PAR LES PARENTS D'ÉLÈVES MINEURS

Je soussigné(e) Monsieur ou Madame :

Père, Mère, Tuteur Légal de Élève à l'IFAS de CAEN,

L'autorise :

Ne l'autorise pas :

À participer et/ou aider à encadrer des activités thérapeutiques, complémentaires au stage habituel, sur propositions du responsable de l'Établissement d'accueil. Lors de ces activités, l'élève pourra être amené à effectuer des accompagnements de personnes soignées utilisant des véhicules de service (voiture, ambulance...) ou des transports en commun (bus, train).

J'ai pris connaissance de la convention individuelle de stage fixant les conditions de déroulement des stages des élèves de l'IFAS de Caen et précisant les engagements de l'IFAS de Caen, de l'établissement accueillant les stagiaires et de l'élève lui-même lors de ces périodes de formation.

Donne tout pouvoir au Directeur de l'IFAS pour prendre, après avis médical, toute décision qui s'avèrerait urgente pour sa santé (hospitalisation, intervention chirurgicale d'urgence, etc...).

À Caen, le

Signature du représentant légal

ANNEXE 1 : INFORMATIONS PRATIQUES

UNIFORMES

- Les tenues professionnelles vous seront fournies avant chaque départ en stage.

REPAS

- Accès au restaurant universitaire à proximité du PFRS (paiement CB)
- Cafétéria au sein du PFRS (restauration rapide, paiement CB)

HEBERGEMENT

- Aucun hébergement n'est possible à l'institut.

BOURSES D'ETUDE REGIONALES

- Les demandes de bourse sont à faire dès maintenant.
(<https://www.messervices.etudiant.gouv.fr>)
- NB : Les étudiants bénéficiaires d'une bourse sont tenus d'assister à l'ensemble des enseignements et des stages sous peine de la suspension du versement des bourses.

STATIONNEMENT

- Le PFRS dispose d'un **parking à places limitées**, nous vous conseillons donc d'utiliser les transports en commun lorsque vous êtes en cours (tram et bus sont à votre disposition avec des arrêts à proximité). Le PFRS dispose également d'un grand parking vélo abrité.

INFORMATIQUE

- La formation nécessite **l'utilisation quotidienne d'un ordinateur personnel.**



POLE DES FORMATIONS PARAMEDICALES

Institut de Formation d'Aides Soignants

Secrétariat : 02.31.56.83.20

Courriel : ifas-sec@chu-caen.fr

ANNEXE 2 : INFORMATION – FINANCEMENT DE LA FORMATION

FINANCEMENT DE LA FORMATION

Notice à conserver



RÉGION
NORMANDIE

Avant d'entrer en institut de formation sanitaire ou sociale en Normandie, vous devez impérativement vous assurer du mode de financement de votre formation et de vos ressources⁽¹⁾ pendant la durée de votre formation.

VOUS ETES	QUI FINANCE VOTRE FORMATION ? (2)
En poursuite de scolarité : - Titulaire du baccalauréat depuis moins de 4 ans ou - En études (scolarité sans interruption pendant plus d'une année)	Région
Demandeur d'emploi sans emploi	Région ou OPCO ⁽³⁾ (si éligible)
Salarié en CDD (droit privé ou public) ou Salarié en CDI inférieur ou égal à 24h / semaine	
Salarié en CDI supérieur à 24h / semaine	Employeur ou OPCO
Contrats aidés, Contrat de Sécurisation Professionnelle, service civique	Région
Agent de la fonction publique (Titulaire, stagiaire, contractuel en CDI, en disponibilité, inscrit ou non à Pôle-Emploi)	Employeur ou OPCO
En formation financée par la Région	Vous-même ⁽⁴⁾
Dans une autre situation	Vous-même

- (1) Ressources : bourse régionale sur critères sociaux, allocation chômage, maintien de rémunération, ...
- (2) Conformément aux règles de financement régionales et sous réserve de modifications
- (3) OPCO : Opérateurs de Compétences (Santé, Cohésion Sociale, ANFH, Dispositif de transition professionnelle ...)
- (4) Cf paragraphe 2.5 « délai de carence » des règles de financement régionales

Votre statut est considéré la veille de l'entrée en formation.
 Pour les formations pluriannuelles, ce statut est révisable tout au long du cursus de formation (justificatifs à transmettre en début d'année).

En cas de non-production des pièces demandées dans les délais impartis, le coût de la formation vous sera facturé.

plus d'infos sur :
parcours-metier.normandie.fr
0 800 05 00 00



POLE DES FORMATIONS PARAMEDICALES

Institut de Formation d'Aides Soignants

Secrétariat : 02.31.56.83.20

Courriel : ifas-sec@chu-caen.fr

ANNEXE 4 : DEMANDE D'AMENAGEMENT D'EPREUVE HANDICAP

 <i>Entité émettrice : Pôle des Formations Paramédicales</i>	FICHE TECHNIQUE	PFP-PED-FT-006
	DEMANDE D'AMENAGEMENTS D'EPREUVES EN FORMATIONS PARAMEDICALES	Version 6 18/10/2024
		Page 1 sur 4

DOCUMENT A REMPLIR PAR LE CANDIDAT OU L'ETUDIANT

Je sollicite la mise en place d'aménagements d'épreuves :

NOM de naissance du candidat :

NOM marital :

Prénom(s) du candidat :

Né(e) le :

Demeurant à (adresse complète) :

.....

Institut de formation :

Adresse e-mail :

Numéro de téléphone :

Cocher la case correspondant à votre choix :

Demande d'aménagements dans le cadre du concours et de la scolarité pour des Troubles Spécifiques des Apprentissages (TSA).

Les candidats ou étudiants sollicitant un aménagement de leurs conditions de concours ou d'examens doivent s'adresser à leur médecin traitant ou à un praticien désigné par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) pour délivrer un avis, (S'adresser à l'ARS ou à la Maison Départementale des Personnes Handicapées - MDPH).

Pour émettre **cet avis**, le médecin doit avoir un :

- bilan orthophonique datant de moins de 1 an à la date du concours ou épreuves de sélection comportant un bilan de langage oral et/ou écrit quantitatif (étalonné avec pour chaque épreuve les résultats chiffrés de l'élève, les moyennes et les écart-types)
- et/ou bilan psychomoteur, ergothérapie, orthoptique, psychométrique, neuropsychologique...

Si besoin, le médecin proposera des aménagements formalisés dans un Projet d'Accueil Individualisé (PAI).

	FICHE TECHNIQUE	PFP-PED-FT-006
	DEMANDE D'AMENAGEMENTS D'EPREUVES EN FORMATIONS PARAMEDICALES	Version 6 18/10//2024
Entité émettrice : Pôle des Formations Paramédicales		Page 2 sur 4

Au vu de la situation particulière du candidat ou de l'étudiant, le médecin traitant ou le médecin désigné par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH), émet un avis sur lequel s'appuie le directeur de l'institut pour décider des aménagements ou des adaptations d'épreuves. La décision est notifiée au candidat ou à l'étudiant.

L'avis médical ne préjuge pas de la décision du directeur de l'institut qui a seule compétence pour prendre une décision d'aménagement des conditions du concours ou d'examens.

Le directeur de l'institut représente l'autorité investie du pouvoir de décision.

Demande d'aménagements dans le cadre d'un handicap temporaire.

Si un candidat ou étudiant présente une limitation temporaire d'activité, suite à un accident avant les épreuves (poignet cassé...), il peut solliciter un aménagement des conditions de passation du concours ou d'examens.

La demande est à adresser au directeur de l'institut, accompagnée d'un certificat médical. **Le directeur décide de l'aménagement nécessaire** (tiers temps, etc...).

Correction des copies et information des jurys concernant les aménagements des épreuves :

Les copies des candidats handicapés sont anonymes et corrigées dans les mêmes conditions que les autres copies. Aucune information relative au handicap ne figure sur la copie et le correcteur n'a pas connaissance du handicap du candidat.

	FICHE TECHNIQUE	PFP-PED-FT-006
	DEMANDE D'AMENAGEMENTS D'EPREUVES EN FORMATIONS PARAMEDICALES	Version 6 18/10/2024
Entité émettrice : Pôle des Formations Paramédicales		Page 3 sur 4

**MODALITES D'AMENAGEMENT SOUHAITEES PAR LE CANDIDAT
OU L'ETUDIANT**

Cocher la ou les case(s) correspondant à votre choix :

Epreuves de concours

Epreuves d'examens (pendant la formation)

Ci-Joint : (cocher la ou les cases)

- Le certificat médical décrivant les modalités d'aménagement que vous reporterez ci-dessous.**
- Le bilan permettant de justifier ces aménagements** (Ce document est souhaitable).

Un temps majoré pour les épreuves :

- 1/3 temps 1/6 du temps (relecture)

Si « OUI », cocher les cases correspondantes à vos choix : **OUI**

- Pour les épreuves à Questions à Choix Multiples
- Pour les épreuves écrites individuelles
- Pour la préparation écrite des épreuves orales
- Pour les épreuves pratiques

D'autre(s) aménagement(s) d'épreuves :

Si « OUI », cocher les cases correspondantes à vos choix : **OUI**

- Une salle séparée, aménagée
- L'accessibilité au fauteuil roulant
- L'utilisation d'un ordinateur pour les épreuves écrites individuelles¹
- L'assistance d'un spécialiste d'un mode de communication pour les candidats déficients auditifs
- Un agrandissement des sujets

¹ Si logiciel spécifique précisez :

 Entité émettrice : Pôle des Formations Paramédicales	FICHE TECHNIQUE	PFP-PED-FT-006
	DEMANDE D'AMENAGEMENTS D'EPREUVES EN FORMATIONS PARAMEDICALES	Version 6 18/10/2024
		Page 4 sur 4

Autres :

.....

.....

.....

Date :

Signature du demandeur ou des Parents (pour les mineurs) :

HISTORIQUE DU DOCUMENT

Première version	Objet de la révision
Version 1 du 15/11/2011	Modification textes
Historique des révisions	
Version 2 du 06/01/2016	
Version 3 du 16/06/2021	
Version 4 du 06/09/2022	
Version 5 du 20/03/2024	

DIFFUSION

Destinataires
Equipe de Direction, équipe administrative et équipe pédagogique du Pôle de Formations Paramédicales

ÉVALUATION

N+1

CYCLE DE VALIDATION

Rédaction	Vérification	Approbation
<i>Nom(s), Fonction(s), Date(s), Visa(s):</i>	<i>Nom(s), Fonction(s), Date(s), Visa(s):</i>	<i>Nom(s), Fonction(s), Date(s), Visa(s)</i>
Annie SAINT-DE BUCK, Référente Handicap Sylvie PEZERIL, Directrice des instituts de formation paramédicale	Sylvie PEZERIL, Directrice des instituts de formation paramédicale	Sylvie PEZERIL, Directrice des instituts de formation paramédicale Le 05/11/24

ANNEXE 5 : SPECIMEN CONVENTION DE STAGE (INFORMATIF)

	Pôle des Formations Paramédicales Institut de Formation d'Aides-Soignants Secrétariat IFAS : 02 31 56 83 20
---	---

CONVENTION de STAGE INDIVIDUELLE

Entre les soussignés :

Établissement : @K1NOM\$

Représenté par : @K1CIVILONGUE\$ @K1INTER\$, @K1TITRE\$

D'une part,

Et le pôle des formations paramédicales du Centre Hospitalier Universitaire de CAEN :

Représenté par : Monsieur VARNIER Frédéric, Directeur Général du Centre Hospitalier

Et par délégation par : Madame PEZERIL Sylvie, Directrice des Instituts de Formation Paramédicale IFCS, IFIADE, IFIBODE, IFPUER, IFSI, IFMEM, IFAS, IFA, CFARM

D'autre part,

Il est convenu ce qui suit :

ARTICLE 1 - OBJET DE LA CONVENTION

La présente convention définit les règles relatives à l'organisation et au déroulement du stage clinique accompli par l'étudiant ou l'élève suivant :

Nom	Métier	Année	Service et discipline	Date de début	Date de fin
@A1NOM\$ @MARITA1NOMF\$	D.E. AIDE SOIGNANT	@A2ENCOURS\$	@K2NOM\$ @A7LIBE\$	@K0DATD\$	@K0DATF\$

Cette convention sera portée à la connaissance du cadre de santé, ou du professionnel responsable de l'encadrement direct de l'étudiant ou de l'élève sur le terrain de stage.

ARTICLE 2 - CONDITIONS GENERALES

Un stage est reconnu « qualifiant », lorsque le maître de stage peut mettre à disposition des ressources, notamment la présence de professionnels qualifiés et des activités permettant un réel apprentissage. Une charte d'encadrement et un livret d'accueil seront également proposés aux étudiants ou élèves. Les objectifs de stage sont définis par l'équipe pédagogique en liaison avec les personnes responsables de l'encadrement des étudiants ou des élèves. L'étudiant ou l'élève établit des objectifs personnels de stage.

Le stage a pour objet essentiel de permettre à l'étudiant de construire ses compétences en agissant avec les professionnels, tout en inscrivant dans son portfolio les éléments d'analyse de ses activités afin de l'aider à en mesurer sa progression.

L'établissement d'accueil ne peut retirer aucun profit direct de la présence du stagiaire. L'étudiant ou l'élève ne doit en aucun cas servir de personnel d'appoint. Le stagiaire ne pourra prétendre à aucune rémunération. Chaque étudiant est placé sous la responsabilité : d'un maître de stage, d'un tuteur de stage, et d'un professionnel de proximité. Pour des raisons d'organisation ou dans le cas d'équipes d'encadrement restreintes, ces trois fonctions peuvent être exercées par la même personne.

Les actes accomplis par les étudiants ou élèves qui présentent un risque pour les patients s'effectuent en présence et sous le contrôle d'un professionnel diplômé. De la même manière, aucun acte de soins dépassant le champ de compétences aide-soignant ne peut être confié à l'élève aide-soignant en stage.

L'encadrement de l'élève ambulancier en stage est obligatoirement confié à un ambulancier titulaire du diplôme d'ambulancier ou du certificat de capacité d'ambulancier pour les stages en entreprise de transport sanitaire, ou à un(e) infirmier(ère) DE ou à un manipulateur en électroradiologie médicale DE, ou un masseur kinésithérapeute DE pour les stages en établissement de soins. Le maître de stage participe à la formation de l'élève ambulancier et à l'évaluation de son apprentissage.

Conformément à l'article R231-88 du code du travail (décret n°2003-298 du 31 mars 2003), les stagiaires manipulateurs d'électroradiologie médicale sont classés en catégorie A. A ce titre, les dosimètres passifs sont fournis par le service radioprotection du CHU de Caen.

Un formateur de l'institut est désigné comme référent du stagiaire. Le formateur référent est en lien avec le maître de stage en ce qui concerne l'organisation générale des stages dans son unité ou sa structure. Il est également en liaison régulière avec le tuteur. Il a accès aux lieux de stage et peut venir encadrer un étudiant sur sa propre demande, celle de l'étudiant, ou celle du tuteur de stage.

ARTICLE 3 - RESPONSABILITE - DISCIPLINE - ABSENCE en STAGE

Pendant la durée du stage, le stagiaire demeure étudiant ou élève de l'Institut de Formation, mais il est placé sous l'autorité administrative et le contrôle du Chef de l'établissement d'accueil.

Dans tous les cas, l'étudiant ou l'élève est soumis aux mêmes obligations et devoirs que le personnel de l'établissement, notamment en ce qui concerne le respect des horaires établis à son attention, la tenue et l'obligation de secret et de discrétion professionnelle conformément aux dispositifs des articles 226-13 du code pénal et L1110-4 du code de la santé.

Toute absence devra être signalée le jour même par l'étudiant ou l'élève, simultanément à l'établissement et à l'Institut de Formation. L'étudiant ou l'élève doit par ailleurs justifier son absence (certificat médical, ...) auprès de l'Institut dans les 48 heures. Une absence non justifiée sera signalée le jour même à la Direction de l'Institut par le responsable de stage. Certaines autorisations d'absence peuvent donner lieu à récupération. Toutes les absences en stage qui dépassent ou risquent de faire

l'objet d'un dépassement de franchise doivent être récupérées *par journée* sur le temps des congés hebdomadaires ou congés annuels, en accord avec le directeur de l'institut.

ARTICLE 4 - ASSURANCES

Le Centre Hospitalier du CHU de Caen souscrit pour chaque étudiant et élève des assurances qui couvrent l'ensemble des accidents dont peut être victime le stagiaire sur le lieu de stage ou à l'occasion des activités de stage.

Ceux survenant sur les trajets aller-retour domicile-lieu de stage et Institut de formation-lieu de stage sont gérés par la caisse d'assurance maladie à laquelle il est affilié.

L'institut de formation s'assure que les étudiants ont acquitté leur cotisation URSSAF et justifié de leur assurance responsabilité civile personnelle.

Le CHU de Caen souscrit une assurance couvrant la responsabilité civile de l'élève ou l'étudiant en stage pour tout dommage causé aux tiers, à l'occasion de celui-ci.

La direction de l'Institut s'engage à effectuer les déclarations d'accident du travail et de maladie professionnelle à l'assurance maladie, conformément aux dispositions des articles L441-1 et suivants, et L461-1 et suivants du même code.

En cas d'accident, survenant au stagiaire, soit au cours du stage, soit au cours du trajet, l'établissement d'accueil s'engage à le déclarer à la direction de l'institut dans le délai légal de 24 heures, conformément aux dispositions de l'article R441-2 du code de la sécurité sociale.

Les véhicules de service ou les voitures particulières du personnel d'encadrement de l'établissement d'accueil permettant les déplacements éventuels nécessités par les activités de stage devront être assurés conformément à la réglementation en vigueur (articles L. 324-1 et L.324-2 du code de la route).

ARTICLE 5 - LES HORAIRES de STAGE

Les stages cliniques sont organisés sur la base de 35 heures par semaine.

Les jours fériés sont chômés tant en stage qu'à l'Institut. Les jours fériés sont considérés comme travaillés dans le décompte total du stage. Un déplacement du repos de ce férié peut être négocié avec le maître de stage.

Les étudiants et élèves sont soumis au planning de stage réalisé par le responsable de l'unité.

Les horaires de nuit, de fin de semaine ou de jours fériés sont possibles dès lors que l'étudiant ou élève bénéficie d'un encadrement de qualité. À ce titre, les étudiants et élèves ont la possibilité d'effectuer le temps hebdomadaire de stage prévues par les référentiels de formation en horaires autres que 7 heures par jour, soit éventuellement en 10h ou 12h.

En cas de stage de nuit, les retours écoles devront s'effectuer dans un délai minimum de 12 heures après la fin du service.

ARTICLE 6 - SUSPENSION DE STAGE

L'arrêté du 21 avril 2007 modifié relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux précise ;
« Lorsque l'étudiant a accompli des actes incompatibles avec la sécurité des personnes soignées, le directeur de l'institut de formation, en accord avec le responsable du lieu de stage, peut décider de la suspension du stage de l'étudiant, dans l'attente de l'examen de sa situation par le conseil pédagogique qui doit se réunir, au maximum, dans un délai de quinze jours à compter de la suspension ».

Cette demande doit être motivée par un rapport transmis par l'établissement d'accueil ou le responsable de stage.

ARTICLE 7 - COMMUNICATION

La présente convention peut être dénoncée à tout moment par l'établissement d'accueil après en avoir expressément informé la direction de l'institut de formation.

L'étudiant ou l'élève a pris connaissance de cette convention et s'engage à la respecter. Un exemplaire signé est conservé dans son dossier.

Cette convention est tripartite et est adressée à l'Établissement d'accueil pour accord et signature. L'Établissement d'accueil conserve un exemplaire et en adresse un exemplaire dûment signé à l'Institut de Formation d'aides-soignants.

ARTICLE 8 – DISPOSITIONS TRANSITOIRES DANS LE CADRE DE LA PANDEMIE COVID-19

Dans le contexte exceptionnel de prévention de la propagation du Covid-19, le service accueillant les étudiants et/ou élèves en stage, s'engage à leur fournir des tenues et du matériel de protection durant toute la durée du stage.

CAEN, le @DateDuJLettre\$

L'établissement d'accueil,

Signature de l'élève

P/o Le Directeur du CHU de Caen