

Patrick LEHMANN  
Directeur des Soins,  
Directeur de l'Institut de Formation

Régine BAUMEISTER  
Cadre supérieur de santé  
Coordonnateur Pédagogique

Affaire suivie par :  
Régine BAUMEISTER  
Patrick LEHMANN

Madame, Monsieur,

Vous compterez, dès janvier 2025, parmi les élèves aides-soignants de l'Institut de Formation du Centre Hospitalier de Rouffach. Je vous en félicite et vous remercie de votre confiance.

**La rentrée scolaire est programmée le lundi 20/01/2025 à 13h00.**

L'entrée en formation d'aide-soignant nécessite quelques formalités administratives. Aussi, je vous demanderai de lire attentivement les informations relatives à votre entrée en formation.

La date de retour du dossier administratif pour l'IFAS de Rouffach est fixée **au 18/12/2024**.

**Je vous informe que votre inscription à l'IFAS de Rouffach est subordonnée :**

- **à la production du dossier administratif et du dossier de financement**, ainsi que des justificatifs demandés, dans les délais indiqués ci-dessus.
- **à la remise du dossier médical ci-joint complet le jour de la rentrée au plus tard.**

*Le cas échéant je considérerai que vous renoncez à votre inscription à l'Institut de Formation d'Aides-Soignants du Centre Hospitalier de Rouffach.*

En cas de désistement, nous vous prions de bien vouloir nous en informer le plus rapidement possible afin que votre place puisse être attribuée à un autre candidat. Nous vous rappelons qu'une quote-part de 15 euros sur les frais d'inscription reste acquis à l'institut de formation.

N'hésitez pas à nous contacter si vous avez besoin d'informations complémentaires au 03 89 78 70 63 de 08h15 à 11h45.

Dans l'attente de vous accueillir à l'Institut de Formation d'Aides-Soignants de Rouffach, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, mes meilleures salutations.

Patrick LEHMANN



Directeur des soins  
Directeur de l'Institut de Formation

Institut de Formation d'Aides-Soignants  
Téléphone : 03 89 78 70 63  
Télécopie : 03 89 78 72 12  
Courriel : [contact.ifsi@ch-rouffach.fr](mailto:contact.ifsi@ch-rouffach.fr)



La Région  
**Grand Est**

Patrick LEHMANN  
Directeur des Soins  
Directeur de l'Institut de Formation

Régine BAUMEISTER  
Cadre supérieur de santé  
Coordonnateur pédagogique

## ***DOSSIER D'ADMISSION JANVIER 2025***

**INSTITUT DE FORMATION D'AIDES SOIGNANTS**  
**27, rue du 4ème R.S.M.**  
**68250 ROUFFACH**

**Tél : 03 89 78 70 63 - Fax : 03 89 78 72 12 – [contact.ifsi@ch-rouffach.fr](mailto:contact.ifsi@ch-rouffach.fr)**

### **Dépôt du dossier d'admission :**

Le dossier **COMPLET** d'admission définitive pourra être, soit :

- envoyé par courrier à l'IFAS en recommandé avec accusé de réception ;
- remis directement au secrétariat de l'IFAS

**DATE LIMITE : le 18/12/2024**

Si vous souhaitez obtenir des renseignements complémentaires, nous vous informons que le secrétariat de l'IFAS est ouvert au public du lundi au vendredi, de 08h à 12h et de 13h à 17h.

Fermeture de l'institut du 23/12/2024 au 05/01/2025

## NOTICE D'INFORMATION

### 1. DATE DE LA RENTREE

La rentrée est fixée **au lundi 20 janvier 2025 – 13h00**, à l'Institut de Formation d'Aides Soignants du Centre Hospitalier de Rouffach. L'accueil se fera en salle 8 (2<sup>ème</sup> étage) – pavillon 19 du Centre Hospitalier de Rouffach.

### 2. CERTIFICAT DE SCOLARITE

Un certificat de scolarité vous sera remis au courant de la première semaine de la rentrée.

### 3. FINANCEMENT DE LA FORMATION (cf Dossier de financement)

Les frais de scolarité pour l'année scolaire 2025 s'élèvent à 6 200 € pour un cursus complet.

La Région Grand Est prend en charge les frais de formation des élèves aides-soignants répondant au statut :

- d'étudiant en poursuite d'étude,
- demandeur d'emploi,
- salarié à titre dérogatoire,

Depuis la rentrée d'août 2024, les conditions de prise en charge des frais de formation s'étendent également aux différents cursus de formation, y compris les cursus « passerelle ».

**Accédez à toutes les informations utiles sur le site institutionnel de la Région Grand Est sur**

**[www.fss.grandest.fr](http://www.fss.grandest.fr)**

**Et testez votre éligibilité via le site :**

**<https://view.genial.ly/640ee000bde3a60012a1896c>**

### 4. DEMANDE DE BOURSE

La Région Grand Est peut vous accorder une bourse. Celle-ci est une aide financière pour les personnes dont les ressources familiales ou personnelles sont reconnues insuffisantes au regard des charges occasionnées par la formation. Vous trouverez tous les renseignements utiles et pourrez simuler une demande de bourse à l'adresse suivante :

***<https://boursesanitaireetsociale.grandest.fr>***

Les demandes de bourses seront à déposer directement sur le site internet susnommé. **Un code d'accès (spécifique à l'institut) vous sera communiqué par mail début janvier pour pouvoir faire votre demande de bourse.**

### 5. LES REPAS

Possibilité de prendre les repas de midi au Restaurant du Personnel (Self-service). A titre indicatif, le prix moyen du plat du jour en 2024 est de 3,71 €. Une carte badge vous sera remise moyennant **une caution d'un montant de 10 €, par chèque**. La caution vous sera retournée en fin de formation, après restitution de la carte badge. Cette carte badge vous sera également nécessaire pour accéder au bâtiment de l'institut.

Pour information, en cas de perte de votre badge, le renouvellement de celui-ci vous sera facturé 10 €.

### 6. DEMANDE D'EQUIVALENCE ET ALLEGEMENT DE FORMATION AIDE-SOIGNANTE

Il est possible de demander une équivalence et/ou allègement de formation sous certaines conditions de diplôme antérieur.

Pour réaliser cette demande, utilisez le formulaire : ***demande d'équivalence et/ou allègement de formation comprise dans le dossier administratif***

Accompagnez votre demande de la photocopie du diplôme au titre duquel vous effectuez la demande d'équivalence et/ou d'allègement.

## 7. INDEMNITÉS DE STAGE

Depuis la rentrée d'août 2024, la région Grand Est a décidé de verser une indemnité de stage aux élèves aides-soignants. Ce dispositif est ouvert aux élèves inscrits dans un institut de formation d'aides-soignants agréé par la Région Grand Est.

Est éligible tout apprenant aide-soignant dont les frais de formation sont pris en charge par la Région Grand Est. Le montant de cette indemnité est fixé à 35 € sur la base d'une durée de stage de 35H/semaine, proratisé au temps de présence du stagiaire.

Toutes les informations relatives à ce dispositif vous seront présentées en début de formation.

---

## FRAIS A PREVOIR POUR LA RENTRÉE DE JANVIER 2025

### LES DROITS D'INSCRIPTION

Les élèves aides-soignants doivent s'acquitter pour l'année 2025 des droits d'inscription d'un montant de 100€. En cas de désistement, une quote-part de 15 € sera conservée par l'institut de formation, conformément aux préconisations tarifaires de la Région Grand Est.

### LES TENUES PROFESSIONNELLES

Les tenues professionnelles seront mises à disposition par les différents terrains de stage où vous serez affectés tout au long de votre formation.

Vous devrez être en possession **d'une paire de chaussures professionnelles**

Il s'agit d'une paire de chaussures **blanches, fermées, anti-dérapantes** et **non bruyantes**. Les chaussures pourront être librement achetées par l'étudiant à condition que ces chaussures répondent aux caractéristiques énoncées ci-dessus et que leur utilisation soit réservée aux stages.

## *MODALITES PRATIQUES DE STAGE*

Madame, Monsieur,

Vous allez entrer en formation aide-soignante. Cette formation professionnelle de 1540 heures en cursus complet se déroule comme suit :

- 22 semaines, soit 770 heures en institut de formation,
- 22 semaines, soit 770 heures en stage clinique, réparties en :
  - o 3 périodes de 5 semaines
  - o 1 période de 7 semaines

Les stages cliniques sont organisés par l'institut de formation en collaboration avec les structures d'accueil sanitaires, sociales ou médico-sociales.

Les élèves AS peuvent bénéficier, sous certaines conditions, d'indemnités de stage (à hauteur de 35 € par semaine pour les élèves financés par la région), versées par la Région Grand Est.

Pour l'institut de formation aide-soignant du Centre Hospitalier de Rouffach :

- Les lieux de stage se situent dans l'ensemble du Haut-Rhin,
- Les horaires de stage, basés sur une semaine de 35h, peuvent débuter à 6h et se terminer à 21h.
- Au moins une expérience de travail de nuit est à effectuer au cours de la formation.
- Les samedis et dimanches peuvent être des jours de stage,
- Tous les lieux de stage ne sont pas accessibles quotidiennement aux horaires de stage en transport en commun.

En entrant en formation à l'IFAS du Centre Hospitalier de Rouffach, les élèves s'engagent à se donner les moyens de se déplacer, pendant toute la durée de la formation, pour se rendre sur les terrains de stage.

Je vous remercie de prendre ces informations en compte pour organiser votre année de formation.

Patrick LEHMANN,

Directeur des Soins,  
Directeur de l'institut de formation

	Dates	Nom/Fonction/Groupe de travail ou commission
Rédaction	05/07/2024	T.JUD, Adjointe au directeur IFAS, L. BACK, Secrétaire IFAS
Validation	20/11/2024	P. LEHMANN, Directeur des soins IFSI/IFAS
Approbation	25/11/2024	P. LEHMANN, Directeur des soins IFSI/IFAS

## Liste des pièces administratives

### **DOSSIER ADMINISTRATIF : pour le 18/12/2024**

- Un chèque de caution d'un montant de **10 €** pour la carte badge, libellé à l'ordre de la trésorerie Sud Alsace – Groupe hospitalier
- La fiche d'inscription complétée, datée et signée, accompagnée d'une photo d'identité couleur, normalisée
- Votre curriculum vitae actualisé
- La photocopie de la carte d'identité ou du titre de séjour en cours de validité, certifiée conforme à l'originale par vos soins, datée et signée
- Une photocopie de l'ensemble des diplômes obtenus, certifiée conforme à l'originale par vos soins, datée et signée.
- L'attestation d'affiliation à la sécurité sociale (disponible sur votre espace personnel AMELI)
- Une attestation d'assurance responsabilité civile en cours de validité (généralement comprise dans l'assurance de votre lieu d'habitation)
- Le formulaire concernant le matériel informatique
- Le formulaire de recensement administratif pour l'affectation des stages
- Le formulaire de demande d'équivalence ou allègement de formation, le cas échéant

### **DOSSIER DE PRISE EN CHARGE : pour le 18/12/2024**

- Le « dossier apprenant » de la Région Grand Est complété accompagné des pièces justificatives (cf annexe 2) (Lire attentivement les conditions de prise en charge des frais de formation et des justificatifs à fournir selon votre situation).
- Une photocopie du courrier de prise en charge de l'employeur ou de l'OPCO **pour les personnes financées uniquement** (promotion professionnelle, Transitions Pro Grand Est, OPCO Santé (Unifaf), Uniformation, ANFH, ...) certifiée conforme à l'original, datée et signée.

### **DOSSIER MEDICAL : à retourner à l'IFAS, complet, au plus tard le 20 janvier 2025**

- Un certificat médical établi par un **médecin agréé** (pas votre médecin traitant attention),  
(La liste des médecins agréés est consultable sur le site de l'Agence Régionale de Santé de votre région),
- Le dossier médical complété par le médecin traitant,
- Une photocopie du carnet de vaccinations,
- Une copie de la sérologie Hépatite B,

Photo  
d'identité à  
coller ici

## FICHE D'INSCRIPTION JANVIER 2025\* FORMATION AIDE-SOIGNANT

### I. CANDIDAT(E)

Nom et Prénom : ..... Nom Marital : .....

Sexe\*\* :  F  M Nationalité : .....

Date et lieu de naissance : le ..... à .....

Adresse : .....

CP : ..... VILLE : .....

Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : .....

Adresse mail : ..... @.....

ATTENTION : il est demandé aux élèves de créer une adresse mail nominative « gmail » contenant votre nom et prénom.

N° Sécurité Sociale : .....

Situation de famille\*\* :  Célibataire  Marié(e)  Divorcé(e)  Concubinage/PACS  Veuf(ve)

Nombre d'enfants : ..... à charge : .....

N° BEA/INE (*Obligatoire pour les bachelier*) : ..... Ce numéro figure sur le relevé des notes du baccalauréat.

### II. PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom et Prénom : ..... Lien de parenté : ..... N° de tél : .....

Nom et Prénom : ..... Lien de parenté : ..... N° de tél : .....

### III. ETUDES

Niveau des études antérieures : .....

Diplôme(s) obtenu(s) : .....

Activités exercées : .....

Actuellement demandeur d'emploi\*\* : OUI  NON  N° d'identification France Travail : .....

### IV. DIVERS

Etes-vous titulaire du permis de conduire : OUI  NON

Disposez-vous d'un véhicule : OUI  NON

Date : ..... / ..... / .....

Signature :

\* Ces données sont enregistrées sur le logiciel de gestion des dossiers BL SCOLARITÉ (Berger-Levrault) déclaré auprès de la CNIL

\*\* Cochez la case correspondante

Janvier 2025

## MATERIEL INFORMATIQUE

Je soussigné(e) (Nom - Prénom) : .....

dans le cadre de la possibilité de cours à distance, possède le matériel informatique suivant \*\* :

- ordinateur
- scanner
- imprimante
- connexion internet

Signature de l'élève ou du représentant légal :

*\*\*cochez la case*



 <p>Centre Hospitalier Rouffach</p>	<b>RECENSEMENT ADMINISTRATIF POUR L’AFFECTATION DES STAGES</b>	Code : T6N15-10 Version : 1 Date d’application : 10/06/2021
--	--	---

Formation :  Aide-Soignant  Infirmier  
Nom de naissance : ..... Nom d’usage : .....  
Prénom(s) : .....

Age : ..... Situation familiale : ..... Nombre d’enfant(s) à charge : ..... Adresse principale : ..... ..... Adresse durant la formation : ..... ..... Permis de conduire : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en cours Moyen de locomotion : <input type="checkbox"/> Voiture <input type="checkbox"/> Bus <input type="checkbox"/> Train <input type="checkbox"/> Autre, Précisez : ..... Mode de financement des études : <input type="checkbox"/> Formation professionnelle Précisez de quel établissement : ..... <input type="checkbox"/> Allocation d’études Précisez de quel établissement : ..... <input type="checkbox"/> Autre organisme financeur Précisez : .....
--

Indiquer, ci-dessous, le nom des établissements et des unités de soins où exerce un membre de votre famille directe au premier et deuxième degré et conjoint (e) : - ..... ..... - ..... ..... - ..... ..... - ..... ..... - ..... ..... - ..... ..... - ..... .....
--

Profession(s) antérieure(s) : .....

Lieu(x) d'exercice(s) antérieur(s) pour une période supérieure à 3 mois :

Année	Profession exercée	Employeur/Etablissement	Pôle le cas échéant	Service

**Pour les étudiants/élèves ayant effectué des stages en milieu sanitaire et/ou social dans le cadre de leurs études, renseigner le tableau ci-dessous :**

Année du stage	Durée du stage	Etablissement d'accueil	Pôle le cas échéant	Service

J'accepte de réaliser un stage dans une unité pratiquant des IVG<sup>1</sup> (cochez la case correspondante à votre réponse) :  oui  non

Je soussigné(e) .....

atteste l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Fait à ....., le ..... Signature :

	Dates	Nom/Fonction/groupe de travail ou commission
Rédaction	23/04/2021	SAID C. Cadre de santé formateur –réfèrent du dossier stage - FROMAGEAT A. Coordinatrice de stage au sein du GHT12
Validation	10/06/2021	BAUMEISTER Régine, FF Coordonnateur pédagogique
Approbation	10/06/2021	LEHMANN P., directeur des soins IFSI/IFAS, coordonnateur instituts GHT

<sup>1</sup> Interruption Volontaire de Grossesse



**DEMANDE D'EQUIVALENCE ET  
ALLEGEMENT DE FORMATION  
AIDE-SOIGNANTE**

Code : T3N5-8-2/FO/001

Date : 06/09/2021

Version : 3

Page 1 sur 2

**PARTIE A RENSEIGNER PAR L'ELEVE AIDE-SOIGNANT**

**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 07 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. Les diplômes ou certificats mentionnés aux articles D.451-88 et D.451-92 du code de l'action sociale et des familles ;*
- 7. Le titre professionnel d'assistant de vie aux familles ;*
- 8. Le titre professionnel d'agent de service médico-social.*

*Les personnes susmentionnées bénéficient des mesures d'équivalences ou d'allègement de suivi ou de validation de certains blocs de compétences selon les modalités fixées à l'annexe VII du présent arrêté. Leur parcours de formation et les modalités d'évaluation des blocs de compétences ou des compétences manquantes en vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'aide-soignant sont définies dans ladite annexe. »*

Je soussigné(e) :

NOM : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

DIPLOME INITIAL : .....

demande à bénéficier des mesures d'équivalences ou d'allègement de suivi ou de validation des blocs de compétences selon les modalités fixées à l'annexe VII de l'arrêté du 10 juin 2021, au regard du diplôme dont je suis déjà titulaire.

La copie du diplôme ou titre professionnel est à joindre à cette demande. La présentation de l'original du diplôme sera à réaliser auprès de la direction de l'institut.

**EQUIVALENCES ET ALLEGEMENT DE FORMATION ACCORDEES****Diplôme ou titre professionnel présenté :**

- Diplôme d'Etat d'auxiliaire de puériculture ;
- Diplôme d'assistant de régulation médicale ;
- Diplôme d'Etat d'ambulancier ;
- Baccalauréat professionnel Services aux personnes et aux territoires (SAPAT) ;
- Baccalauréat professionnel Accompagnement, soins et services à la personne (ASSP) ;
- Le titre professionnel d'assistant de vie aux familles ;
- Le titre professionnel d'agent de service médico-social.

Diplômes ou certificats mentionnés aux articles D.451-88 et D.451-92 du code de l'action sociale et des familles :

- Accompagnement Educatif et Social
- Auxiliaire de Vie Sociale
- Mention Complémentaire d'Aide à Domicile

**Réservé à l'institut**

**ORIGINAL DU DIPLOME PRESENTE** : OUI  NON

**AFGSU EN COURS DE VALIDITE** : OUI  NON

Date de fin de validité : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**DOCUMENT DESCRIPTIF DU DISPOSITIF DE FORMATION REMIS** :

	Dates	Nom/Fonction/groupe de travail ou commission
Rédaction	18/05/2022	T. JUD, Adjointe au directeur IFAS - GHRMSA
Validation	24/05/2022	P. LEHMANN, directeur des soins IFSI/IFAS – GHRMSA - CHR
Approbation	24/05/2022	P. LEHMANN, directeur des soins IFSI/IFAS – GHRMSA - CHR

## DOSSIER DE PRISE EN CHARGE

### FORMATION AIDE-SOIGNANT

#### PIECES À JOINDRE AVEC LE DOSSIER APPRENANT DE LA REGION GRAND EST RELATIF AUX FRAIS FORMATION Session Janvier 2025

Vous trouverez ci-joint le dossier « apprenant » relatif à la prise en charge de la formation. Nous vous invitons à le **lire attentivement**. Le présent dossier doit être accompagné, selon votre situation, des pièces justificatives suivante :

#### L'ensemble des apprenants admis en formation à la rentrée 2024/2025

- compléter la fiche de renseignement (*fiche 1*) et l'attestation sur l'honneur (*fiche 2*)

#### Vous êtes jeune de -26 ans en poursuite d'études

- fournir un certificat de scolarité soit pour l'année 2022/2023, soit pour l'année 2023/2024

**Attention :** les certificats de préparation au concours et au Diplôme d'Accès aux Etudes Supérieures (DAEU) ne peuvent justifier le statut d'étudiant en poursuite d'études.

#### Vous êtes demandeur d'emploi :

- fournir l'Attestation France Travail (*fiche 3*) ci-jointe dûment complétée par France Travail datant au maximum du mois précédent la rentrée. De ce fait, l'attestation France Travail **ne pourra être complétée par votre conseiller qu'à partir du mois d'août**.
- Transmettre une copie de l'attestation d'employeur destinée à France Travail (UNEDIC) remise par votre employeur à la fin de votre dernier contrat de travail

#### Vous êtes salarié(e) :

Vous avez un Contrat à Durée Déterminé qui expire **au plus tard dans les 7 jours qui suivent le début de la formation.**

Vous avez rompu votre contrat de travail : licenciement, rupture conventionnelle de CDI, rupture anticipée d'un CDD. **La procédure doit impérativement avoir abouti avant la rentrée.**

- fournir l'Attestation France Travail (*fiche 3*) ci-jointe dûment complétée par France Travail datant au maximum du mois précédent la rentrée. De ce fait, **l'attestation France Travail ne pourra être complétée par votre conseiller qu'à partir du mois d'août**.
- copie de la rupture conventionnelle ou tout autre document justifiant de la fin de votre contrat (courrier licenciement...)
- Transmettre une copie de l'attestation d'employeur destinée à France Travail (UNEDIC) remise par votre employeur à la fin de votre dernier contrat de travail

#### PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE FORMATION AUTRES QUE LA REGION :

##### Promotion professionnelle

- attestation de l'employeur confirmant votre prise en charge

##### OPCA (Transition pro, OPCO Uniformation...)

- copie du courrier justifiant votre prise en charge

Tous les cas particuliers n'ont pas été énumérés ci-dessus mais sont cités dans l'organigramme des conditions générales de prises en charge ci-joint. Celles-ci sont consultables sur le site internet de la Région Grand Est : <http://www.grandest.fr/formations-sanitaires-sociales/>

**DOSSIER APPRENANT SECTEUR SANITAIRE  
et SOCIAL**

Les informations figurant dans le présent dossier sont destinées à la Région Grand Est et sont à renseigner par l'ensemble des apprenants admis en formation à la rentrée 2024/2025.

La Région participe au financement du fonctionnement des instituts de formations sanitaires en fonction des places agréées et financées.

Ne bénéficient de la gratuité du coût pédagogique de leur formation que les apprenants qui remplissent les conditions d'éligibilité fixées par la Région.

Ces conditions sont rappelées dans les fiches récapitulatives "Conditions générales et conditions spécifiques de prise en charge des formations" qui sont téléchargeables sur le site institutionnel de la Région Grand Est via le lien suivant :

<http://www.grandest.fr/actions/formations-sanitaires-sociales/>

\*\*\*\*\*

**Le dossier APPRENANT comporte 3 fiches à renseigner selon le code couleur suivant :**

Renseignements à remplir par l'apprenant



Renseignements à remplir par l'institut



Renseignements à remplir par France Travail



**Fiche 1** Fiche de renseignements - Situation de l'apprenant : à remplir par tout apprenant

**Fiche 2** Attestation sur l'honneur : à remplir par tout apprenant

**Fiche 3** Attestation de France Travail : à remplir par tout apprenant ayant le profil de demandeur d'emploi

\*\*\*\*\*

**Ces documents sont à remettre à l'institut de formation, dûment complétés et accompagnés de l'ensemble des justificatifs demandés, impérativement avant le démarrage de la formation.**

**Tout dossier mal renseigné ou incomplet sera rejeté par l'Institut ; et de ce fait, les frais de formation resteront à la charge de l'apprenant.**

**Toute fausse déclaration est passible de peines et d'amendes prévues par les articles 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal.**

Les données personnelles recueillies sont exclusivement collectées pour un usage interne à la Région et sont destinées à la vérification du respect des critères d'éligibilité de la prise en charge du coût des formations.

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, tout utilisateur du présent document dispose d'un droit d'accès, de rectification et de radiation portant sur ses données personnelles sur simple demande à l'adresse suivante :

Conseil Régional Grand Est - Direction de l'Orientation, de la Formation pour l'Emploi  
Service des Formations Sanitaires et Sociales  
1 place Adrien Zeller - BP 91006 - 67070 STRASBOURG Cedex  
Tél. 03 87 33 64 19 - mail : fss@grandest.fr



FICHE DE RENSEIGNEMENTS - SITUATION DE L'APPRENANT

IDENTITE DE L'APPRENANT

Civilité :

Nom de naissance :  Nom d'usage (marital) :

Prénoms :

Adresse postale :

CP :  Ville :

Etat civil : (cochez la case correspondant à votre situation)

<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Veuf(ve)
<input type="checkbox"/> Marié(e)/Pacsé(e)	<input type="checkbox"/> Divorcé(e)
<input type="checkbox"/> Vie maritale	

Date de naissance :

Téléphone :

Personne reconnue travailleur handicapé (O/N) ?

Adresse électronique :

Statut avant l'entrée en formation : (cochez la case correspondant à votre situation)

<input type="checkbox"/> Etudiant(e) en poursuite d'études	<input type="checkbox"/> Salarié(e)
<input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi	<input type="checkbox"/> Autres .....

Coût pédagogique de la formation pris en charge par : (à compléter avec l'institut de formation)

<input type="checkbox"/> Région Grand Est y compris mesure dérogatoire	<input type="checkbox"/> OPCO, TRANSITION PRO, ANFH ...
<input type="checkbox"/> France Travail	<input type="checkbox"/> Employeur
<input type="checkbox"/> A titre personnel	<input type="checkbox"/> Autres (par exemple CPF/DIF) : .....

Coordonnées de l'organisme finançant les frais de formation : (autre que REGION GRAND EST)

Rémunération et autres aides dont je bénéficie ou suis susceptible de bénéficier durant la formation : (cochez la case correspondant à votre situation)

<input type="checkbox"/> Bourse de la Région	<input type="checkbox"/> Contrat en alternance (apprentissage, contrat professionnalisation)
<input type="checkbox"/> Indemnités de chômage (ARE, ASS, RFF, ASR,...)	<input type="checkbox"/> Allocations d'études
<input type="checkbox"/> Minima sociaux et autres allocations (RSA,...)	<input type="checkbox"/> Autres types d'aides publiques (LADOM...)
<input type="checkbox"/> Promotion professionnelle hospitalière	<input type="checkbox"/> Aucune aide financière
<input type="checkbox"/> Plan de formation de l'employeur	<input type="checkbox"/> Autre(s) prise(s) en charge
<input type="checkbox"/> Transition Pro	

Coordonnées de l'organisme finançant ou sollicité pour financer la rémunération et/ou d'autres aides (autre que REGION GRAND EST) :



## SITUATION DE L'APPRENANT AVANT L'ENTREE EN FORMATION

### PARCOURS SCOLAIRES

Dernier diplôme obtenu (niveau le plus élevé) :

Année d'obtention	Intitulé du diplôme	Spécialité/discipline/série

Date de sortie de formation initiale (études) :

Année scolaire	Cursus de formation	Etablissement

### ANTECEDENTS PROFESSIONNELS (à compléter obligatoirement pour toutes les formations)

Dernier emploi exercé avant l'entrée en formation (employeur principal en cas de cumul d'activités) :

Date d'embauche	Employeur et lieu de travail	Emploi occupé	Type de contrat	Temps de travail	Motif de fin ou de rupture de contrat	Date de fin ou de rupture de contrat

Situation au regard des derniers emplois occupés durant la période de référence qui **démarre 6 mois avant la date de rentrée de l'année de sélection**

soit : du : pas de période de référence pour les AS au :

Date d'embauche	Employeur et lieu de travail	Emploi occupé	Type de contrat	Temps de travail	Motif de fin ou de rupture de contrat	Date de fin ou de rupture de contrat

Toute fausse déclaration est passible de peines et d'amendes prévues par les articles 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal.

Je certifie exact les renseignements fournis.

Fait à :

Le :

Signature de l'apprenant ou du responsable légal

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) : [ ] déclare avoir pris connaissance :

- du coût pédagogique de la formation :

Tarif applicable par année ou par session de formation : 6 200 € (cursus complet)

Autres frais à charge de l'apprenant : 100 € frais d'inscription

- des conditions de prise en charge fixées par la Région Grand Est (voir fiches synthétiques relatives aux conditions générales et aux conditions spécifiques de prise en charge des formations)

- et j'atteste :

remplir les conditions pour bénéficier d'une prise en charge régionale en tant que :

Jeune de -26 ans en poursuite d'études (certificat de scolarité 2022/2023 ou 2023/2024)

Demandeur d'emploi non démissionnaire durant la période de référence qui démarre 6 mois avant la date de rentrée de l'année de sélection et jusqu'à la date de rentrée effective (y compris en cas de report) - (hors formation AS et AP)

Salarié(e) bénéficiant d'un financement à titre dérogatoire pour les formations d'AS, AP et d'AMBU

Salarié(e) en situation précaire dont le contrat de travail est inférieur à 18 heures par semaine ou 78 heures par mois dans les 9 mois avant l'entrée en formation

Salarié(e) en tant que Vendeur à Domicile Indépendant (VDI) ou auto-entrepreneur dont le salaire moyen dans les 6 mois avant l'entrée en formation n'excède pas 720 € par mois

financer la formation à titre personnel étant donné que je ne remplis pas les conditions d'éligibilité fixées par la Région

bénéficier de la prise en charge du coût pédagogique par le biais d'un dispositif de formation professionnelle continue (Transition Pro, CFP, OPCO, ANFH, France Travail, plan de formation employeur...)

mobilisation de mon CPF + le reste à charge à titre personnel

Coordonnées du financeur : [ ]

Je m'engage à :

- signaler au plus tôt tout changement de situation qui serait susceptible de remettre en cause ou d'impacter le financement de la Région Grand Est ;
- m'acquitter des frais à titre personnel en cas d'omission ou d'erreur dans la présente déclaration, de non production des pièces demandées par l'institut de formation ou par
- remettre toute pièce demandée par la Région en cas de contrôle ;
- être assidu durant toute la formation et respecter le règlement intérieur de l'institut de formation.

Toute fausse déclaration est passible de peines et d'amendes prévues par les articles 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal.

Je certifie exact les renseignements fournis.

Fait à : [ ]

Le : [ ]

Signature de l'apprenant ou du responsable légal

FORMATIONS SANITAIRES et SOCIALES

Document à renseigner pour toutes les personnes inscrites comme demandeur d'emploi

IDENTITE DE L'APPRENANT

Nom de naissance et/ou nom d'usage :

Prénoms :

Date de naissance :

PROJET DE FORMATION

Etablissement de formation :

CENTRE HOSPITALIER DE ROUFFACH

Formation suivie :

Formation d'Aide-Soignant

Lieu de formation :

Rouffach

Année scolaire ou universitaire :

2025

Année de réussite aux sélections :

2024

Date de la rentrée :

20/01/2025

Période de référence :

du :

pas de période de référence pour les AS

au :

ANTECEDENTS PROFESSIONNELS (à compléter pour toutes les formations)

Situation au regard des derniers emplois occupés durant la période de référence qui **démarre 6 mois avant la date de rentrée de l'année de sélection et jusqu'à la date de rentrée effective (y compris en cas de report) - (cette période ne concerne pas les formations AS et AP) :**

soit :

du :

pas de période de référence pour les AS

au :

Date d'embauche	Employeur	Lieu de travail	Emploi occupé	Type de contrat	Temps de travail	Motif de fin ou de rupture de contrat	Date de fin ou de rupture de contrat

INSCRIPTION A FRANCE TRAVAIL

N° d'identifiant France Travail :

Agence d'inscription France Travail référente :

Suivi assuré par une Mission Locale ou un PAIO (O/N) ?

Dans l'affirmative, quelle structure ?

Date de dernière inscription ou réactualisation en tant que demandeur d'emploi :

Si vous percevez une allocation de France Travail, depuis quand ?

Le changement de situation lié à l'entrée en formation doit être signalé à France Travail dans le mois qui précède la rentrée.

Je soussigné(e) :

- atteste remplir les critères d'éligibilité fixés par la Région Grand Est - tels que rappelés dans les fiches récapitulatives "Conditions générales et conditions spécifiques de prise en charge des formations",
- déclare avoir cessé toute activité professionnelle salariée ou non salariée et ne plus être lié contractuellement à un employeur (sauf en cas d'activité réduite si la quotité de travail n'excède pas 18h/semaine ou 78h/mois dans les 9 mois avant l'entrée en formation ,
- et ne pas être placé(e) soit en disponibilité de la fonction publique, soit en congé (congé de formation, congé sabbatique, congé parental...).

J'autorise France Travail à transmettre les informations ci-après à la Région.

Toute fausse déclaration est passible de peines et d'amendes prévues par les articles 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal.

Fait à :

Le :

Signature de l'apprenant ou du responsable légal

## PARTIE A RENSEIGNER PAR FRANCE TRAVAIL

Attestation à remplir dans le mois précédent l'entrée en formation

Nom de naissance et/ou nom d'usage :

Prénoms :

Période de référence : du :

(cette période ne concerne pas les formations AS et AP)

pas de période de référence pour les AS

au :

### - l'apprenant est inscrit en tant que demandeur d'emploi (à compléter obligatoirement pour toutes les formations):

depuis le :

est inscrit en catégorie :

depuis le :

dernier jour d'actualisation :

justifie d'une activité déclarée à cette date (O/N) :

### - l'apprenant justifie du statut suivant, au cours de la période de référence (hors formations AS et AP) :

non démissionnaire

démissionnaire pour motifs légitimes reconnus **exclusivement** par la Région Grand Est soit : rupture d'un contrat aidé, emploi avenir ou service civique... - pour cause de non paiement des salaires - pour suivre le conjoint suite à mutation ou mariage - pour suivre son enfant handicapé admis dans une structure d'accueil - pour cause de violences conjugales - pour cause d'actes délictueux dans le cadre du contrat de travail

non renouvellement de CDD

autre motif de rupture \*

\*Motif de fin ou de rupture de contrat - choisir parmi les options suivantes : Convention de Reclassement Personnalisé (CRP), démission, démission contrat 18 h/semaine au maximum, licenciement, rupture conventionnelle/amicable, fin de contrat, dispositif démission-reconversion

Date de la rupture :

non défini, France Travail n'étant pas en mesure de vérifier la situation de l'apprenant et d'attester de son statut au regard des critères fixés par la Région Grand Est

### - son projet de formation professionnelle a fait l'objet d'une validation auprès d'un conseiller de France Travail.

L'apprenant justifie-t-il de droits ouverts au titre de l'ARE (O/N) ?

Nom du signataire :

Prénom :

Qualité :

Agence :

Lieu :

Date :

Signature et cachet de France Travail

## CODES

### Type de contrat

CDI

CDD

Fonctionnaire

Intérim

Contrat en alternance

Contrat Aidé

Service civique ou volontaire

Autre

### Motif de fin ou rupture de contrat

Convention de Reclassement Personnalisé (CRP)

Démission

Démission contrat 18h/semaine ou 78h/mois au maximum

Démission pour motifs légitimes reconnus par la Région

Licenciement

Rupture conventionnelle/amicable

Fin de contrat

Institut de Formation Aide-Soignant  
Téléphone : 03 89 78 70 63  
Télécopie : 03 89 78 72 12  
Courriel : [contact.ifs@ch-rouffach.fr](mailto:contact.ifs@ch-rouffach.fr)

Patrick LEHMANN  
Directeur des Soins,  
Directeur de l'Institut de Formation

Régine BAUMEISTER  
Cadre supérieur de santé  
Coordonnateur Pédagogique

**DOSSIER MEDICAL – session 01/2025**  
*CONDITIONS MEDICALES D'ADMISSION  
A L'ENTREE A L'INSTITUT DE FORMATION*

**FORMATION AIDE SOIGNANT<sup>1</sup>**

Ce dossier est à rendre dès que possible et en tout état de cause au plus tard le  
**premier jour de la rentrée (20/01/2025), COMPLET**

Madame, Monsieur,

Vous devez présenter lors de votre inscription à l'institut de formation,

- le certificat du médecin agréé (ci-joint) à remettre **au secrétariat de l'institut**
- le dossier médical (ci-joint) complété et signé par votre médecin traitant à remettre au **secrétariat de l'institut**
- une copie de vos certificats de vaccination,
- les résultats de la sérologie de l'hépatite B,

**Pour plus d'information :**

- Liste des médecins agréés par l'Agence Régionale de Santé

<https://www.grand-est.ars.sante.fr/annuaires-des-professionnels-et-etablissements>

- Information sur le site Vaccination InfoService.fr

<https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Recommandations-vaccinales-specifiques/Professionnels-exposes-a-des-risques-specifiques/Professionnels-de-sante>

---

<sup>1</sup> En référence à l'arrêté du 21 avril 2007 modifié par l'arrêté du 10 juin 2021 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux :

Article 91 :

L'admission définitive dans un institut de formation préparant à l'un des diplômes visés à l'article 1<sup>er</sup> du présent arrêté est subordonnée :

a° A la production, au plus tard le premier jour de la rentrée, 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 ;

b° A la production, au plus tard le jour de la première entrée en stage, d'un certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France.

# MEMENTO à remettre à votre médecin traitant accompagné du dossier médical à remplir

Afin de permettre aux élèves des filières paramédicales d'effectuer leur formation et leur stage **ils doivent impérativement répondre aux obligations vaccinales des professionnels de santé** (L'Article L.3111-4 du Code de la Santé publique). Lors de son inscription définitive dans une école de la fonction publique hospitalière, l'élève doit fournir au secrétariat de l'institut de formation un dossier complet :

- **Les vaccinations obligatoires :**
  - **DTP (diphtérie-tétanos-poliomyélite) ou DTCoqPolio selon le calendrier vaccinal en vigueur :** les dates des 2 derniers vaccins réalisés
  - **Hépatite B**
    - un schéma vaccinal complet (schéma classique ou rapide)
    - un dosage des anticorps anti-HBs et anti-HBc ainsi que le dosage des antigènes HBs.

**Certains vaccins sont fortement recommandés mais non obligatoires :**

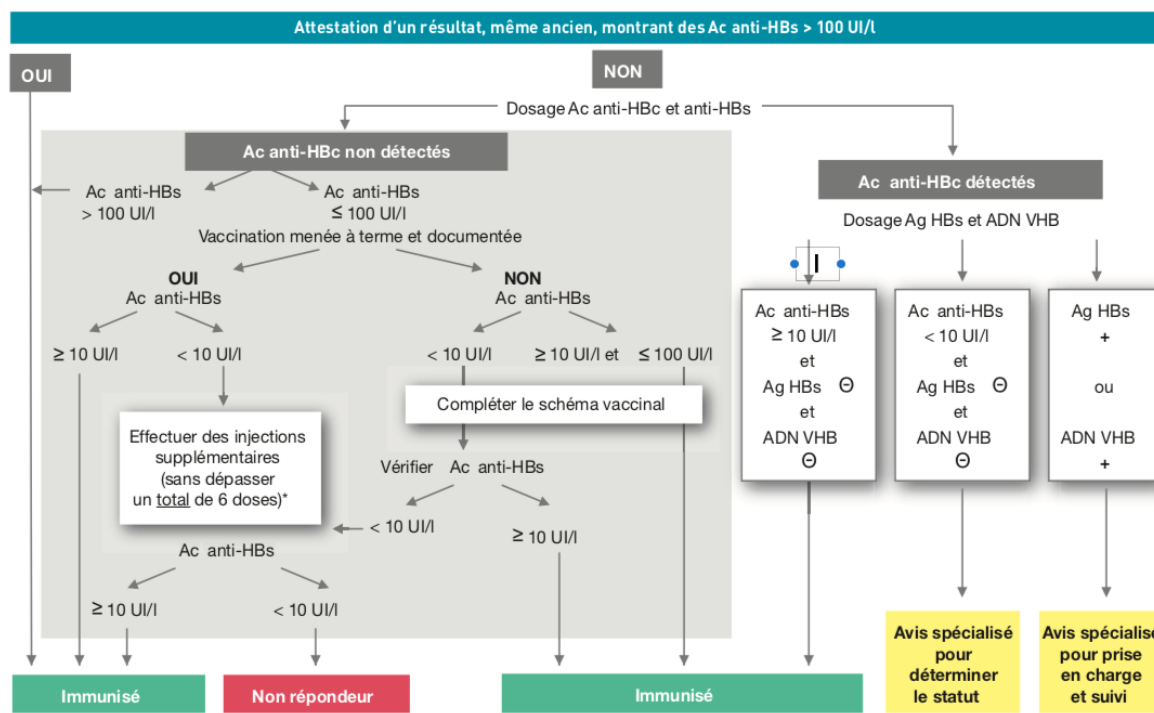
- Vaccin Coqueluche (lors d'un rappel DTP)
- Vaccins ROR : 2 injections

Merci de veiller à la mise à jour des vaccinations et remettre le dossier médical ci-joint à l'élève complété et signé par vos soins.

**VIGILANCE**

Il est **IMPÉRATIF** d'avoir eu au moins 2 doses du vaccin hépatite B avant l'entrée en formation.

3.8 Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des professionnels de santé



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

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

## DOSSIER MEDICAL – Session 01/2025

à établir par votre médecin traitant  
Entrée à l'Institut de Formation Aide-Soignant de Rouffach  
**FORMATION AIDE SOIGNANT**

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../.....

### Diphtérie, tétanos, polio (DTP ou DTCoqPolio) – *Obligatoire*

1<sup>ère</sup> injection le : .... / .... / ....

1<sup>er</sup> rappel : .... / .... / .... Age : .....

2<sup>ème</sup> injection le : .... / .... / ....

2<sup>ème</sup> rappel : .... / .... / .... Age : .....

3<sup>ème</sup> injection le : .... / .... / ....

3<sup>ème</sup> rappel : .... / .... / .... Age : .....

4<sup>ème</sup> rappel : .... / .... / .... Age : .....

5<sup>ème</sup> rappel : .... / .... / .... Age : .....

### Hépatite B – *Obligatoire*

La vérification de l'immunisation et de l'absence d'infection par le VHB est obligatoire pour tous les élèves et personnels de santé relevant de la vaccination obligatoire contre le VHB.

1<sup>ère</sup> injection le : .... / .... / .... Dénomination : ..... N° lot : .....

2<sup>ème</sup> injection le : .... / .... / .... Dénomination : ..... N° lot : .....

3<sup>ème</sup> injection le : .... / .... / .... Dénomination : ..... N° lot : .....

A réalisé une sérologie : dosage des anticorps anti-HBs ET dosage des anticorps HBc ET dosage Antigène HBs.  
*Joindre la copie des résultats obligatoirement.*

Taux d'anticorps : .....

Immunisation :  Oui  Non

### Intradermoréaction – *Recommandée*

Induration en mm

Test tuberculique : Date : ...../...../..... Résultat à 72 h : ..... mm

Verso ↩

1/2



**Vaccinations autres – Recommandée**

**ROR :**

1<sup>ère</sup> injection le : : .... / .... / ....

2<sup>ème</sup> injection le : : .... / .... / ....

Vaccin contre **la Méningite C** (à réaliser avant 24 ans révolus) : Réalisé le ...../...../.....

**COVID :**

1<sup>ère</sup> injection le : .... / .... / ....

2<sup>ème</sup> injection le : .... / .... / ....

3<sup>ème</sup> injection le : .... / .... / ....

Maladies infantiles	Antécédent de la maladie	OU	sérologie positive
Varicelle	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Résultat : .....
Rougeole	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Résultat : .....
Rubéole	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Résultat : .....
Oreillons	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Résultat : .....
Coqueluche	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Résultat : .....
Hépatite A	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Résultat : .....
Grippe (annuellement)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Résultat : .....

**ATTENTION : le certificat d'aptitude de l'élève à l'entrée en formation dépend de ces indications.**

Je soussigné, Docteur .....

Certifie que Mme/M. ....

**a répondu à ses obligations vaccinales selon le texte en vigueur et a reçu les vaccinations obligatoires précédentes**

**L'élève est autorisé(e) à débiter son parcours de stage au vu des conditions vaccinales :**

OUI

NON

Fait le : .... / .... / ....

Cachet et signature

**CERTIFICAT MEDICAL – Session 01/2025**

à établir par un **médecin agréé**

Entrée à l'Institut de Formation d'Aide-Soignant de Rouffach

**FORMATION AIDE SOIGNANT**

Je soussigné(e), docteur

.....

médecin agréé par la préfecture du département

.....

exerçant à

.....

**certifie que** (conformément à l'article 91 de l'arrêté du 21 avril 2007 modifié relatif aux conditions d'accès aux instituts de formation paramédicaux)

Madame/Monsieur

.....

né(e) le

.....

demeurant à

.....

Ne présente pas de contre-indications physiques et psychologiques à l'exercice de la profession

Date : ...../...../.....

Signature :

Cachet du médecin