

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 le 26 août prochain, 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 26/08/2024 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 :

- Pour les candidats **admis sur liste principale** : au **26/07/2024**
- Pour les candidats **admis sur liste complémentaire** :
 - contactés la semaine du 22/07/2024 : au **12/08/2024**
 - contactés la semaine du 29/07/2024 : au **19/08/2024**
- **Dans les plus brefs délais** pour les candidats ayant accepté une proposition d'admission à partir du 05/08/2024.

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



La Région
Grand Est

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

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

Régine BAUMEISTER
Cadre supérieur de santé
Coordonnateur pédagogique

DOSSIER D'ADMISSION 2024

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

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

Si vous souhaitez obtenir des renseignements complémentaires, nous vous informons que le secrétariat de l'IFAS est ouvert au public les jours ouvrés durant les mois de juillet et août, de 8 h 15 à 11 h 45.

NOTICE D'INFORMATION

1. DATE DE LA RENTREE

La rentrée est fixée **au lundi 26 août 2024 – 13h00**, à l'Institut de Formation d'Aides Soignants du Centre Hospitalier de Rouffach. L'accueil se fera en salle 2 – 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 2024/2025 s'élèvent à 6 200 € pour un cursus complet. La Région Grand Est prend en charge les frais de formation des élèves aides-soignants, à savoir :

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

A compter de 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

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 dès à présent.

Le code d'accès spécifique à l'institut de formation de Rouffach est : IFAS1170 *A noter que ce code est strictement confidentiel.*

5. CONTRAT D'ALLOCATION D'ETUDES (cf FLYER)

L'agence Régionale de Santé vous propose de signer un contrat d'allocation d'études dès la rentrée. Ce contrat vous permettra de percevoir :

- une indemnité de 6000€ nets
- la garantie d'être embauchés dans la Région, dès l'obtention de votre diplôme.

En contrepartie, vous vous engagerez à travailler dès l'obtention du diplôme dans un établissement de la Région, durant le double de la durée de l'aide que vous aurez perçue.

Vous trouverez sur notre site internet www.ifs-rouffach.com rubrique « Flash Info/Allocation d'études », la liste des établissements qui proposent ce type de contrat.

6. HEBERGEMENT

Possibilité d'hébergement au home des étudiants, en chambre individuelle équipée d'une salle d'eau individuelle. Le home est situé à proximité immédiate du Centre Hospitalier de ROUFFACH. Les étudiants et élèves de l'institut pourront bénéficier d'un tarif avantageux pour le loyer au Home. Le montant du loyer s'élève à **200 € par mois**. Le versement du loyer se fera **obligatoirement par virement automatique**. L'élève

peut bénéficier d'une allocation de logement à caractère social (ALS). Cette allocation est versée sur la base des revenus propres de l'étudiant. Une caution égale au montant du loyer est demandée et sera remboursée, sauf dégradation, à la sortie, après inventaire et vérification de l'état des lieux.

7. 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 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.

A titre indicatif, en cas de perte de votre badge, le renouvellement de celui-ci vous sera facturé 10 €.

8. 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.

9. INDEMNITÉS DE STAGE

Dès la rentrée d'août 2024, la région Grand Est décide de verser une indemnité de stage à l'attention des élèves aides-soignants. Ce dispositif est ouvert aux élèves aides-soignants 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 2024

LES DROITS D'INSCRIPTION

Les élèves aides-soignants doivent s'acquitter pour l'année 2024-2025 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.

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 énoncés ci-dessus et que leur utilisation soit réservée aux stages.

Liste des pièces administratives

DOSSIER ADMINISTRATIF :

- 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. Pour les bacheliers 2023, le diplôme du baccalauréat sera transmis dès réception.
- Pour les candidats bacheliers : une photocopie de votre relevé de notes du baccalauréat 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'attribution de chambre, le cas échéant
- Le formulaire de demande d'équivalence ou allègement de formation, le cas échéant

DOSSIER DE PRISE EN CHARGE :

- 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 26 août 2024

- 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 2024* 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 pôle emploi :

IV. TENUES

En vue de la gestion des tenues professionnelles, veuillez nous indiquer votre taille (à titre indicatif)** (1):

T.36 T. 38 T. 40 T. 42 T. 44 T. 46 Autre :

V. 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

Juillet 2024

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

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 : oui non en cours

Moyen de locomotion : Voiture Bus Train Autre, Précisez :.....

Mode de financement des études :

Formation professionnelle Précisez de quel établissement :

Allocation d’études Précisez de quel établissement :

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 IVG¹ (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

¹ Interruption Volontaire de Grossesse

DEMANDE D'ATTRIBUTION D'UNE CHAMBRE

Je soussigné(e) (Nom - Prénom) :

Habitant à (adresse complète) :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Mail :@.....

demande à être logé(e) au Centre Hospitalier de ROUFFACH**

OUI

NON

Pour les étudiants mineurs** :

autorise ma fille/ mon fils :

à prendre une chambre au Centre Hospitalier de ROUFFACH.

Signature de l'élève ou du représentant légal :

L'attribution des chambres se fera au plus tard le jour de la rentrée.

***cochez la case*



**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

Secteur Sanitaire et Social

DES MÉTIERS D'AVENIR !

Conditions générales de prise en charge **des formations sanitaires et sociales** :

- ▶ ambulancier, auxiliaire de puériculture, aide-soignant, ergothérapeute (Mulhouse), infirmier, manipulateur en électroradiologie médicale, psychomotricien (Mulhouse)
- ▶ moniteur éducateur technicien de l'intervention sociale et familiale, assistant de service social, éducateur de jeunes enfants, éducateur spécialisé, éducateur technique spécialisé, 3^e année en conseiller économie sociale et familiale

RENTRÉE DE
**SEPTEMBRE 2024 ET
PREMIER TRIMESTRE 2025**

 **Vous êtes éligible**
à la prise en charge régionale ! 

 **Vous n'êtes pas éligible**
à la prise en charge régionale ! 

1 VOUS AVEZ MOINS DE 26 ANS ET ÊTES EN POURSUITE D'ÉTUDES

Vous devez fournir **un certificat de scolarité** (année 2022-2023 ou 2023-2024)



 Le statut de jeune de 26 ans en poursuite d'études est prioritaire

- ▶ Vous avez suivi une **préparation aux concours/sélections**
- ▶ Vous avez le **Diplôme d'Accès aux Études Supérieures**



2 VOUS ÊTES DEMANDEUR D'EMPLOI

Vous êtes **non démissionnaire** au cours de la période de référence* qui démarre 6 mois avant la date de rentrée de la sélection et jusqu'à la date de rentrée effective (y compris en cas de report).

 **Possibilité de mobiliser votre Compte Personnel de Formation (CPF)** et de compléter sur fonds propres si vous souhaitez bénéficier de la mesure compensatoire

***PÉRIODE DE RÉFÉRENCE** : période durant laquelle votre statut est examiné pour déterminer si vous êtes éligible à la prise en charge régionale du coût de votre formation.
Cette période de référence ne s'applique pas aux formations D'AIDE-SOIGNANT ET D'AUXILIAIRE DE PUÉRICULTURE.

Vous avez démissionné pour **l'un des motifs suivants** :

- ▶ **Rupture à l'initiative du salarié** d'un contrat aidé, d'un emploi d'avenir, d'un service civique, d'un contrat volontariat gendarmerie ;
- ▶ Pour cause de **non-paiement des salaires** ;
- ▶ Pour **suivre le conjoint** suite à une mutation ou mariage ;
- ▶ Pour **suivre son enfant handicapé** admis dans une structure d'accueil ;
- ▶ Pour cause de **violences conjugales** ;
- ▶ Pour cause de **d'actes délictueux dans le cadre du contrat de travail**.

Vous êtes **démissionnaire** au cours de la période de référence* qui démarre 6 mois avant la date de rentrée de la sélection et jusqu'à la date de rentrée effective (y compris en cas de report).

Le dispositif « DÉMISSION RECONVERSION » n'est pas reconnu, pendant la période de référence, comme démission permettant la prise en charge du coût de la formation par la Région.

Vous avez démissionné **avant la période de référence**.

Vous n'avez **pas renouvelé votre CDD**.





**Vous êtes éligible
à la prise en charge régionale !**



**Vous n'êtes pas éligible
à la prise en charge régionale !**



3

VOUS ÊTES SALARIÉ

- ▶ Vous avez **un contrat de travail dont la durée est inférieure à 18 heures par semaine ou 78 heures par mois** en moyenne durant les neuf mois précédant l'entrée en formation ;
- ▶ Vous avez **un contrat de travail à durée déterminée qui expire au plus tard dans les 7 jours** qui suivent le début de la formation ;
- ▶ Votre **congé parental a pris fin** avant le démarrage de la formation ;
- ▶ Votre **contrat de travail est rompu** : licenciement, rupture conventionnelle de CDI... **la procédure doit impérativement avoir abouti avant la rentrée** ;
- ▶ Vous êtes **VDI ou micro-entrepreneur** et vos revenus déclarés en moyenne sur les 6 derniers mois avant l'entrée en formation s'élèvent mensuellement au maximum à 720 euros.

i L'inscription à France Travail est obligatoire



Obligation de mobiliser votre Compte Personnel de Formation (CPF) et de compléter sur fonds propres si vous souhaitez bénéficier de la mesure compensatoire

- ▶ Vous avez gardé **un lien juridique avec un employeur** ;
- ▶ Vous êtes en **congé parental** ;
- ▶ Vous êtes en **congé sabbatique, en disponibilité, en congé de formation professionnelle, commerçant, profession libérale, ...** ;
- ▶ Vous êtes **VDI ou micro-entrepreneur** et vos revenus déclarés en moyenne sur les 6 derniers mois avant l'entrée en formation sont supérieurs mensuellement à 720 euros.



PIÈCES À FOURNIR À L'INSTITUT DE FORMATION

- ▶ **Attestation dûment complétée par France Travail** datant au maximum du mois précédent la rentrée ;
- ▶ **Contrats de travail** pour l'ensemble des emplois pendant la période de référence ;
- ▶ S'il y a lieu, **toutes pièces justifiant d'un changement de profil** ou d'une situation particulière.



www.grandest.fr

La Région
Grand Est

ALSACE
CHAMPAGNE-ARDENNE
LORRAINE

FORMATION AIDE-SOIGNANT

PIECES À JOINDRE AVEC LE DOSSIER APPRENANT DE LA REGION GRAND EST RELATIF AUX FRAIS FORMATION 2024

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.**

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 du contrat de travail
- copie de la rupture conventionnelle ou tout autre document justifiant de la fin de votre contrat (courrier licenciement...)

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)

Célibataire Veuf(ve)

Marié(e)/Pacsé(e) Divorcé(e)

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)

Etudiant(e) en poursuite d'études Salarié(e)

Demandeur d'emploi Autres

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

Région Grand Est y compris mesure dérogatoire OPCO, TRANSITION PRO, ANFH ...

France Travail Employeur

A titre personnel 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)

Bourse de la Région Contrat en alternance (apprentissage, contrat professionnalisation)

Indemnités de chômage (ARE, ASS, RFF, ASR,...)

Allocations d'études

Minima sociaux et autres allocations (RSA,...)

Autres types d'aides publiques (LADOM...)

Promotion professionnelle hospitalière

Aucune aide financière

Plan de formation de l'employeur

Autre(s) prise(s) en charge

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

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'APPRENTANT

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 :

2024/2025

Année de réussite aux sélections :

2024

Date de la rentrée :

26/08/2024

Période de référence :

du :

non concerné

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 : non concerné

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)

non concerné

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

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

Régine BAUMEISTER
Cadre supérieur de santé
Coordonnateur Pédagogique

DOSSIER MEDICAL 2024
CONDITIONS MEDICALES D'ADMISSION
A L'ENTREE A L'INSTITUT DE FORMATION

FORMATION AIDE SOIGNANT¹

Ce dossier est à rendre dès que possible et en tout état de cause au plus tard le
premier jour de la rentrée, 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>

¹ 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^{er} 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 :

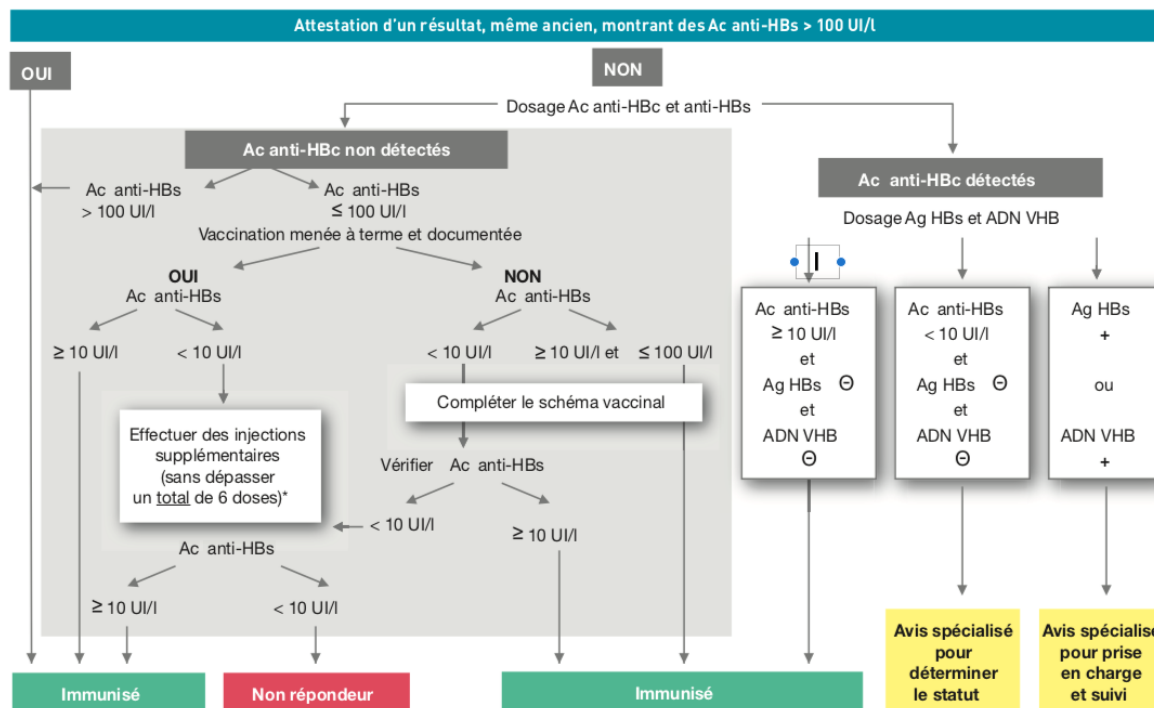
- Vaccin Coqueluche (lors d'un rappel DTP)
- Vaccins ROR : 2 injections

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 2024

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

NOM : Prénom :

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

Diphthérie, tétanos, polio (DTP ou DTCoqPolio) – *Obligatoire*

1 ^{ère} injection le : / /	1 ^{er} rappel : / /	Age :
2 ^{ème} injection le : / /	2 ^{ème} rappel : / /	Age :
3 ^{ème} injection le : / /	3 ^{ème} rappel : / /	Age :
	4 ^{ème} rappel : / /	Age :
	5 ^{ème} 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 ^{ère} injection le : / /	Dénomination :	N° lot :
2 ^{ème} injection le : / /	Dénomination :	N° lot :
3 ^{ème} 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 tuberculinique : Date :/...../..... Résultat à 72 h : mm

Verso ↵

1/2

Vaccinations autres – Recommandée

ROR :

1^{ère} injection le : : / /

2^{ème} injection le : : / /

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

COVID :

1^{ère} injection le : / /

2^{ème} injection le : / /

3^{ème} injection le : / /

Maladies infantiles

Antécédent de la maladie

OU sérologie positive

Varicelle

Résultat :

Rougeole

Résultat :

Rubéole

Résultat :

Oreillons

Résultat :

Coqueluche

Résultat :

Hépatite A

Résultat :

Grippe (annuellement)

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 2024

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