

ASHQ – ASH

Dossier de demande d'inscription en formation Aide-Soignante

Session 2021 /2022

Public visé sous condition (cf. arrêté p.3) :

- Les agents des services hospitaliers qualifiés de la fonction publique hospitalière
- Les agents de service

SOMMAIRE

	page		page
Condition d'accès à la formation - Cadre législatif	2	Annexe 1	6
Quota – Nombre de places	2	Annexe 2	7
Demande de dispense et d'aménagement spécifique	3	Annexe 3	8
Report de formation	3	Certificat médical d'aptitude	9
Coût pédagogique de la formation	3	Attestation médicale d'immunisation et de vaccinations	10-11
Communication des résultats	3		
Liste des pièces à fournir	4		
Calendrier et restitution du dossier	4		
Fiche d'inscription	5		

CONDITION D'ACCES A LA FORMATION - CADRE LEGISLATIF

Arrêté du 12 avril 2021 modifié relatif aux conditions d'accès aux formations conduisant aux diplômes d'Etat d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture.

Article 11 : Sont dispensés de l'épreuve de sélection prévue à l'article 2, les **agents des services hospitaliers qualifiés** de la fonction publique hospitalière et **les agents de service** :

1. Justifiant d'une ancienneté de services cumulée d'au moins un an en équivalent temps plein, effectués au sein d'un ou plusieurs établissements sanitaires et médico-sociaux des secteurs public et privé ou dans des services d'accompagnement et d'aide au domicile des personnes ;
2. Ou justifiant à la fois du suivi de la formation continue de soixante-dix heures relative à la participation aux soins d'hygiène, de confort et de bien-être de la personne âgée et d'une ancienneté de services cumulée d'au moins six mois en équivalent temps plein, effectués au sein d'un ou plusieurs établissements sanitaires et médico-sociaux des secteurs public et privé ou dans des services d'accompagnement et d'aide au domicile des personnes.

Les personnels visés aux 1. et 2. sont directement admis en formation sur décision du directeur de l'institut de formation concerné, dans les conditions prévues au II de l'article 12.

Art. 08 ter : « L'admission définitive dans un institut de formation d'aides-soignants est subordonnée :

1° A la production, au plus tard le jour de la rentrée, d'un **certificat médical émanant d'un médecin agréé** attestant que le candidat n'est atteint d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession à laquelle il se destine.

2° A la production, au plus tard le jour de la rentrée, **d'un certificat médical** attestant que l'élève remplit les obligations d'immunisation et de vaccination prévues

- Vaccinations obligatoires (Article L.3111-4 du code de la santé publique) :
Hépatite B - Diphtérie - Tétanos - DTpolio
- Vaccinations recommandées par le Haut Comité de Santé Publique :
coqueluche - rougeole - grippe saisonnière - rubéole - varicelle

Ces deux certificats à compléter vous seront transmis lors de votre inscription administrative et à restituer le jour de la **pré-rentrée obligatoire le 25 août 2021**.

N'attendez pas l'admission pour prendre contact avec votre médecin traitant car 6 mois sont à prévoir pour effectuer le protocole complet des vaccinations. (cf. pages 09 et 10)

QUOTA

INSTITUT	Nombre de places
IFAS CHU Rennes	28 dont 4 places pour la rentrée de janvier 2022

DEMANDE DE DISPENSE ET D'AMENAGEMENT SPECIFIQUE DE LA SCOLARITE

Des modalités d'octroi de dispenses d'enseignements pourront être demandés auprès du directeur de l'institut et après décision de la section compétente pour le traitement pédagogique des situations individuelles de l'élève, au regard de leur formation antérieure validée, des certifications, titres et diplômes obtenus et de votre parcours professionnel.

Un formulaire de demande de dispense vous sera adressé ultérieurement.

POSSIBILITE DE REPORT DE FORMATION

Par dérogation à l'article 8, le directeur de l'institut de formation peut accorder, pour une durée qu'il détermine et dans la limite cumulée de deux ans, un report pour l'entrée en scolarité dans l'institut de formation :

1. Soit, de droit, en cas de congé pour cause de maternité, de rejet du bénéfice de la promotion professionnelle ou sociale, de rejet d'une demande de congé formation, de rejet d'une demande de mise en disponibilité, de report d'un contrat d'apprentissage ou pour la garde d'un enfant de moins de quatre ans ;
2. Soit, de façon exceptionnelle, sur la base des éléments apportés par le candidat justifiant de la survenance d'un événement important l'empêchant de débiter sa formation.

Tout candidat bénéficiant d'un report d'admission doit, au moins trois mois avant la date de rentrée prévue, confirmer son intention de reprendre sa scolarité à ladite rentrée.

COUT PEDAGOGIQUE DE LA FORMATION en cursus complet

4 500 €

COMMUNICATION DES RESULTATS

Un courrier d'admission vous sera transmis par mail ou par voie postale.

LISTE DES PIÈCES À FOURNIR

<input type="checkbox"/>	<u>Fiche d'inscription</u> dûment complétée, datée et signée
<input type="checkbox"/>	Copie carte nationale d'identité , passeport ou carte de séjour en cours de validité (copie recto-verso sur une même page et lisible)
<input type="checkbox"/>	Selon votre situation, Annexe 1 à compléter Ou <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Selon votre situation, Annexe 2 à compléter
<input type="checkbox"/>	Attestation de formation ASH 70 heures pour les candidats concernés
<input type="checkbox"/>	Prise en charge financière : Annexe 3 à compléter
<input type="checkbox"/>	Attestation d'accord de financement de votre employeur à fournir au plus tard le 10 juillet 2021

CALENDRIER ET RESTITUTION DU DOSSIER DE DEMANDE D'INSCRIPTION

Procédure d'envoi du dossier de candidature (3 possibilités) :	
<p>⇒ Par voie postale (lettre suivie ou recommandée conseillée)</p> <p>OU :</p>	<p>PFPS IFAS CHU Pontchaillou Sélection Admission 2 rue Henri le Guilloux 35033 RENNES Cedex 09</p>
<p>⇒ Dépôt à l'<u>accueil des instituts de formation</u></p> <p>OU :</p>	<p><u>Entrée A,</u> Heures d'ouverture 8h30 12h – 13h 16h30</p>
<p>⇒ Par voie numérique en <u>pièce jointe par mail</u> Uniquement si possibilité d'envoyer le dossier dans un seul document en format PDF nommé au NOM et Prénom du candidat</p>	<p>agnes.bougard@chu-rennes.fr</p>
<p>Date limite de dépôt du dossier : Vendredi 18 juin 2021 (à minuit cachet de la poste faisant foi)</p>	



POLE DE FORMATION DES PROFESSIONNELS
DE SANTE

Institut de Formation d'Aides-Soignants du CHU de Rennes

Hôpital Pontchaillou 2 Rue Henri Le Guilloux 35033 RENNES CEDEX 9

Mail : accueil.orientation-PFPS@chu-rennes.fr

Téléphone : 02-99-28-93-07

DOSSIER D'INSCRIPTION DIPLOME D'ETAT D'AIDES-SOIGNANTS

**POUR LES AGENTS DES SERVICES HOSPITALIERS QUALIFIES DE LA FONCTION PUBLIQUE
HOSPITALIERE ET LES AGENTS DE SERVICE**

A RETOURNER AVANT LE 18 JUIN 2021

*IFAS Hôpital Pontchaillou, Accueil Orientation Admission,
2 rue Henri le Guilloux 35033 RENNES CEDEX 9*

IDENTITE

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénom :

Date de naissance : ! _ _ ! _ _ ! _ _ ! lieu : Dép. : ! _ _ !

Adresse :

CP : ! _ _ _ _ ! Ville :

Tél. fixe : ! _ _ ! _ _ ! _ _ ! _ _ ! Tél. portable : ! _ _ ! _ _ ! _ _ ! _ _ !

E.mail :@.....

N° sécurité sociale : ! _ _ ! _ _ ! _ _ ! _ _ ! _ _ !

Situation Familiale : Célibataire Concubin(e) Pacsé(e) Marié(e) Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

Adresse durant la formation (si différente)

N° - Rue.....

CP : ! _ _ _ _ ! Ville :

Tel : ! _ _ ! _ _ ! _ _ ! _ _ !

Mail :

SITUATION PROFESSIONNELLE

Salarié(e), si oui dans quel Etablissement :

Demandeur d'emploi

Autre

Engagement du candidat

Je soussigné(e)

- Atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document
- Atteste sur l'honneur avoir pris connaissance des dispositions vaccinales obligatoires pour l'entrée en formation

Fait à : le : Signature
du candidat :

ATTESTATION
de service en tant que ASH ou Agent de service
6 mois d'ancienneté

Je soussigné(e),

Directeur de l'établissement de santé :

Nom :

Adresse :

.....

Atteste que M. ou Mme

.....

- A suivi la formation continue de soixante-dix heures relative à la participation aux soins d'hygiène, de confort et de bien-être de la personne âgée.

Et

- a été ou est salarié(e) de l'entreprise en tant que ASH et justifie d'une ancienneté de service cumulé d'au moins 6 mois en équivalent temps plein effectué au sein d'un ou plusieurs établissements sanitaires et médico- sociaux des secteurs public et privé ou dans des services d'accompagnement et d'aide au domicile des personnes.

Période : du : ! ____ ! ____ ! ____ ! au : ! ____ ! ____ ! ____ !

Le,

Cachet et signature,

signature

FICHE D'INSCRIPTION
INSTITUT DE FORMATION D'AIDES-SOIGNANTS 2021
ANNEXE 2

ATTESTATION
de service en tant que ASHQ de la fonction publique
hospitalière et agent de service
1 an d'ancienneté

Je soussigné(e),

.....,

Directeur de l'établissement de santé :

Nom :

Adresse :

.....

Atteste que M. ou Mme

.....,

- a été ou est salarié(e) de l'entreprise en tant que ASHQ et justifie d'une ancienneté de service cumulé d'au moins 1 an en équivalent temps plein.

Période : du : ! ____ ! ____ ! ____ ! au : ! ____ ! ____ ! ____ !

Le,

Cachet et signature,

signature



POLE DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE
Institut de Formation d'Aides-Soignants

PRISE EN CHARGE FINANCIERE

NOM : **PRENOM :**
NOM MARITAL : **Date de naissance :** **Age :**

Par le biais du Conseil Régional :

Inscrit au Pôle Emploi :

⇒ indiquer votre numéro d'identifiant :
 (joindre une attestation d'inscription au Pôle Emploi 2021)

et précisez si vous êtes :

- Demandeur d'emploi indemnisé (joindre le dernier avis de situation)
 Demandeur d'emploi non indemnisé (joindre un justificatif de non indemnisation)

Par le biais de votre Employeur :

Employeur :

- ⇒ Nom de la structure :
 ⇒ Adresse :
 ⇒ Numéro de téléphone : ! _ ! _ ! _ ! _ ! _ !
 ⇒ Nom de l'interlocuteur :
 ⇒ Transmettre une attestation de prise en charge du montant de la formation par l'employeur

Transitions Pro :

- demande en cours
 demande acceptée - Joindre l'accord de prise en charge
 demande refusée - Va faire une demande de report (joindre justificatif de refus)

OPCO :

- ⇒ indiquer le nom de l'OPCO :
 demande acceptée - Joindre l'accord de prise en charge
 Demande refusée - Va faire une demande de report (joindre justificatif de refus)

Promotion professionnelle :

- ⇒ indiquer nom et adresse de la structure :

Autre (précisez) :



Pôle de Formation des professionnels de santé
Institut de Formation d'Aides-Soignants

**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION
A LA PROFESSION D'AIDES-SOIGNANTS**

(à faire compléter **par un médecin agréé*** par l'Agence Régionale de Santé
Selon l'article 13 de l'arrêté du 22 octobre 2005 modifié)

Je soussigné(e), Docteur **Médecin agréé,**

Atteste que : Mr/Mme

Né(é) le :

- ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession aide-soignante
- est à jour de ses vaccinations et immunisé(e)

Fait à, le

Tampon :

Signature :

*liste disponible par département : <https://www.bretagne.ars.sante.fr/les-medecins-agrees-1>



**Pôle de Formation des professionnels de santé
Institut de Formation des Aides-Soignants**

ATTESTATION MÉDICALE D'IMMUNISATION ET DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES

Des personnes mentionnées à l'article L3111-4 du code de la santé publique

Je soussigné(e), Docteur

Atteste que : M./Mme

Né(e) le à

Candidat à l'entrée en formation en IFAS (Institut de Formation des Aides-Soignants)

A été vacciné(e) :

● **Contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite :**

Dernier rappel effectué		
Nom du vaccin	date	N° de lot

- **Contre la fièvre typhoïde** depuis moins de 3 ans (*pour les élèves, étudiants ou professionnels de santé ayant un stage ou une activité à risque de contamination dans un laboratoire de biologie médicale, i.e. lors de la manipulation d'échantillons biologiques, en particulier de selles, susceptibles de contenir des salmonelles*) :

La vaccination n'est pas obligatoire pour la formation ambulancier

Nom du vaccin	Date	N° lot

- **Contre l'hépatite B**, selon les conditions définies page 2, il/elle est considéré(e) comme (rayer les mentions inutiles) :

- immunisé(e) contre l'hépatite B : oui non
- non répondeur (se) à la vaccination : oui non

-Titrage des Ac anti HBS :

Preuve vaccinale :

Vaccinations obligatoires	Spécialité vaccinale	Numéro de lot	Dose	Date
Hépatite B (schéma à 3 injections)	1 ^{ère} inj.			
	2 ^{ème} inj.			
	3 ^{ème} inj.			

- **Par le BCG* :**

Nom du vaccin intradermique ou Monovax®	Date du vaccin ou mention « non vacciné »	N° lot

**Un arrêté du 27 février 2019 a suspendu l'obligation de vaccination par le BCG*

IDR à la tuberculine*	date	Résultat (en mm)

*L'IDR de référence est obligatoire : Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculitiques.

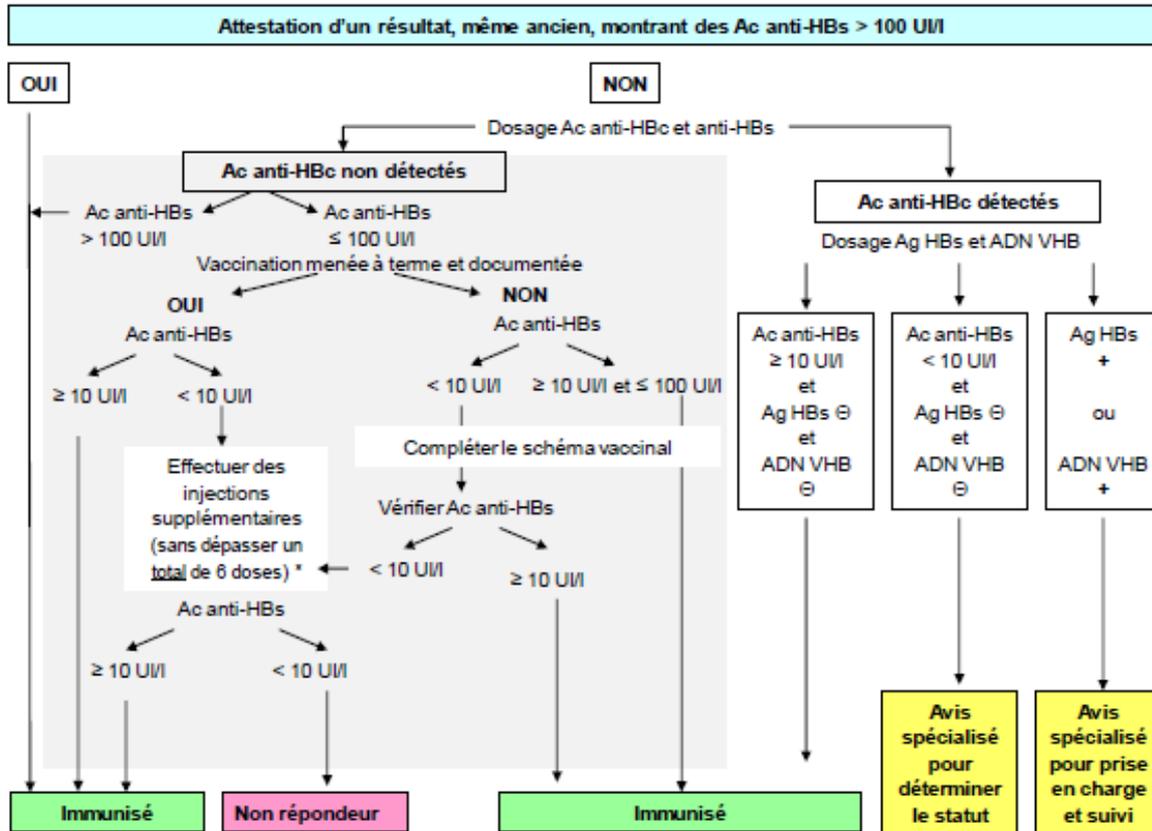
Le : ! ! ! ! !

Signature et Cachet du médecin

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

SCHÉMA DE VACCINATION ET IMMUNISATION CONTRE L'HÉPATITE B

Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 et dont les conditions sont fixées par l'arrêté du 2 août 2013



* Sauf cas particulier voir 4^e de l'annexe 2 de l'arrêté

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

Textes de référence

- Articles L.3111-1, L.3111-4 et L.3112-1 du code de la santé publique (CSP)
- Arrêté du 15 mars 1991 fixant la liste des établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins dans lesquels le personnel exposé doit être vacciné, modifié par l'arrêté du 29 mars 2005 (intégration des services d'incendie et de secours)
- Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiques
- Arrêté du 6 mars 2007 relatif à la liste des élèves et étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des autres professions de santé pris en application de l'article L.3111-4 du CSP
- Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux (Titre III)
- Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L.3111-4 du CSP
- Calendrier vaccinal en vigueur (cf. Site du ministère chargé de la santé : <http://www.sante.gouv.fr/vaccinations-vaccins-politique-vaccinale.html>)