

## **ASHQ – Agent de service**

### **Dossier de demande d'inscription en formation Aide-Soignante**

**Session de formation 28 août 2023**

#### **Public visé sous condition (cf. arrêté p.2 – Article 11) :**

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

#### **SOMMAIRE**

|   | pag<br>e |   | page  |
|---|----------|---|-------|
| Condition d'accès à la formation - Cadre législatif | 2        | Calendrier et restitution du dossier                                | 4     |
| Quota – Nombre de places                            | 2        | Fiche d'inscription   | 5     |
| Dispenses et aménagements spécifiques               | 3        | Annexe 1  | 6     |
| Report de formation                                 | 3        | Annexe 2  | 7     |
| Coût pédagogique de la formation                    | 3        | Annexe 3  | 8     |
| Communication des résultats                         | 3        | Annexe 3 bis  | 9     |
| Financement   | 3        | Annexe 4  | 10    |
| Liste des pièces à fournir                          | 4        | Certificat médical d'aptitude                                       | 11    |
|   |          | Attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires | 12-13 |

## CONDITION D'ACCÈS A LA FORMATION - CADRE LÉGISLATIF

**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
- **Schéma vaccinal anti COVID-19 valide** en accord avec la loi en vigueur.

**Les 2 certificats à compléter vous sont transmis dans ce dossier d'inscription, afin de vous organiser dès maintenant.**

**l'attendez pas l'admission pour prendre contact avec votre médecin traitant car 6 mois sont à prévoir pour effectuer le protocole complet des vaccinations.**

## QUOTA

| Nombre de places disponibles |           |
|------------------------------|-----------|
| • Rentrée de septembre 2023  | <b>21</b> |

## DISPENSES ET AMÉNAGEMENTS SPÉCIFIQUES DE LA SCOLARITÉ

Sous réserve d'être admis à suivre la formation dans les conditions fixées par l'arrêté du 7 avril 2020 modifié susvisé par les arrêtés du 12 avril et 10 juin 2021, 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 :
  - diplôme d'Etat d'accompagnement éducatif et social,
  - diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale ou certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile ou la mention complémentaire aide à domicile,
  - diplôme d'Etat d'aide médico-psychologique ou certificat d'aptitude aux fonctions d'aide médico-psychologique;
- 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.

## POSSIBILITÉ 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.

## COMMUNICATION DES RÉSULTATS

La liste des candidats retenus en formation est affichée au siège de l'institut de formation et publiés sur internet, dans le respect des conditions en vigueur de communication des données personnelles des candidats.

**Chaque candidat est informé personnellement par mail et par courrier. Il dispose d'un délai de sept jours ouvrés pour valider son inscription en institut de formation. Au-delà de ce délai, il est présumé avoir renoncé à son admission.**

## FINANCEMENT DE LA FORMATION

- Financement employeur, promotion professionnelle, Transitions pro, OPCO,..
- Financement Compte Personnel de Formation (CPF),
- Financement personnel, ...

**Le Conseil Régional de Bretagne ne prend pas en charge la formation des élèves admis par le biais de la sélection de l'article 11.**

- **Coût de scolarité 2023-2024 en cursus complet :**

|                                  |           |
|----------------------------------|-----------|
| Coût de scolarité cursus complet | 6930,00 € |
|----------------------------------|-----------|

- **Coût de scolarité 2023-2024 en cursus allégé pour les titulaires d'un baccalauréat professionnel**

|       |           |
|-------|-----------|
| SAPAT | 5760,00 € |
| ASSP  | 5140,00 € |

- **Coût de la scolarité 2023-2024 en formation passerelle :**

|   |           |
|---|-----------|
| Passerelle Auxiliaire de Puériculture (niveau 3)  | 4700,00 € |
| Passerelle Auxiliaire de Puériculture (niveau 4) – nouveau / sessions postérieures à 2021 | 4250,00 € |
| Passerelle Ambulancier  | 6050,00 € |
| Passerelle Accompagnant Educatif & Social (id. AVS, MCAD et AMP)                          | 5950,00 € |
| Passerelle Accompagnant Educatif et Social – nouveau / sessions postérieures à 2021       | 5510,00 € |
| Passerelle Assistant de Vie aux Familles  | 6020,00 € |
| Passerelle ARM - Assistant de régulation médical (nouveau)                                | 5950,00 € |
| Passerelle ASMS - Agent de service médico-social  nouveau)                                | 6170,00 € |

## LISTE DES PIÈCES A FOURNIR

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <b>Fiche d'inscription</b> dûment <b>complétée, datée et signée</b>  |
| <input type="checkbox"/> | Copie carte nationale <b>d'identité</b> , passeport ou carte de séjour <b>en cours de validité</b><br>(copie recto-verso sur une même page et lisible)   |
| <input type="checkbox"/> | <b>Lettre de motivation manuscrite</b>   |
| <input type="checkbox"/> | <b>Curriculum vitae</b>  |
| <input type="checkbox"/> | Copie <b>carte vitale</b> (photocopie lisible)   |
| <input type="checkbox"/> | Copie(s) des <b>diplôme(s)</b> et/ou des <b>titre(s)</b> obtenu(s) traduit en français   |
| <input type="checkbox"/> | Pour les ressortissants étrangers,<br>une attestation du niveau de langue française requis <b>B2</b> lorsque le niveau de français à l'écrit et à l'oral ne peut être vérifié à travers les pièces produites dans le dossier, au regard notamment de leur parcours scolaire, de leurs diplômes et titres ou de leur parcours professionnel. A défaut, ils produisent tout autre document permettant d'apprécier les capacités et les attendus relatifs à la maîtrise du français à l'oral. |
| <input type="checkbox"/> | <b>Annexe 1</b> à faire compléter  |
| <input type="checkbox"/> | Attestation de <b>formation 70 heures des ASH</b> pour les candidats concernés   |
| <input type="checkbox"/> | Information sur la prise en charge financière de la formation : <b>Annexe 2</b> à compléter  |
| <input type="checkbox"/> | Si financement employeur, attestation d'accord de financement à fournir le plus tôt possible : <b>Annexe 3</b>   |
| <input type="checkbox"/> | Si financement personnel, attestation de prise en charge : <b>Annexe 3bis</b>  |
| <input type="checkbox"/> | Equivalences de compétences et allègements de formation uniquement pour les candidats concernés : <b>Annexe 4</b>  |
| <input type="checkbox"/> | Certificat médical de non contre-indication à la profession d'aides-soignants complété par un <b>médecin ARS</b>   |
| <input type="checkbox"/> | Attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires à faire compléter  |
| <input type="checkbox"/> | Attestation de vaccinations COVID-19 selon les conditions en vigueur   |

## CALENDRIER ET RESTITUTION DU DOSSIER COMPLET

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <b>Début des inscriptions</b>   | <b>Mardi 14 février 2023</b>   |
| <b>Clôture des inscriptions</b> | <b>Vendredi 09 juin 2023 - 15h</b> Date et heure limite du dépôt à l'institut.                 |
| <b>Affichage de l'admission</b> | <b>Lundi 03 juillet 2023 à 15h</b> (IFAS / internet sauf avis contraire lors de l'inscription) |

### Procédure d'envoi du dossier de candidature :

|  |  |  |
|--|--|--|
| <p>⇒ Par voie postale (lettre suivie ou recommandée conseillée)</p> <p><b>Candidat DOM TOM</b> : Le dossier devra être <b>obligatoirement</b> transmis avant la date de clôture par mail en un seul fichier PDF enregistré au NOM du candidat :<br/><a href="mailto:agnes.bougeard@chu-rennes.fr">agnes.bougeard@chu-rennes.fr</a></p> |  | <p><b>PFPS IFAS CHU Pontchaillou</b><br/>Sélection Admission<br/>2 rue Henri le Guilloux<br/>35033 RENNES Cedex 09</p> |
| <p><b>OU :</b></p> <p>⇒ Dépôt à <u>l'accueil des instituts de formation</u><br/>Ou dépôt boîte aux lettres du PFPS</p>   |  | <p><u>Entrée A,</u><br/>Heures d'ouverture<br/>8h30 12h – 13h 16h30</p>  |

**Date limite de dépôt du dossier à l'institut : vendredi 09 juin 2023 – 15h**

(Tous dossiers reçus à l'institut après cette date ne seront pas pris en compte)

**PFPS IFAS CHU Pontchaillou**  
Sélection Admission  
2 rue Henri le Guilloux – 35033 RENNES CEDEX 09



POLE DE FORMATION DES  
PROFESSIONNELS DE SANTE

# Institut de Formation d'Aides-Soignants

## FICHE D'INSCRIPTION

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

**A RETOURNER AVANT LE VENDREDI 09 JUIN 2023**

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

### **IDENTITÉ** en lettre CAPITALE

Nom de naissance : ..... Nom d'usage : .....

Prénom : ..... Nationalité : .....

Date de naissance : !\_\_!\_\_!\_\_! Age : !\_\_!\_\_!

Lieu de naissance : ..... Département de naissance : !\_\_!\_\_!

Tél. fixe : !\_\_!\_\_!\_\_!\_\_! E.mail : .....@.....

Tél. portable : !\_\_!\_\_!\_\_!\_\_! N° sécurité sociale : !\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!

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

J'autorise l'Institut à publier mon identité sur internet dans le cadre de la diffusion des résultats :  OUI  NON

#### **Adresse actuelle**

N° - Rue : .....

.....

CP : !\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!

VILLE : .....

#### **Adresse pendant la formation (si différente)**

N° - Rue : .....

.....

CP : !\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!

VILLE : .....

NOM, lien de parenté et téléphone de la personne à contacter en cas de nécessité : .....

..... Tel : !\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!

**MOYEN DE LOCOMOTION :** PERMIS :  OUI  NON  EN COURS - VEHICULE PERSONNEL :  OUI  NON

### **SITUATION ACTUELLE**

Salarié(e), si oui dans quel Etablissement : .....

.....

Inscrit au Pôle Emploi  Indemnisé  Non indemnisé

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 : signature



POLE DE FORMATION DES  
PROFESSIONNELS DE SANTE

**FICHE D'INSCRIPTION**  
**INSTITUT DE FORMATION D'AIDES-SOIGNANTS 2023**  
**ANNEXE 1**

**ATTESTATION**

Je soussigné(e), .....

Directeur de l'établissement de santé :

Nom : .....

Adresse : .....

.....

Atteste que M. ou Mme : .....

*Cochez la case correspondante*

- A été ou est salarié(e) de l'entreprise en tant que **ASHQ** ou **Agent de service** et justifie d'une ancienneté de service cumulé **d'au moins 1 an en équivalent temps plein** effectués au sein d'un ou plusieurs établissements sanitaires et médicaux sociaux des secteurs public et privé ou dans des services d'accompagnement et d'aide au domicile des personnes.

Période : du : ! \_\_\_\_ ! \_\_\_\_ ! \_\_\_\_ ! au : ! \_\_\_\_ ! \_\_\_\_ ! \_\_\_\_ !

**OU**

- ASH, 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



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

## INFORMATION SUR LA PRISE EN CHARGE FINANCIERE DE VOTRE FORMATION ANNEXE 2

**NOM :** ..... **PRENOM :** .....

**NOM MARITAL :** ..... **Date de naissance :** ! \_\_\_ ! \_\_\_ ! \_\_\_ ! **Age :** ! \_\_\_ !

### QUI FINANCE VOTRE FORMATION ?

#### **EMPLOYEUR :**

⇒ Nom de la structure : .....

⇒ Adresse : .....

⇒ Numéro de téléphone : ! \_\_\_ ! \_\_\_ ! \_\_\_ ! \_\_\_ !

⇒ Nom de l'interlocuteur : .....

\* Demande en cours - Décision le :

\* Demande acceptée - Joindre l'accord de prise en charge de la formation (cf annexe 3)

En cas de refus de financement : transmettre à l'institut une demande de report (joindre courrier + justificatif de refus)

#### **Transitions Pro :**

Demande en cours - Décision le :

Demande acceptée - Joindre l'accord de prise en charge

En cas de refus de financement : transmettre à l'institut une demande de report (joindre courrier + justificatif de refus)

#### **OPCO (Unifaf, Uniformation,..) :**

⇒ Indiquer le nom de l'OPCO : .....

Demande en cours - Décision le :

Demande acceptée - Joindre l'accord de prise en charge

En cas de refus de financement : transmettre à l'institut une demande de report (joindre courrier + justificatif de refus)

**COMPTE PERSONNEL DE FORMATION :** Montant : | \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ € |

et /ou

**FINANCEMENT PERSONNEL :**  **OUI** (cf annexe 3 bis)  **NON**

(si oui, une convention de formation vous sera adressée)

**Autre (précisez) :** .....

**NB :** Le Conseil Régional **ne prend pas en charge** la formation par le biais de la sélection par l'art. 11.



POLE DE FORMATION DES  
PROFESSIONNELS DE SANTE

**FICHE D'INSCRIPTION AU CONCOURS AIDE-SOIGNANT 2023**

**ANNEXE 3**

**Engagement de financement  
par l'employeur (autre que le CHU)**

Je soussigné(e), .....

Directeur de l'établissement : .....

Nom : .....

Adresse : .....

Atteste que M. ou Mme .....

salarié(e) de l'établissement,

Bénéficiera d'une prise en charge financière pour le coût de la scolarité de la formation  
aide-soignante 2023 établi par l'IFAS.

Le,

Cachet et signature,

signature



POLE DE FORMATION DES  
PROFESSIONNELS DE SANTE

**FICHE D'INSCRIPTION AU CONCOURS AIDE-SOIGNANT 2023**

**ANNEXE 3 bis**

**Engagement de financement  
personnel**

Je soussigné(e), .....

Nom : .....

Adresse : .....

Confirme prendre en charge le coût de la scolarité de la formation aide-soignante  
2023 établi par l'IFAS.

Le,  
Signature,

signature

# Equivalences de compétences et allègements de formation pour l'accès au diplôme d'Etat d'Aide-soignant

## ANNEXE 4

Nom : ..... Nom marital : .....

Prénom : ..... Date de Naissance : |\_\_|\_\_|\_\_\_\_|

**Je déclare, posséder (cocher la case correspondante) :**

|                          | Diplômes / titres   | Date d'obtention        |
|--------------------------|---|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Diplôme d'Etat d'auxiliaire de puériculture (DEAP)  | .....                   |
| <input type="checkbox"/> | Diplôme d'assistant de régulation médicale (ARM)  | .....                   |
| <input type="checkbox"/> | Diplôme d'Etat d'ambulancier (DEA)  | .....                   |
| <input type="checkbox"/> | Baccalauréat professionnel ASSP   | .....                   |
| <input type="checkbox"/> | Baccalauréat professionnel SAPAT  | .....                   |
| <input type="checkbox"/> | - Diplôme d'Etat d'accompagnement éducatif et social,<br>- Diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale ou certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile ou la mention complémentaire aide à domicile,<br>- Diplôme d'Etat d'aide médico-psychologique ou certificat d'aptitude aux fonctions d'aide médico-psychologique ; | .....<br>.....<br>..... |
| <input type="checkbox"/> | Titre professionnel d'assistant de vie aux familles (TPAVF)   | .....                   |
| <input type="checkbox"/> | Titre professionnel d'agent de service médico-social (TPASMS)   | .....                   |

**Le diplôme obtenu devra être joint au dossier.**

Le, |\_\_|\_\_|\_\_\_\_| Signature,

signature

| Synthèse des volumes horaires de formation à réaliser pour l'accès au DE AS en fonction la certification déjà obtenue par le candidat |                                |                     |                     |                              |                               |                                     |                                     |                     |                                   |                     |                             |
|---|--------------------------------|---------------------|---------------------|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------|-----------------------------------|---------------------|-----------------------------|
| DEAS 2021   | DEAS 2021 (formation complète) | DEAP 2006 (niveau3) | DEAP 2021 (niveau4) | BAC PRO ASSP 2011 (niveau 4) | BAC PRO SAPAT 2011 (niveau 4) | Titre professionnel ADVF (niveau 3) | Titre professionnel ASMS (niveau 3) | DEAS 2021 (niveau3) | DEAES 2016 Spécialités (niveau 3) | ARM 2019 (niveau 4) | Ambulancier 2006 (niveau 3) |
| Accompagnement individuel   | 77                             | 77                  | 77                  | 77                           | 77                            | 77                                  | 77                                  | 77                  | 77                                | 77                  | 77                          |
| BLOC 1  | 168                            | 98                  | 77                  |                              |                               | 98                                  | 112                                 | 112                 | 112                               | 147                 | 168                         |
| BLOC 2  | 294                            | 98                  | 70                  | 294                          | 294                           | 259                                 | 294                                 | 224                 | 273                               | 217                 | 203                         |
| BLOC 3  | 91                             | 21                  |                     |                              |                               | 21                                  | 56                                  | 21                  | 21                                | 42                  | 42                          |
| BLOC 4  | 35                             |                     |                     |                              |                               | 35                                  | 35                                  | 21                  | 35                                | 35                  | 21                          |
| BLOC 5  | 105                            | 35                  |                     |                              |                               | 105                                 | 77                                  | 63                  | 35                                | 35                  | 63                          |
| Formation clinique  | 770                            | 245                 | 245                 | 350                          | 490                           | 595                                 | 595                                 | 420                 | 420                               | 595                 | 595                         |
| Total formation théorique   | 770                            | 329                 | 224                 | 371                          | 511                           | 567                                 | 602                                 | 455                 | 553                               | 553                 | 574                         |
| <b>Total cursus (théorie et clinique)</b>   | <b>1540</b>                    | <b>574</b>          | <b>469</b>          | <b>721</b>                   | <b>1001</b>                   | <b>1162</b>                         | <b>1197</b>                         | <b>875</b>          | <b>973</b>                        | <b>1148</b>         | <b>1169</b>                 |

Le détail par bloc de compétences est décrit dans les tableaux d'équivalence.

Fiches parcours : les contenus de formation théorique et clinique ainsi que les modalités d'évaluation sont consultables sur le site du ministère chargé de la santé.



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 : M./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 ! \_\_\_\_ ! \_\_\_\_ ! \_\_\_\_ !

Cachet :      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 en Aide-Soignant**

**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 aide-soignant)

• **Contre la DIPHTERIE, le TETANOS et la POLIOMYELITE :**

| Dernier rappel effectué |      |        |
|-------------------------|------|--------|
| Nom du vaccin           | Date | N° 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)**

| Nom du vaccin | Date | N° lot |
|---------------|------|--------|
|               |      |        |

• **Contre l'HEPATITE B**, selon les conditions définies au verso, il/elle est considéré(e) comme :

*(Rayer les mentions inutiles)*

|   |            |            |
|---|------------|------------|
| - Immunisé(e) contre l'HEPATITE B :   | <b>oui</b> | <b>non</b> |
| - Non répondeur (se) à la vaccination (après l'administration de 6 doses) : | <b>oui</b> | <b>non</b> |
| - Nécessitant un avis spécialisé  | <b>oui</b> | <b>non</b> |

• **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 tuberculiques.

• **Contre la COVID-19 : Loi relative à la crise sanitaire – 5 août 2021 et 3<sup>ème</sup> dose**

Le schéma vaccinal complet et obligatoire correspond à **deux injections et une dose de rappel** (cf. article 2-2).

La deuxième dose de rappel est recommandée.

L'ensemble des élèves et étudiants en santé doivent présenter leur **justificatif** (pass vaccinal) au moment de leur inscription dans l'établissement de formation.

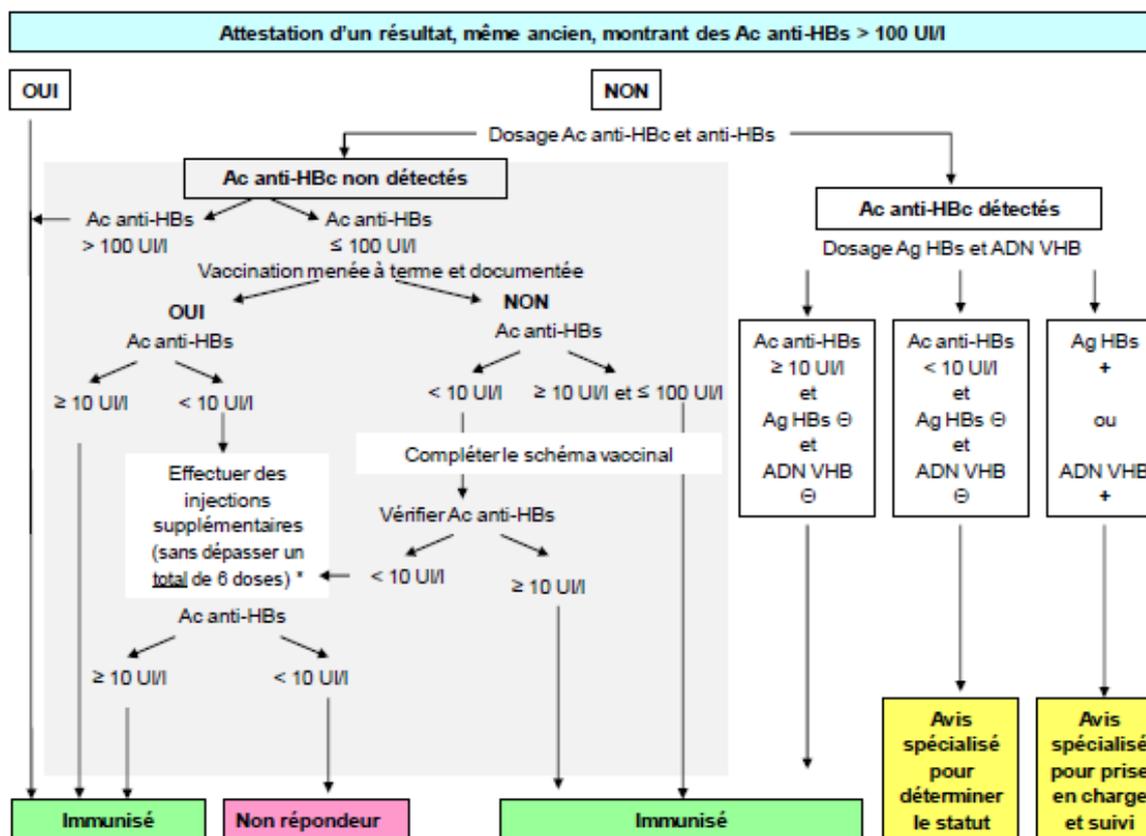
En cas de contre-indication : un certificat de contre-indication médicale doit être établie par un médecin et transmis à l'établissement de formation et au service médicale de l'organisme d'assurance maladie de rattachement pour obtenir un **pass vaccinal valide**.

Signature et Cachet du médecin

Le : |\_\_|\_|\_\_\_\_|

## 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<sup>e</sup> 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.
- Loi n°2021-1040 du 5 août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire et 3<sup>ème</sup> dose recommandée pour le pass vaccinal après passage devant le conseil constitutionnel
- Calendrier vaccinal en vigueur (cf. [www.vaccination-info-service.fr](http://www.vaccination-info-service.fr))