



Maison de Santé Protestante  
de Bordeaux-Bagatelle

Institut de Formation Nightingale Bagatelle

Institut de Formation en Soins Infirmiers

Institut de Formation d'Aides-Soignants

BAGATELLE FORMATION : Formation Continue

Talence, le 12 juillet 2021

Madame, Monsieur,

Nous avons le plaisir de vous informer que la pré-rentrée pour la formation Aide-Soignante s'effectuera le :

**03 septembre 2021 à 8h30**

Vous trouverez en pièces jointes les documents nécessaires à la constitution du dossier d'inscription définitive.

Il devra nous être retourné le plus rapidement possible et avant le **02 août 2021**.

Nous vous prions d'agréer l'expression de nos salutations distinguées.

Cécile BARTHOLOME  
Directrice de l'IFNB



Fondation Bagatelle  
Toulouse BP50048

## DOSSIER D'INSCRIPTION FORMATION AIDE-SOIGNANTE

**Merci d'envoyer ce document renseigné avec les pièces justificatives dans l'ordre établi et dans une enveloppe A4**

NOM et Prénom : .....

### Pièces à joindre

#### Dossier 1 : administratif

- La fiche de renseignements dûment complétée
- La fiche de registre dûment complétée
- La fiche de situation à l'entrée en formation Aide-Soignante
- Une pièce d'identité en **cours de validité**: copie couleur recto/verso sur le même versant de la page. Carte d'Identité ou Passeport ou Titre de séjour. Le permis de conduire n'est pas recevable
- Photocopie des diplômes détenus ou titres
- 2 photos d'identité (noter Nom et Prénom au dos)
- 1 Copie de l'attestation justifiant de vos droits CPAM (sécurité sociale) en cours de validité
- 1 **Attestation nominative de responsabilité civile et professionnelle** attestant une garantie couvrant les dommages matériels, immatériels et corporels causés aux tiers tant lors des stages que des trajets occasionnés par ceux-ci.
- 1 extrait du Casier Judiciaire de **moins de 3 mois** (bulletin n°3)
- Droit à l'image complété et signé
- Un chèque de 100€ libellé à l'ordre de l'IFAS BAGATELLE, frais d'inscription (sauf si déjà donné avec le coupon réponse)
- 1 Certificat de participation à la journée d'Appel de Préparation à la Défense (ADP). Cette journée doit être accomplie après votre recensement, entre votre 16e et 25e anniversaire. (Ou photocopie de l'Attestation de Recensement délivrée par la mairie de votre domicile uniquement si la journée d'appel n'a pas été faite)
- Fiche de réservation de chambre au foyer (si souhaité)

Pour les étranger(e)s : une pièce attestant leur nationalité

Pour les femmes mariées : photocopie du livret de famille

#### Dossier 2 : médical (à mettre sous enveloppe)

- Fiche médicale des vaccinations obligatoires**, en pièce-jointe, à compléter et à signer par un médecin
- Certificat médical émanant d'un médecin agréé**, en pièce jointe  
Vous pourrez trouver les coordonnées d'un médecin agréé sur <http://www.mspb.com/pole-formation-et-recherche/formation-infirmier-.html>

Ne pas  
coller la  
photo

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Madame     Monsieur

NOM : ..... Prénom : .....

NOM D'USAGE : ..... Date de Naissance : .....

Nationalité : ..... Lieu de Naissance : .....

Adresse personnelle au moment des études : .....

.....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone portable : ..... Fixe : .....

Adresse mail : .....

---

### Personnes à prévenir en cas d'urgence

Madame     Monsieur

NOM: ..... Prénom : .....

Lien de parenté: ..... Portable: .....

Professionnel : .....

Madame     Monsieur

NOM: ..... Prénom : .....

Lien de parenté: ..... Portable: .....

Professionnel : .....

---

### Votre formation

Parcours complet

Parcours partiel → Préciser le diplôme passerelle : .....

En apprentissage → Préciser le diplôme : .....

- Préciser le CFA :     FHP             ADAPSSA             KORIAN (*parcours complet*)

Date et signature :

\* N° d'entrée .....

## A compléter soigneusement en caractères d'imprimerie

Mme/M. Nom d'usage : ..... Nom de jeune fille : .....  
Prénom : .....

Date de naissance |\_\_|/|\_\_|/|\_\_\_\_|

Lieu de naissance .....

Etat civil .....

Nationalité .....

Nom du père .....

Profession du père .....

Nom de la mère .....

Profession de la mère .....

Prénoms et âge des frères et sœurs .....

Adresse de la famille .....

Adresse personnelle .....

Numéro de téléphone |\_\_||\_\_||\_\_||\_\_||\_\_| Portable |\_\_||\_\_||\_\_||\_\_||\_\_|

Adresse mail : .....

Nom du conjoint .....

Profession du conjoint .....

Prénom et âge des enfants .....

Niveau d'études le plus élevé .....

Diplômes obtenus .....

Langues étrangères .....

Situation avant l'entrée en formation .....

Parcours Partiels (modules obtenus) .....

*Ne pas coller la  
photo*

### \* Cadre réservé à l'administration

Statut pendant la formation .....

Date d'entrée .....

Incidents de scolarité .....

Date de sortie .....

Date du Diplôme .....

**FORMATION AIDE-SOIGNANT (e)**  
**FICHE DE SITUATION A L'ENTREE EN FORMATION**

Merci de le remplir le plus consciencieusement possible

M.  Mme

NOM / Prénom.....

Age : .....

Niveau de diplôme le plus élevé : .....

**RÉMUNÉRATION**

**POLE EMPLOI**

Etes-vous inscrit(e) à Pôle Emploi :     OUI                             NON                             EN COURS

Si oui, fournir une attestation

Si oui, merci d'indiquer votre **numéro identifiant** ..... et l'**adresse mail de votre conseiller** .....

Etes vous :                             INDEMINISÉ                             NON INDEMINISÉ                             EN COURS

**CONSEIL RÉGIONAL**

Etes vous boursier(e) :                             OUI                             NON                             EN COURS

Etes vous rémunéré(e) (RS1) :                             OUI                             NON                             EN COURS

**FINANCEMENT DE VOTRE FORMATION PAR :**

Conseil Régional (demandeur d'emploi ou poursuite d'étude)

CPF, Transition Pro → Nom de l'organisme financeur (Joindre accord de prise en charge): .....

Employeur → Nom et adresse : (joindre accord de prise en charge) .....

Autofinancement

Avez-vous une RQTH :                             OUI JOINDRE NOTIFICATION                             NON                             EN COURS

Etes-vous inscrit à la MDPH :                             OUI                             NON                             EN COURS

Si oui, indiquer votre **numéro de dossier** : .....

Référent handicap : Karine Garcin, k.garcin@mspb.com

Date et Signature : .....



## Le droit à l'image

### Autorisation de reproduction et de représentation de photographies (Personne photographiée)

Je soussigné(e) ..... élève Aide-Soignant(e) à l'Institut de  
Formation Nightingale Bagatelle pour l'Année 2021-2022.

Demeurant .....

Code Postal et Ville.....

Autorise l'IFNB, à me photographier et à utiliser mon image

N'autorise pas l'IFNB, MSPB Bagatelle à me photographier et à utiliser mon image

En conséquence de quoi et conformément aux dispositions relatives au droit à l'image, j'autorise  
l'Institut de Formation Nightingale Bagatelle à fixer, reproduire et communiquer au public les  
photographies prises dans le cadre de la présente.

Les photographies pourront être exploitées et utilisées pour :

- le site Internet de l'établissement [www.mspb.fr](http://www.mspb.fr)

- l'illustration de documents concernant l'I.F.N.B. (documents de présentation, plaquettes  
publicitaires...)

Le bénéficiaire de l'autorisation s'interdit expressément de procéder à une exploitation des  
photographies susceptibles de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation.

Je vous confirme en tant que besoin et contrepartie des utilisations et prestations précitées est  
mon intérêt pour ce que je reconnais expressément. En conséquence de quoi, je me reconnais être  
entièrement rempli de mes droits et je ne pourrai prétendre à aucune rémunération pour  
l'exploitation des droits visés aux présentes.

Conformément au « RGPD » (Règlement UE 2016/679 du 27 avril 2016, vous bénéficiez d'un droit d'accès et  
de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en adressant un message  
électronique à l'adresse : [ifsi.nightingale@mspb.com](mailto:ifsi.nightingale@mspb.com)

Fait à ..... Le .....

Signature



Maison de Santé Protestante  
de Bordeaux-Bagatelle

Institut de Formation Nightingale Bagatelle

Institut de Formation en Soins Infirmiers

Institut de Formation d'Aides-Soignants

BAGATELLE FORMATION : Formation Continue



RÉGION  
Nouvelle-  
Aquitaine

**FICHE de RÉSERVATION de Chambre du FOYER de l'I.F.N.B. Talence**  
**203 route de Toulouse – BP 50048 – 33401 TALENCE Cedex**

**NOM** .....

**PRÉNOM** .....

**Date et Lieu de Naissance** .....

**Nationalité** .....

**Adresse actuelle** .....

.....

**TEL portable** .....

**Email** .....

**Profession ou Etudes** .....

**Etablissement fréquenté  
actuellement ou lieu de travail** .....

**Le Garant (Nom Prénom)** .....

**Adresse** .....

**Tel (fixe et portable)** .....

**Profession** .....

**Date d'entrée dans Foyer  
souhaitée** .....

**Personne à prévenir en cas  
d'urgence  
(Nom et téléphone)** .....

**Signature du Candidat** .....

**Fait à Talence, le** .....



## - Inscription des étudiants en santé - Fiche médicale à valider par un médecin

**Filière universitaire :** ..... **NOM :** ..... **NOM de naissance :** .....  
 Médecine **Prénom :** ..... **Date de naissance :** .. / .. / ....  
 Odontologie **Tél. :** ..... **Email :** .....  
 Pharmacie **ou Institut de formation :** ..... **Département de naissance :** ..... **Code postal lieu de résidence :** .....  
 Sage-femme **Année d'admission :** ..... **Commune de naissance ou pays si né(e) à l'étranger :** .....

Avant votre entrée en formation, vous devez apporter la preuve que vous êtes vacciné(e) contre différents risques infectieux. **Si vous n'êtes pas à jour des vaccinations obligatoires, vous ne serez pas autorisé(e) à aller en stage. Les tableaux suivants devront être complétés par votre médecin sauf si le carnet de vaccination électronique a été créé sur [www.mesvaccins.net](http://www.mesvaccins.net) et validé par un professionnel de santé. Cette fiche devra être communiquée, avec les résultats\*\*, en même temps que votre dossier d'inscription (article L3111.4 du Code de la Santé Publique).**

Si carnet de vaccination électronique créé et validé par un professionnel de santé : code de partage   
 Le médecin n'a rien de plus à compléter. Joindre uniquement les résultats demandés sous pli confidentiel.

### Diphtérie-Tétanos-Polio (dTP)\* / Diphtérie-Tétanos-Polio-Coqueluche (dTPca)

Rappel dTPca si un vaccin coquelucheux n'a pas été administré dans les 5 dernières années (respecter un délai de 1 mois après le dernier dTP). Lors des rappels à âge fixe (25, 45 et 65 ans), sera réalisé systématiquement un dTPca.

Dernier rappel dTP => Date : .. / .. / .... Nom : ..... Dernier rappel dTcaP => Date : .. / .. / .... Nom : .....

### Hépatite B\*

Joindre les résultats sérologiques quelle que soit la date\*\*

Rappel des conditions d'immunisation :

- 1) Ac anti-HBs > 100 UI/l (quels que soient l'historique vaccinal et l'ancienneté des résultats)
- 2) Ac anti-HBs ≥ 10 UI/l et Ac anti-HBc négatif (si schéma vaccinal complet)

Les différents schémas complets :

- soit classique (3 doses) : 2 doses à 1 mois d'intervalle, la 3<sup>ème</sup> au moins 5 mois après la 2<sup>ème</sup> dose
- soit à l'adolescence (de 11 à 15 ans) : 2 doses espacées de 6 mois
- soit accéléré (à titre exceptionnel) : 3 doses en 21 jours, rappel à 1 an } avec un vaccin contre l'hépatite B dosé à 20 µg

- Première dose => Date : .. / .. / .... Nom : .....
- Deuxième dose => Date : .. / .. / .... Nom : .....
- Troisième dose => Date : .. / .. / .... Nom : .....
- Injections supplémentaires => Date : .. / .. / .... Nom : .....
- => Date : .. / .. / .... Nom : .....
- => Date : .. / .. / .... Nom : .....

### Rougeole-Oreillons-Rubéole (ROR)

Personnes nées avant 1980 :

- Antécédent de rougeole => Date : .. / .. / ....
- Pas d'antécédent de rougeole ou doute => vaccination 1 dose recommandée sans contrôle sérologique préalable

Personnes nées depuis 1980 :

- => vaccination 2 doses recommandées quels que soient les ATCD

Schéma vaccinal :

- Première dose => Date : .. / .. / .... Nom : .....
- Deuxième dose => Date : .. / .. / .... Nom : .....

### Varicelle

- Antécédent de maladie
- Pas d'antécédent ou doute

Si pas d'antécédent ou doute => Sérologie à faire  
 Joindre le résultat\*\*

Si sérologie négative => Vaccination recommandée

- Première dose => Date : .. / .. / .... Nom : .....
- Deuxième dose => Date : .. / .. / .... Nom : .....

### Méningocoque C

Vaccination recommandée jusqu'à l'âge de 24 ans inclus => Date : .. / .. / .... Nom : .....

### Tuberculose (vaccination non obligatoire à compter du 1<sup>er</sup> avril 2019) recueillir uniquement des éléments ci-dessous

#### BCG

=> Date : .. / .. / ....

#### Test tuberculinique (IDR) quelle que soit la date de réalisation

(une valeur de référence post-vaccinale est indispensable)

- Taille de l'induration en mm :

Je, soussigné Dr \_\_\_\_\_ certifie que les renseignements inscrits ci-dessus sont exacts.

Fait le :

Signature et cachet du praticien :

\* Obligatoire

\*\* Nous vous rappelons que tous les éléments demandés doivent être joints sous pli confidentiel.





## CERTIFICAT MEDICAL ETABLI PAR UN MEDECIN AGRÉÉ

Je soussigné, Docteur .....

### Médecin agréé par l'Agence Régionale de Santé

Pour la Nouvelle-Aquitaine : <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/medecins-agrees-11>

Exerçant à : .....

Certifie que M .....

Né(e) le : ..... à .....

Demeurant à : .....

« N'est atteint d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession à laquelle il se destine » Aide-Soignante (art. 11 1° de l'arrêté du 07 avril 2020).

A la date du :

Signature et cachet