



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 09 novembre 2021

Madame, Monsieur,

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

Vendredi 07 janvier 2022 à 8h30

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

Il devra nous étre retourné le plus rapidement possible et avant le **09 décembre 2021**.

Nous vous prions d'agréeer 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 ci-dessous 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
- La fiche de renseignements employeur – **UNIQUEMENT POUR LES APPRENTIS**
- 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) – **Ne pas les coller**
- 1 Copie de l'attestation justifiant de vos droits CPAM (sécurité sociale) en cours de validité pour l'année de formation
- 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) à demander par mail : cjn.justice.gouv.fr ou par courrier Casier Judiciaire National – 44317 NANTES CEDEX 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

- 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 notre site internet ou sur le site de l'ARS
- Une copie du carnet de santé (relevé des vaccinations), attestation des sérologies (hépatite, Rougeole-Oreillons-Rubéole, varicelle)
- Attestation d'un schéma vaccinal complet anti COVID** (obligatoire pour tous les étudiants en santé – loi du 05 août 2021)



Ne pas coller la
photo

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Rentrée : **AS janvier 2022**

<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur Nom de famille (naissance) : Nom d'usage : Prénom(s) :	
Date de naissance : ___/___/___ à : Département : Nationalité :	
N° de sécurité sociale :	
Adresse mail : @	
Adresse durant la formation : Code Postal : Ville :	☎ 📱

Personne à prévenir si nécessaire

Nom (lien de parenté) et coordonnées téléphoniques :

Situation principale avant l'entrée en IFAS

<input type="checkbox"/> Classe de terminale, série : <input type="checkbox"/> Préparation concours <input type="checkbox"/> Etudes supérieures	<input type="checkbox"/> Emploi dans le secteur hospitalier <input type="checkbox"/> Emploi dans un autre secteur <input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi <input type="checkbox"/> Autres (congé maternité, congé sabbatique ...)
---	--

Votre formation

<input type="checkbox"/> Parcours Complet	Diplôme le plus élevé :
<input type="checkbox"/> Apprenti (e)	Diplôme passerelle : Année d'obtention:
<input type="checkbox"/> Parcours Partiel	Diplôme passerelle : Année d'obtention:

* 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-SOIGNANTE
FICHE DE SITUATION A L'ENTREE EN FORMATION

Merci de le remplir le plus consciencieusement possible

Madame Monsieur

NOM et 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 de situation récente**

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

Etes vous : INDEMNISÉ NON INDEMNISÉ EN COURS

CONSEIL RÉGIONAL

Etes vous boursier(e) : OUI NON EN COURS

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

PRISE EN CHARGE DE FORMATION

Conseil Régional (demandeur d'emploi avec attestation de situation ou poursuite d'étude avec certificat de scolarité) – Vous n'avez aucune démarche à effectuer

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 : Sylvain CHAGNEAU, s.chagneau@mspb.com

Date et Signature :



FICHE DE RENSEIGNEMENTS EMPLOYEUR DANS LE CADRE D'UN CONTRAT D'APPRENTISSAGE

Nom et Prénom de l'apprenti(e) :

Etablissement

NOM de l'Etablissement :

Adresse postale :

Code Postal : Ville :

Téléphone :

Adresse mail :

Direction de l'Etablissement

Madame Monsieur

NOM: Prénom :

Ligne Directe: Portable Pro :

Adresse mail :

Référent(e) de l'apprenti(e)

Madame Monsieur

NOM: Prénom :

Fonction:

Ligne Directe: Portable Pro :

Adresse mail :

CFA/Contrat

ADPASSA

FHP

KORIAN

Date de signature du contrat :

Date de début d'exécution du contrat : Date de fin du contrat :

Date :

Signature et cachet :



FICHE DE RESERVATION DE CHAMBRE FOYER DE L'IFNB

203 route de Toulouse – 33400 TALENCE

ifnb.foyer@mspb.com

Formation à la rentrée : Formation en Soins Infirmiers Formation Aide-Soignante Autres
Autre, préciser :

<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur Nom de famille (naissance) : Nom d'usage : Prénom(s) :	
Date de naissance : ___/___/___ à : Département : Nationalité :	
Adresse mail : @	
Adresse actuelle : Code Postal : Ville :	 

LE GARANT	
<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur Nom de famille (naissance) : Nom d'usage : Prénom(s) :	
Adresse mail : @	
Adresse actuelle : Code Postal : Ville :	 
Profession :	

Personne à prévenir si nécessaire
Nom (lien de parenté) et coordonnées téléphoniques :

Date d'entrée au foyer souhaitée :

Date de la demande : **Signature du candidat :**



DOSSIER MÉDICAL

Rentrée : **AS janvier 2022**

Madame Monsieur

Nom de famille (naissance) :

Nom d'usage :

Prénom(s) :

Date de naissance : ___/___/___ à :

Département : Nationalité :

Pièces à fournir :

Fiche médicale des vaccinations obligatoires, en pièce-jointe, à compléter et à signer par le médecin traitant

Certificat médical émanant d'un médecin agréé, en pièce jointe. Vous pourrez trouver les coordonnées d'un médecin agréé sur notre site internet ou sur le site de l'ARS <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/medecins-agrees-11>

Une copie du carnet de santé (relevé des vaccinations), attestation des sérologies (hépatite, Rougeole-Oreillons-Rubéole, varicelle)

Attestation d'un schéma vaccinal complet anti COVID (obligatoire pour tous les étudiants en santé – loi du 05 aout 2021)



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. 8ter de l'arrêté du 07 avril 2020 modifié).

A la date du :

Signature et cachet

- 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 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 dTPca => 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^{ème} au moins 5 mois après la 2^{ème} 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^{er} 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.

