

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 lors de votre inscription administrative.

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 LYCEE JEANNE D'ARC Rennes | 6 |

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

Contribution familiale (2020-2021) : 699€

COMMUNICATION DES RESULTATS

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

LISTE DES PIÈCES À FOURNIR

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Fiche d'inscription 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"/> | 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) :

⇒ Par voie postale
(lettre suivie ou recommandée conseillée)

OU :

⇒ Dépôt à l'accueil des instituts de formation

OU :

⇒ Par voie numérique en pièce jointe par mail

Uniquement si possibilité d'envoyer le dossier dans **un seul**
document en format **PDF** nommé au **NOM et Prénom** du candidat

LYCEE JEANNE D'ARC RENNES
61 rue La Fontaine
CS 20816
35708 RENNES CEDEX 7

Heures d'ouverture
8h 12h – 13h30 17h

secretariat.sanso@lja35.fr

Date limite de dépôt du dossier : Mardi 25 mai 2021 (à minuit cachet de la poste faisant foi)

**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 25 MAI 2021

*Lycée Jeanne d'Arc de Rennes
61 rue La Fontaine – CS 20816 - 35708 RENNES CEDEX 7*

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

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

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) :

**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>

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) | <i>1^{ère} inj.</i> | | | |
| | <i>2^{ème} inj.</i> | | | |
| | <i>3^{ème} inj.</i> | | | |
| | | | | |

- **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 tuberculiniques.

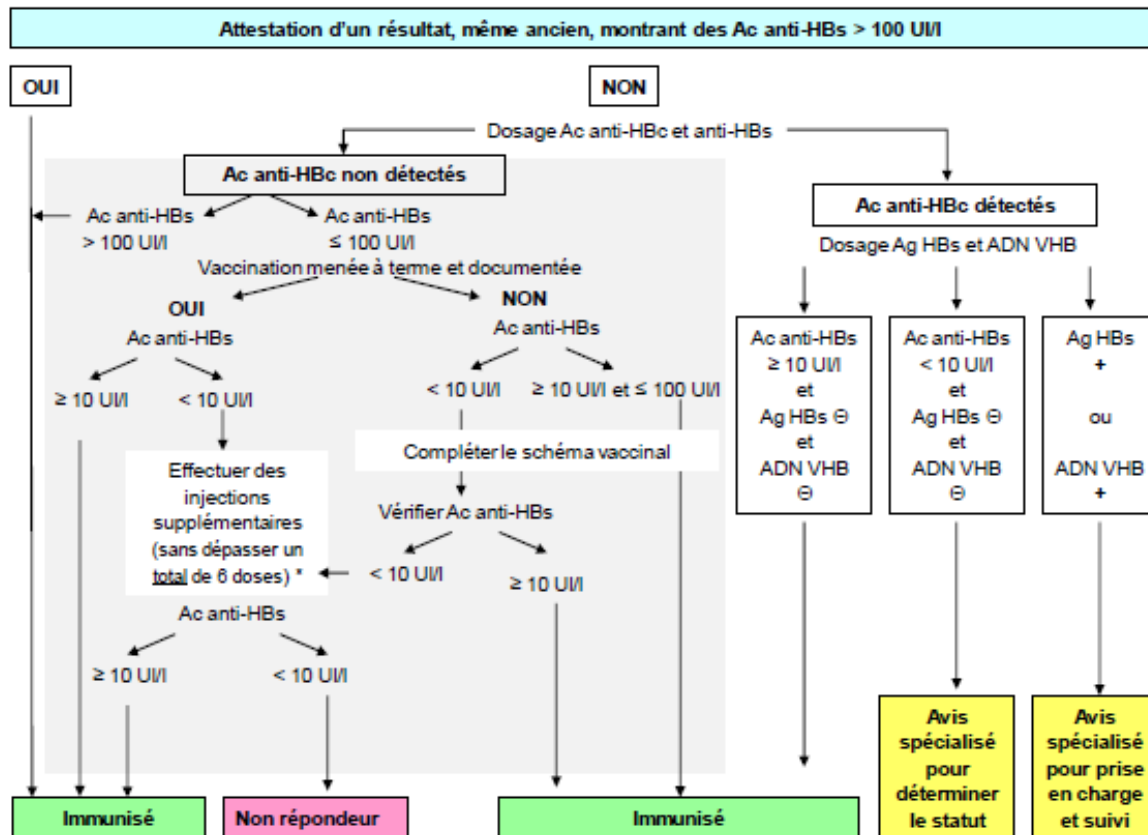
Le : ! ____ ! ____ ! ____ !

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>)