

05 juillet 2021

Madame, Monsieur,

Vous êtes admis(e) dans notre Institut pour suivre la formation conduisant au diplôme d'état d'aide-soignant en ALTERNANCE pour la **rentrée du lundi 15 novembre 2021 à 8 h 30**.

Comme indiqué dans votre notification de résultats, il vous appartient maintenant de constituer votre **dossier définitif d'inscription** que vous trouverez ci-joint.

Il doit être retourné au complet au secrétariat de l'Institut **au plus tard le vendredi 15 octobre 2021**

- Soit par courrier à l'adresse suivante : Institut de Formation en Soins Infirmiers Saint Vincent – 20 a, Rue Sainte Marguerite – 67000 STRASBOURG
- Soit à l'IFSI Saint Vincent - Merci de prendre **OBLIGATOIREMENT** un rdv au 03 88 21 70 45
Le port du masque est OBLIGATOIRE. Toute présentation sans RDV sera refusée.

Un certificat de scolarité vous sera délivré le premier jour de la rentrée scolaire.

Tout dossier incomplet sera refusé.

De plus, pour le jour de la rentrée, **vous devez créer une adresse mail selon le modèle suivant :**

Nomdenaissance.prénom2123@gmail.com

(Exemples : dupont.celine2123@gmail.com / dupont.marc2123@gmail.com)



INFORMATION A PRENDRE EN COMPTE :

Compte tenu du contexte actuel et de la possibilité d'un enseignement à distance par alternance, il conviendra de penser à vous équiper de matériel informatique vous permettant de suivre les cours, de vous assurer d'avoir une bonne connexion au réseau wifi.

Nous vous rappelons également que le port du masque est **OBLIGATOIRE** au sein de l'établissement, de même que dans les salles de cours. Nous vous prions de bien vouloir vous organiser à cet effet.

En vous souhaitant une agréable trêve estivale, et au plaisir de vous accueillir à la rentrée, je vous prie de recevoir, Madame, Monsieur, mes salutations les meilleures.

Jean-Francois JEZEGOU
Directeur



**PIECES A FOURNIR POUR LA CONSTITUTION DU
DOSSIER D'INSCRIPTION
EN FORMATION AIDE-SOIGNANTE EN ALTERNANCE
RENTÉE 2021**

Dossier à rapporter complet au plus tard le **15 octobre 2021**

Prévoir également, pour la 2^{ème} semaine de septembre, un chèque dont le montant vous sera communiqué ultérieurement, dans un courrier de rentrée pour l'achat de manuels d'anatomie/physiologie et de tenues pour les travaux pratiques (**à l'ordre de l'AESIS**)

Ce dossier est composé de deux parties :

1° DOSSIER ADMINISTRATIF

Pour constituer la partie administrative du dossier, veuillez nous faire parvenir les pièces suivantes :

- **La fiche de renseignements administratifs avec une photo collée dessus** (page4/5)
- **La fiche de prévention de risques liés à la formation et à l'exercice soignant** (annexe 1)
- **La fiche d'autorisation de mise en ligne des résultats lors de la diplomation** (annexe 2)
- **1 photos d'identité récente de taille standard : 3,5 cm X 4,5 cm environ avec nom et prénom au verso.**
- **Une attestation d'assurance** stipulant la souscription d'un **contrat d'assurance en responsabilité civile personnelle** couvrant, au minimum, les risques suivants :
 - accidents corporels causés aux tiers
 - accidents matériels causés aux tiers
 - dommages immatériels.
- **2 photocopies recto-verso de la pièce d'identité en cours de validité certifiées conformes par vous-même.**
- **La copie du dernier diplôme le plus élevé**
- **La copie du contrat de travail ou la promesse d'embauche**
- **Un curriculum vitae**

2° DOSSIER MEDICAL

Pour constituer la partie médicale du dossier, veuillez nous faire parvenir les pièces suivantes (article 13 de l'arrêté du 22 octobre 2005 modifié relatif à la formation conduisant au Diplôme d'Etat d'Aide-Soignant) :

- Le document intitulé « **Prévention des risques liés à la formation et à l'exercice soignant** », imprimé ci-joint (annexe 1)
- **Un certificat médical délivré par un médecin agréé** (et non votre médecin traitant). Ce document daté et signé doit être établi sur le papier à entête du médecin et doit **obligatoirement comporter la mention** suivante : « **le candidat ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession d'aide-soignant** »

Vous trouverez la liste des médecins agréés sur le site internet de l'A.R.S. :

www.grand-est.ars.sante.fr

(Dans la barre de recherche, taper : « Médecins agréés », puis cliquer sur « Annuaire des professionnels et établissements », puis sur « Médecins agréés », et enfin, choisir votre département).

- L'annexe 3, intitulé « **Certificat médical de vaccinations** » conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France, à faire renseigner par votre médecin traitant ou le médecin agréé délivrant le certificat médical cité ci-dessus.
Un tubertest de moins de 3 mois est nécessaire et le résultat doit-être exprimé en mm. **SI NÉGATIF, NE PAS REVACCINER.** (Recommandation du Ministère de la Santé).



FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Photo
à coller
ici

**FORMATION AIDE-SOIGNANTE EN ALTERNANCE
PROMOTION 2021/2023**

ETAT CIVIL :

Nom de famille : _____ Nom marital : _____

Prénom : _____ Sexe (F/M) : _____ Date de naissance : _____

Lieu de naissance : _____ Département : _____ Nationalité : _____

Téléphone portable : _____ Courriel : _____

Téléphone fixe : _____ N°de Sécurité Sociale: _____
(15 chiffres)

Situation familiale : Célibataire Marié(e) Pacs Concubinage Divorcé(e) Séparé(e)
Veuf(ve)

Nom et prénom du conjoint : _____

Nombre d'enfants : _____ Age des enfants : _____

RESIDENCE PENDANT LES ETUDES :

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

AUTRE RESIDENCE : (des parents par exemple)

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone fixe : _____

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Lien de l'étudiant(e) avec la personne : _____

Nom –Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone fixe : _____ Téléphone portable : _____

ETUDES

Niveau Scolaire	Nom de l'Etablissement	Date début	Date de fin	Diplômes obtenus Année d'obtention
Merci d'indiquer le diplôme le plus élevé obtenu				

ACTIVITES PROFESSIONNELLES ANTERIEURES

Employeur et adresse de l'établissement	Fonction	Contrat			Motif de fin
		Type (CDD/CDI/...)	Date début	Date fin	

QUELLE EST VOTRE SITUATION POUR L'ENTREE EN FORMATION

Type de contrat Joindre la copie du contrat u la promesse d'embauche	<input type="checkbox"/> Apprentissage <input type="checkbox"/> Contrat de professionalisation <input type="checkbox"/> Contrat d'avenir
Employeur	Nom de l'établissement : Adresse de l'établissement :

Je soussigné(e) certifie l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus.

Date :

Signature :

Signature des parents pour les mineurs
(précisez le lien avec l'élève)

**Prévention des risques liés à la formation
et à l'exercice soignant**

Je soussigné(e) :

Madame *

Monsieur *

Elève aide-soignant(e) en alternance à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers Saint Vincent,

- Déclare avoir été averti(e) que la formation aide-soignante comporte des risques, entre autres de contamination et d'infection, et en être conscient(e).
- M'engage à prendre toutes les mesures nécessaires pour les prévenir, en application des enseignements reçus et des mesures universelles de prévention des accidents.

En outre la Direction de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers, ainsi que le médecin désigné par celle-ci prendra toute décision médicale ou chirurgicale en cas d'urgence.

Fait à _____ le _____

Signature de l'élève

*Si vous n'êtes pas majeur(e),
signature des parents*

* Rayer les mentions inutiles



**AUTORISATION DE MISE EN LIGNE
DES RÉSULTATS LORS DE LA
DIPLOMATION
(site agréé)**

Je soussigné.e _____ ,

Inscrit.e à la formation Aide-Soignante 2021,

Autorise

N'autorise pas

Fait à

Le.....

Signature :

CERTIFICAT MEDICAL DE VACCINATION

1. Conformément à l'Article 44 de l'arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux pour la formation infirmière

« L'admission définitive dans un institut de formation préparant à l'un des diplômes visés à l'article 1er du présent arrêté est subordonnée : a) A la production, au plus tard le premier jour de la rentrée, d'un certificat établi par un médecin agréé attestant que l'étudiant ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession ; b) A la production, **au plus tard le jour de la première entrée en stage**, d'un certificat médical de vaccination conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France ».

2. Article L3111-4 du code de santé publique

« Tout élève ou étudiant d'un établissement préparant à l'exercice des professions médicales et des autres professions de santé (...) qui est soumis à l'obligation d'effectuer une part de ses études dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention ou de soins, **doit être immunisé contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite** ».

3. Arrêté du 02 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L.3114-4 du code de la santé publique

ARTICLE 2 : « Les élèves ou étudiants mentionnés à l'article 1er de l'arrêté du 6 mars 2007 susvisé sont soumis aux obligations d'immunisation mentionnées à l'article L. 3111-4 du code de la santé publique. Au moment de leur inscription dans un établissement d'enseignement et, au plus tard, avant de commencer leurs stages dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention ou de soins, ils apportent la preuve qu'ils satisfont aux obligations d'immunisation mentionnées à l'article L.3111-4. **A défaut, ils ne peuvent effectuer leurs stages.** ».

ARTICLE 3 : « La preuve de l'immunisation contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite (...) est apportée par la présentation d'une **attestation médicale de vaccination précisant la dénomination des spécialités vaccinales utilisées, les numéros de lots ainsi que les doses et les dates des injections.**

La preuve de l'immunisation contre l'hépatite B est apportée par la présentation d'une attestation médicale établie dans les conditions définies en annexes I et II du présent arrêté. ».

ANNEXE 1 : CONDITIONS D'IMMUNISATION CONTRE L'HÉPATITE B

« Les personnes [...] sont considérées comme immunisées contre l'hépatite B si elles produisent une attestation médicale comportant un résultat, même ancien, indiquant la présence, dans le sérum, d'anticorps anti-HBs à une concentration supérieure à 100UI/l.

Si les personnes [...] ne présentent pas le résultat mentionné, il est effectué un dosage des anticorps anti-HBc et des anticorps anti-HBs en vue de la délivrance d'une attestation médicale attestant ou non de l'immunisation contre l'hépatite

- Les anticorps anti-HBc ne sont pas détectables dans le sérum. »

Et

- « la vaccination a été menée à son terme selon le schéma en vigueur dans le calendrier vaccinal. »

Et

- « le taux d'anticorps anti-HBs dans le sérum est supérieur ou égal à 10 UI/l :

La personne est considérée comme définitivement protégée contre l'hépatite B. Il n'y a pas lieu de réaliser de dosage sérologique ultérieur ni d'injection vaccinale supplémentaire. ».

4. Circulaire DGS/SD5C n°2004-373 du 11 octobre 2004 relative à la pratique des tests tuberculiques

« L'IDR » ou Tubertest « doit être réalisée [...] comme test de référence dans le cadre de la surveillance des membres des professions à caractère sanitaire ou social exposés à la tuberculose (professions énumérées aux articles R. 3112-1 et R. 3112-2 du code de la santé publique) ».

5. Article R4626-23 modifié par DECRET n°2015-1588 du 4 décembre 2015 – art. 25

« Le médecin du travail prévoit les examens complémentaires adaptés en fonction des antécédents de la personne, du poste qui sera occupé et dans une démarche de prévention des maladies infectieuses transmissibles. ».

CERTIFICAT MEDICAL DE VACCINATION**Nom et Prénom de l'élève :****Date de Naissance :** / /**VACCINATIONS OBLIGATOIRES** pour l'admission en formation infirmière ou aide-soignante :

	Dates	Nom du vaccin
Vaccination contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, coqueluche		

Vaccination contre l'hépatite B

Primovaccination	Dates	Nom du vaccin	Rappels (si besoin)	Dates	Nom du vaccin
1 ^{ère} injection			1 ^{er} rappel		
2 ^{ème} injection			2 ^{ème} rappel		
3 ^{ème} injection			3 ^{ème} rappel		

Sérologie hépatite B

	Dates	Résultat
Anticorps anti-HbS		
Anticorps anti-HbC		

Test tuberculique de moins de 3 mois (obligatoire)	Date	Taille de l'induration en mm	Présence de phlyctènes

VACCINATIONS RECOMMANDEES pour les professionnels de santé

	Dates	Nom du vaccin
Rougeole Oreillon Rubéole 1		
Rougeole Oreillon Rubéole 2		
Infections à méningocoque C		
Varicelle 1 en l'absence d'antécédant et sérologie négative		
Varicelle 2		

Observations du médecin :

Cachet avec nom, adresse et signature du médecin :

Fait à : _____ le : _____

L'AESIS C'EST QUOI ?

**L'ASSOCIATION DES ÉTUDIANT.E.S EN SOINS
INFIRMIERS DE STRASBOURG,**

QUI ?

**UNE ASSOCIATION CRÉÉE PAR DES ÉTUDIANTS.E.S
POUR DES ÉTUDIANT.E.S/ÉLÈVES**

QUAND ?

TOUT AU LONG DE L'ANNÉE

OÙ ?

AU SEIN DE VOTRE IFSI

COMMENT ?

**EN ÉTANT À L'ÉCOUTE DE VOS BESOINS, DE VOS
ATTENTES ET EN ORGANISANT DES ÉVÈNEMENTS TOUT AU
LONG DE L'ANNÉE**

POURQUOI ?

**POUR ASSURER LA COHÉSION, L'ENTRAIDE, LE PARTAGE
ET LA RÉUSSITE DE VOS ÉTUDES**



L'ÉQUIPE AESIS