

IFAS-IFAP :

Tél. : 03 27 14 36 36

Mail : accueil-ifms@ch-valenciennes.fr

Valenciennes, le 21/11/2022

OBJET : Formation « Aide-Soignant(e) » – Rentrée Janvier 2023

Madame, Monsieur,

Suite à vos résultats aux épreuves de sélection, ou à votre admission en tant :

- qu'agent des services hospitaliers qualifiés de la fonction publique hospitalière ou agent de service,
- qu'apprenti ayant un contrat d'apprentissage,
- ou après un report d'admission l'année antérieure,

Nous aurons le plaisir de vous accueillir en formation «Aide- Soignant(e)» pour la session 2023.

Le dossier administratif est à constituer dès lors que vous avez confirmé votre inscription en liste principale (soit au plus tard le 24 novembre 2022 minuit) par email à accueil-ifms@ch-valenciennes.fr ou reçu la confirmation écrite de votre admission (ASHQ, ASH, contrat d'apprentissage).

Une pré-rentrée obligatoire aura lieu le :

Mardi 13 décembre 2022 à 9 heures

La rentrée aura lieu le Lundi 9 Janvier 2023 à 8h30

Vous trouverez ci-après le dossier à compléter et la liste des documents et pièces à fournir.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Florence CRISTANTE-CONNAN
Cadre Supérieur de Santé
Adjointe de la Direction,



DOCUMENTS A TRANSMETTRE OBLIGATOIREMENT ENTRE LE 24 NOVEMBRE ET LE 2 DECEMBRE 2022

1/ Transmettre par email à accueil-ifms@ch-valenciennes.fr

- ☐ La copie de votre carte d'identité en cours de validité (ne pas tenir compte de cette démarche si vous l'avez déjà fournie lors de l'inscription à la sélection).
- ☐ La copie de votre carte vitale avec votre numéro de sécurité sociale **personnel**.

2/ Selon les procédures ci-après annexées:

- ☐ Transmettre votre photo en suivant la procédure en **annexe 1**

DOCUMENTS A REMETTRE IMPERATIVEMENT LE JOUR DE LA PRE-RENTREE - 13 décembre 2022

1. LES DOCUMENTS MEDICAUX :

Les obligations et la réglementation médicale pour entrer en formation aide-soignante sont très rigoureuses ; aussi, nous vous recommandons de vous rapprocher au plus vite de votre médecin traitant et de prendre rendez-vous auprès d'un médecin agréé.

Vous devez fournir impérativement pour le jour de la pré-rentée :

- ☐ Le certificat médical **en annexe 2** émanant d'un **médecin agréé** attestant que vous n'êtes atteint d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession d'aide-soignant(e). La liste est consultable sur le site : <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/liste-des-medecins-agrees-en-hauts-de-france>
- ☐ L'attestation médicale en **annexe 3** attestant que vous remplissez les obligations d'immunisation et de vaccination prévues par les dispositions du titre 1er du livre 1er de la troisième partie législative du code de la santé publique.

A noter que **les vaccinations doivent être réalisées complètement et non en cours de réalisation.**

LE PARCOURS DE FORMATION :

Précisez le type de cursus d'inscription (*) :

☐ Cursus intégral

☐ Cursus partiel

() Une fois que le type de cursus choisi sera enregistré, plus aucun changement ne sera accepté.*

2. LES DOCUMENTS ADMINISTRATIFS :

- ☐ La fiche d'inscription complétée en **annexe 4**
- ☐ La fiche de renseignements en **annexe 5**
- ☐ Copie de l'original du Diplôme permettant le cursus partiel sauf si celui-ci a été transmis lors de l'inscription à la sélection
- ☐ La fiche de la Direction Régionale de l'Economie, de l'Emploi du Travail et des Solidarités (DREETS) Hauts de France en **annexe 6**
- ☐ La fiche individuelle du Ministère des finances et des comptes publics en **annexe 7**
- ☐ Compléter le tableau en **annexe 8**.

3. MATERIEL PEDAGOGIQUE ET TROUSSEAU PROFESSIONNEL :

Dans le cadre de votre formation et de vos différentes recherches, il est **recommandé** de posséder un ordinateur portable avec webcam, micro et accès internet.

A. Principes de base :

Tout élève aide-soignant en stage en service de soins doit revêtir une tenue professionnelle permettant de répondre aux critères suivants :

- prévention des accidents professionnels ; la tenue vestimentaire fait partie intégrante de la démarche ergonomique et sécuritaire du professionnel de santé,
- prévention des infections nosocomiales : l'hygiène corporelle et le changement régulier de tenues professionnelles limitent la transmission de germes,
- appartenance professionnelle : l'élève aide-soignant doit adapter sa tenue et son comportement aux exigences de la profession.

B. Modalités pratiques :

Une instruction ministérielle récente demande à chaque terrain de stage d'être en mesure de fournir aux élèves et étudiants une tenue professionnelle. La mise en application se fera au fur et à mesure des possibilités de réactivité des structures d'accueil. Ces établissements ont à organiser et financer cette nouvelle mesure, identifier le besoin, acquérir les tenues, organiser la distribution, intégrer l'entretien dans leur ligne de traitement du linge.

Nous vous conseillons donc de posséder au minimum 2 tenues neuves ou d'occasion pour les stages et les Travaux Pratiques à l'institut.

Si vous possédez déjà des tenues blanches et en bon état de type tunique et pantalon, celles-ci sont valables pour la formation.

Un badge nominatif vous sera fourni par l'Institut de Formation pour l'ensemble des périodes de stage.

A titre indicatif, les tenues professionnelles peuvent être achetées chez le distributeur suivant : **FACON MEDICAL – rue des Frères Lumières – 59300 AULNOY LEZ VALENCIENNES**

Dans le cas où vous ne réalisez pas de commande, il vous appartient d'être en possession de votre tenue pour mi-janvier 2023.

C. Matériel supplémentaire :

Les élèves aides-soignants doivent posséder une paire de chaussures blanches, fermées, silencieuses et lavables.

4. FINANCEMENT DE LA FORMATION

A. Demande de bourse du Conseil Régional pour les élèves en poursuite d'études et demandeurs d'emploi indemnisés par Pôle-Emploi :

Toute demande de bourse devra être saisie sur le site du Conseil Régional : <https://aidesindividuelles.hautsdefrance.fr>

B. Demande de rémunération régionale DEFI (→ bénéficiaires de l'Allocation Spécifique de Solidarité ou du Revenu de Solidarité Active ou inscrit(e)s à Pôle Emploi non indemnisés)

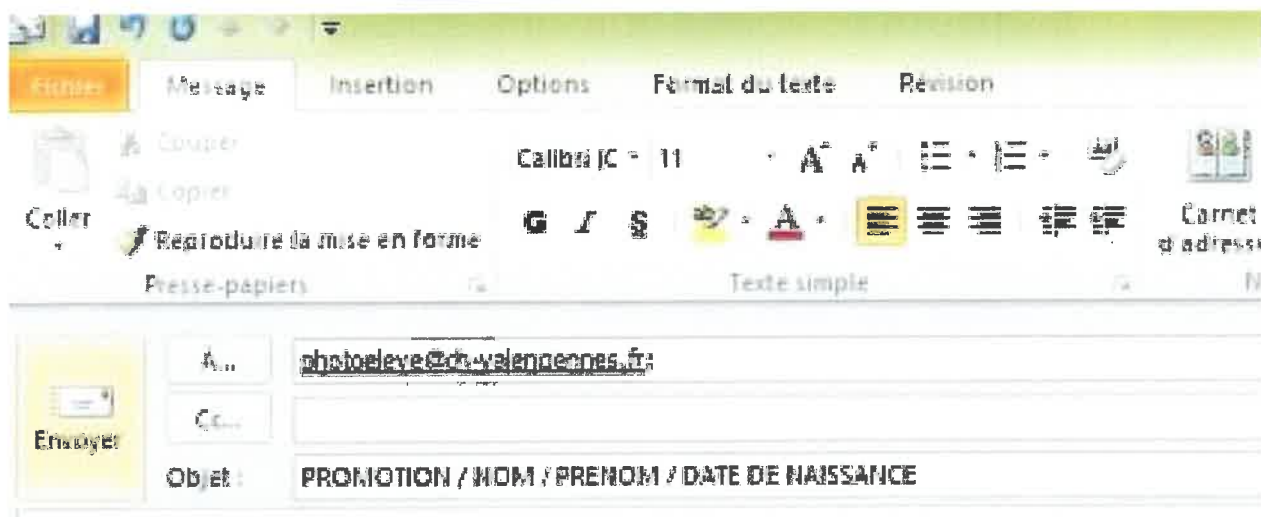
Les documents suivants seront à fournir pour la pré-rentree :

- ☐ Un RIB mentionnant l'IBAN et le BIC (non manuscrit) à votre nom et prénom
- ☐ Vos bulletins de salaire justifiant des heures ou périodes d'activités justifiant au total de 910 heures de travail sur 1 an ou 1820 heures de travail sur 2 ans
- ☐ L'avis de situation délivré par le pôle emploi justifiant votre inscription et indiquant que vous ne bénéficiez pas d'indemnités
- ☐ Votre livret de famille (si enfant(s) et/ou parent isolé)
- ☐ Si vous êtes concernés, votre reconnaissance RQTH
- ☐ L'attestation de l'employeur de non versement de l'allocation de perte d'emploi durant la formation pour les anciens agents du public.

C. Prise en charge financière de la formation du coût pédagogique de la Formation :

Public <u>éligible</u> à l'aide financière régionale	Public <u>non éligible</u> à l'aide financière régionale
- Les candidats en poursuite d'études <u>Conditions :</u> - ne pas être sorti du système scolaire depuis 1 an maximum à l'entrée en formation - ne pas avoir obtenu un diplôme niveau BAC +2 et plus depuis moins d'1 an à l'entrée en formation  En cas de contrat de travail temporaire, il ne peut dépasser 151,67 h/mois - Les candidats demandeurs d'emploi indemnisés ou non <u>Conditions :</u> - inscription à Pôle Emploi avant l'entrée en formation ☛ Formalités : remettre avant l'entrée en formation un avis de situation de Pôle-emploi téléchargeable sur votre espace Pôle-emploi	- Les candidats salariés publics ou privés et les professionnels libéraux <u>Conditions :</u> Le coût pédagogique global de 8 008 € est dû par leur employeur, les Opérateurs de Compétences (OPCO) ou par l'intéressé lui-même ☛ Formalités : <u>Fonction Publique Hospitalière</u> ☐ Attestation de l'employeur qui prend en charge le coût de formation ☐ Etablissement d'une convention de Formation entre l'Institut, l'Etablissement hospitalier ou structure de soins et l'intéressé

Procédure d'envoi de la photo pour la carte Professionnelle caducée



1. À partir de votre adresse email, envoyez votre photo à :
photoeleve@ch-valenciennes.fr
2. Dans l'objet du mail, précisez PROMOTION/NOM/PRENOM/DATE DE NAISSANCE
3. Joindre 1 photo d'identité en format **JPEG**

Uniquement ces formats, avec une taille minimale de 1500 x 1500 pixels.

Attention, si votre photo n'est pas conforme à la demande ci-dessus, vous serez contacté sur votre adresse e-mail.

Surveillez donc vos courriels.

Cette carte professionnelle vous permet :

- L'accès à l'IFMS
- L'accès au SELF
- L'activation des entrées lors de vos stages au CHV

**INSTITUTS DE FORMATION AIDE-SOIGNANT(E)
AUXILIAIRE DE PUERICULTURE**

- ☐ Elève entrant en formation aide-soignant(e)
☐ Elève entrant en formation auxiliaire de puériculture

ATTESTATION MEDICALE MEDECIN AGREE

Je soussigné(e) :médecin agréé, certifie que :

Nom :

Nom de jeune fille (*obligatoire pour les femmes mariées*) :

Prénom :

Date de naissance :

(Cochez la case correspondante) :

- ☐ Ne présente aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession à laquelle il/elle se destine.
- ☐ Présente une affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession à laquelle il/elle se destine.

Date :

Signature :

Cachet :

ATTESTATION MEDICALE (Vaccinations)

TEXTES DE REFERENCE :

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 L3111.4 du code de la santé publique.

Arrêté du 2 Août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'Article L3111.4 du code de la santé publique

Décret du 27 Février 2019 modifiant le décret n° 2007-1111 du 17 Juillet 2007 relatif à l'obligation vaccinale par le vaccin antituberculeux BCG

Instruction interministérielle du 07/09/21 : obligations vaccinales contre la Covid des étudiants et élèves en santé

Je soussigné(e) : Docteur en médecine, certifie que :

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille (*obligatoire pour les femmes mariées*) :

Date de naissance :

En Formation : ☐ Infirmier de ...année d'études ☐ Aide-Soignant ☐ Auxiliaire de Puériculture

● **A été vacciné(e) : Contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite :**

OBLIGATOIRE POUR ENTRER EN FORMATION

Dernier rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N° Lot

● **A été vacciné(e) : Contre l'hépatite B : OBLIGATOIRE POUR ENTRER EN FORMATION**

☐ Immunisé(e) contre l'hépatite B

Ou

☐ Non répondeur (se) présumé avec surveillance annuelle des marqueurs sériques de l'hépatite B

● **La vaccination par le BCG n'est plus obligatoire** (décret n° 2019-149 du 27 Février 2019 modifiant le décret n° 2007-1111 du 17 Juillet 2007 relatif à l'obligation vaccinale par le vaccin antituberculeux BCG)

Le résultat de la dernière IDR doit être reporté ci-dessous. Il servira de référence en cas de contact avec le bacille de la tuberculose.

IDR à la tuberculine	Date	Résultat (en mm)

● **La vaccination contre la Covid (2 injections + un rappel) joindre attestation vaccinale ameli**

Date :

Signature et cachet du médecin :



L'attestation ne peut être annotée « en cours de vaccination ». Les vaccinations doivent être réalisées complètement pour l'entrée en Formation.

FICHE D'INSCRIPTION

(MERCİ D'ECRIRE LISIBLEMENT EN MAJUSCULE)

Nom : Nom marital : Prénom :

Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin ☐ Autre

Né(e) le : à :

Département : Nationalité :

N° de Sécurité Sociale : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Adresse :

Code Postal : Ville :

Portable : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ Fixe : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Email personnel :

Email professionnel :

Personne à contacter en cas d'urgence:



ANNEXE 5

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

IDENTITE	Nom de naissance	
	Nom d'usage	
	Prénom principal	
	Prénom 2	
	Prénom 3	
	Date de naissance	
	Code postal de naissance	
	Téléphone portable	
	Téléphone fixe	
	Courriel	
	Adresse	
	Code postal	
	Commune	
Numéro de sécurité sociale		
SITUATION A L'ENTREE EN FORMATION	☐ à la recherche d'un emploi ☐ en activité ☐ en poursuite d'études	
STATUT A L'ENTREE EN FORMATION	☐ activités bénévoles (engagement citoyen) ☐ agent consulaire ☐ apprenant en formation de parcours initial ☐ fonctionnaire ☐ intermittent du spectacle ☐ non connu ☐ Personne en Contrat de Sécurisation Professionnelle ☐ Travailleur en ESAT ☐ Travailleur non Salarié ☐ Autre	
TYPE DE CONTRACTUALISATION	☐ CDD Contrat à durée déterminée ☐ CDI Contrat à durée indéterminée ☐ Contrat d'apprentissage (alternance) ☐ Contrat de professionnalisation (alternance) ☐ Contrat de Sécurisation professionnelle (CSP) ☐ Intérimaire (mission d'intérim)	
SITUATION A L'ENTREE EN FORMATION (hors poursuite d'études)	Année de sortie de formation initiale	
	Dernier employeur ou emploi occupé	
	Date de fin ou de rupture de contrat	
	Motif de fin de contrat	
	Secteur d'activité du candidat	

DEMANDEUR D'EMPLOI Situation à l'entrée en formation	Date d'inscription à Pôle Emploi	
	Numéro d'identifiant Pôle Emploi	
	Demandeur d'emploi indemnisé?	☐ OUI ☐ NON

SALARIE Situation à l'entrée en formation	Siret de l'employeur	
	Catégorie socio-professionnelle	☐ agriculteurs exploitants ☐ artisans, commerçants, chefs d'entreprise ☐ cadres et professions intellectuelles supérieures ☐ employés ☐ ouvriers ☐ professions intermédiaires
	Particulier employeur	☐ OUI ☐ NON N°URSSAF
	Raison sociale de l'employeur	
	Ville de l'employeur	
SALARIE EN APPRENTISSAGE Situation à l'entrée en formation	Date de début du contrat d'apprentissage	
	Date de fin du contrat d'apprentissage	
CARACTERISTIQUES	Titulaire RQTH	☐ OUI ☐ NON
	Niveau scolaire à l'entrée en formation	☐ 1ère ou 2ème année de DEUG, DUT, BTS école des formations sanitaires et sociales ☐ 2de, 1ère ou 2ème année de CAP ou BEP ☐ 3ème ou 1ère année de CAP BEP ☐ classes de 2ème ou 3ème cycle de l'enseignement supérieur ☐ terminale
	Niveau de certification maximum au moment	☐ Niveau 1 (sans niveau spécifique) ☐ Niveau 2 (sans diplôme ou Diplôme du Brevet) ☐ Niveau 3 (CAP,BEP,...) ☐ Niveau 4 (BP, BT, bac pro ou techno) ☐ Niveau 5 (BTS, DUT, etc...) ☐ Niveau 6 (licence, master1) ☐ Niveau 7 (Grade master) ☐ Niveau 8 (Doctorat, etc...)

ANNEXE 7

FICHE INDIVIDUELLE A FAIRE COMPLETER PAR L'ETUDIANT Formation aux professions sanitaires

Ministère des finances et des comptes publics
Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes
Ministère du travail, de l'emploi de la formation professionnelle et du dialogue social

Ecole / Institut de formation :

IFMS CH VALENCIENNES

QUESTIONS NE CONCERNANT QUE LES NOUVEAUX INSCRITS EN 2023

Code du département d'habitation 12 mois avant la formation ¹

Code du département d'habitation à la fin des études secondaires (collège ou lycée) ¹

¹ Corse : 2A ou 2B.

Départements d'outre-mer : 9A pour Guadeloupe, 9B pour Martinique, 9C pour Guyane, 9D pour Réunion, 9F pour Mayotte

Autres territoires d'outre-mer : 97 pour Saint-Pierre Miquelon et 98 Afrique et terres australes, Wallis et Futuna et Nouvelle Calédonie

99 pour étranger

Avez-vous interrompu vos études pendant plus d'un an pour exercer une activité rémunérée

OUI

NON

☐
☐

Professions de vos parents (ou tuteur) lorsque vous étiez au collège ²

² Attention : il s'agit de la dernière profession exercée pour les parents retraités, décédés ou en recherche d'emploi.

Cette donnée sociologique nous est très précieuse pour étudier les transformations des filières du sanitaire et social et de nombreux chercheurs dans ce domaine attendent de pouvoir l'analyser.

Elle nous est utile même dans le cas où vous êtes marié(e) ou bien êtes vous-même devenu(e) parent.

Cocher une seule case par colonne, en vous référant au tableau des professions ci-dessous

Père	Mère	Tuteur
1- Agriculteur	1- Agriculteur	1- Agriculteur
☐ 2- Artisan, commerçant et chef d'entreprise	☐ 2- Artisan, commerçant et chef d'entreprise	☐ 2- Artisan, commerçant et chef d'entreprise
☐ 3- Cadre et profession intellectuelle du supérieur	☐ 3- Cadre et profession intellectuelle du supérieur	☐ 3- Cadre et profession intellectuelle du supérieur
☐ 4- Profession intermédiaire	☐ 4- Profession intermédiaire	☐ 4- Profession intermédiaire
☐ 5- Employé	☐ 5- Employé	☐ 5- Employé
☐ 6- Ouvrier	☐ 6- Ouvrier	☐ 6- Ouvrier
☐ 7- Inactif (n'a jamais travaillé)	☐ 7- Inactif (n'a jamais travaillé)	☐ 7- Inactif (n'a jamais travaillé)

Tableau des professions :

Liste détaillée	Liste simplifiée	Code
Agriculteur exploitant	Agriculteur	1
Artisan		
Commerçant et assimilé	Artisan, commerçant et chef d'entreprise	2
Chef d'entreprise de dix salariés ou plus		
Profession libérale		
Cadre de la fonction publique		
Professeur et assimilé	Cadre et profession intellectuelle du supérieur	3
Profession information, arts, spectacles		
Cadre administratif et commercial d'entreprise (1)		
Ingénieur- cadre technique d'entreprise		
Instituteur et assimilé		
Profession intermédiaire santé-travail social (2)		
Clergé, religieux	Profession intermédiaire	4
Profession intermédiaire adm.-commerce-entr;		
Technicien		
Contremaître, Agent de maîtrise		
Employé civil-Agent service fonction publique (3)		
Policier et militaire	Employé	5
Employé administratif d'entreprise (4)		
Employé de commerce (5)		
Person. service direct aux particuliers (6)		
Ouvrier qualifié		
Ouvrier non qualifié	Ouvrier	6
Ouvrier agricole		
Père (ou mère) n'ayant jamais travaillé	Inactif	7

(1) Cadre chargé d'études économiques, du recrutement, de la formation, de gestion courante des services financiers, chef de produit, cadre de banque, d'assurance...

(2) Infirmier, puéricultrice; sage-femme, éducateur, préparateur en pharmacie, assistante sociale, éducateur, conseiller familial...

(3) Agent de la Poste, des impôts, du Trésor, des Douanes, aide soignant, agent de service hospitalier...

(4) Secrétaire, dactylo, opératrice de saisie, standardiste, employé de service comptable, financier ou juridique, employé de banque, d'assurance, hôtesse d'accueil...

(5) Vendeur en gros de biens d'équipements, en alimentation, en ameublement, photos, employé de libre service, caissier de magasin, pompiste...

(6) Employé dans la restauration, coiffeur, esthéticien, assistante maternelle, employé de maison, gardien d'immeuble, technicien de l'intervention sociale et familiale...

PERIODES ANTERIEURES DE STAGE OU D'ACTIVITE PROFESSIONNELLE

☐ Compléter le tableau ci-dessous en précisant :

- vos activités professionnelles antérieures
- vos stages supérieurs à 2 semaines

Nom :

Prénom :

Etablissement de santé / structure de soins	Poste occupé	Période du... au ...	Contrat (CDD-CDI – autres à préciser exemple stage

☐ Si vous avez des proches (familles/amis) qui travaillent **dans un établissement de santé ou structure de soins**, merci de noter ci-dessous les structures concernées :

-
-
-