

# Dossier d'inscription

## Formation

### Aide - Soignante

**Institut de Formations Paramédicales du  
GHNE**

8, bis rue Maurice - 91160 LONJUMEAU  
01 69 29 74 47 - 01 64 54 29 45  
[ifpm-ghne@ghne.fr](mailto:ifpm-ghne@ghne.fr)

## **INFORMATIONS GÉNÉRALES :**

---

Vous avez été admis à l'IFPM du Groupe Hospitalier Nord Essonne pour la formation aide-soignante.

Pour effectuer votre inscription vous devez :

- ✚ Confirmer par courrier avant le **13 juillet 2022** votre demande d'inscription en formation
- ✚ Envoyer votre dossier d'inscription COMPLET au plus tard le vendredi 12 août (cachet de la poste faisant foi) à :

**IFPM – GHNE**  
**Secrétariat formation Aide – Soignante**  
**8 bis, Rue Maurice**  
**91160 LONGJUMEAU**

Début de formation : **Le vendredi 2 septembre 2022**

Fin de formation : **Le vendredi 28 juillet 2023**

Congés : **Du 19 au 30 décembre 2022 et du 1 au 5 mai 2023**

En fonction de la situation sanitaire des informations complémentaires pourront vous être transmises. Il est donc impératif de nous communiquer une adresse mail valide et qui doit être constituée OBLIGATOIREMENT de votre nom et prénom. Exemple : nom.prenom@.....

D'autre part, nous vous précisons qu'il est impératif que vous disposiez personnellement d'un ordinateur équipé d'une caméra et d'un micro ainsi qu'une connexion internet. En effet si une partie des cours est effectuée en présentiel dans les locaux de l'institut, une autre partie des cours est réalisée sous la forme de cours à distance, de « classe virtuelle ». Certaines évaluations pourront également être effectuées à distance.

De plus conformément à l'arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant, « **l'élève doit réaliser au moins une expérience de travail de nuit** ».

## **FINANCEMENT DE LA FORMATION :**

---

### *Élèves éligibles à la subvention régionale :*

Seuls les effectifs inscrits, suivant une formation à temps plein et présents au 15 octobre 2022, sont éligibles à la subvention régionale. Le statut est considéré à l'entrée en formation et vaut pour toute la durée de la formation :

- ✚ Les jeunes de moins de 26 ans en poursuite d'études sans interruption (y compris ceux ayant un contrat de travail étudiant) ;
- ✚ Les jeunes de moins de 26 ans avec interruption de scolarité de moins de 2 ans avant le démarrage de la formation ;
- ✚ Les jeunes dont le service civique s'est achevé dans un délai d'un an avant l'entrée en formation ;
- ✚ Les demandeurs d'emploi (catégories A et B) \*, inscrits à Pôle emploi depuis 6 mois au minimum à l'entrée en formation, dont le coût de formation n'est pas pris en charge par Pôle emploi ;
- ✚ Les bénéficiaires d'un PEC (Parcours Emploi Compétences) ;
- ✚ Les bénéficiaires du RSA (Revenu de Solidarité Active) ;
- ✚ Les apprenants relevant du SPRF12 (Service Public Régional de Formation).

Par exception, les élèves issus **des Baccalauréats professionnels « accompagnement, soins, services à la personne »** et **« services aux personnes et aux territoires »**, et inscrits en parcours partiel tel que défini dans l'arrêté du 21 mai 2014, ainsi que **les élèves titulaires d'un CAP « accompagnant éducatif de la petite enfance »** sont éligibles à la subvention régionale à condition qu'ils respectent les critères d'éligibilité.

\*Le demandeur d'emploi de catégorie A correspond à une « personne sans emploi, tenue d'accomplir des actes positifs de recherche d'emploi, à la recherche d'un emploi quel que soit le type de contrat (CDI, CDD, à temps plein, à temps partiel, temporaire ou saisonnier) » tandis que celui de catégorie B correspond à une « personne ayant exercé une activité réduite de 78 heures maximum par mois, tenue d'accomplir des actes positifs de recherche d'emploi ».

### *Élèves non éligibles à la subvention régionale*

Coût de la formation : 6 500 €

- ✚ Agents publics (y compris en disponibilité)
- ✚ Salariés du secteur privé
- ✚ Toute personne ayant bénéficié d'une prise en charge partielle par TRANSITIONS PRO
- ✚ Les abandons de formation intervenus dans le mois suivant l'entrée en formation
- ✚ Apprentis
- ✚ Personnes en validation des acquis de l'expérience (VAE)
- ✚ Médecins et sages-femmes diplômés à l'étranger

---

**Dans les deux cas il reste à votre charge vos 5 tenues de stage (5 pantalons et 5 tuniques OBLIGATOIRES) dans montant de 105 € à l'ordre de « Sophie Risser Créations » (Voir bon de commande)**

INSTITUTS DE FORMATION PARAMÉDICALE DU GROUPE HOSPITALIER NORD ESSONNE

## FRAIS ANNUELS DE FORMATION CURSUS PARTIELS

DIPLOMES OUVRANT DROIT A DISPENSE D'UNITES DE FORMATION	COUT DE FORMATION
DEAP - Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Puériculture 2021	<b>1 970 €</b>
DEAP - Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Puériculture 2006	<b>2 411 €</b>
DEA - Diplôme d'Etat d'Ambulancier	<b>4 910 €</b>
DARM - Diplôme d'Assistant de Régulation Médicale	<b>4 822 €</b>
DEAS - Diplôme d'Etat d'accompagnement éducatif et social 2021	<b>3 675 €</b>
DEAS - Diplôme d'Etat d'accompagnement éducatif et social 2016 DEAMP - Diplôme d'Etat d'aide Médico – psychologique DEAVS Diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale MCAS - Mention complémentaire aide à domicile CAFAD - Certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile CAFAMP - Certificat d'aptitude aux fonctions d'aide médico – psychologique	<b>4 087 €</b>
TPADV - Titre Professionnel d'Assistant (e) de Vie aux Familles	<b>4 880 €</b>
TPASMS - Titre Professionnel agent de Service Médico – Social	<b>5 027 €</b>

**Les frais de financement de la formation en cursus partiels ne sont PAS pris en charge par le Conseil Régional d'Île-de-France.**

## AIDES FINANCIÈRE DURANT LA FORMATION :

**Consulter le site du Conseil Régional d'Île-de-France :** <https://www.iledefrance.fr/formations-sanitaires-et-sociales-quelles-aides-financieres-et-pour-qui>

### **Contrat d'allocation d'étude (CAE) :**

Les élèves ont la possibilité de bénéficier d'un CAE avec un établissement de santé ou un EHPAD, situé dans la région d'Île-de-France, en contrepartie d'un engagement d'exercer dans l'établissement pour une durée de 18 mois après sa diplomation. La liste des établissements est communiquée aux élèves en début de formation. Financée par l'Agence régionale de santé, l'allocation versée à l'élève est d'un montant forfaitaire de 9 000 euros pour son année complète de formation dans un IFAS de la région Île-de-France. Le CAE n'impacte pas la diversité des lieux de stage de l'élève durant sa formation. Les élèves ayant déjà passé un contrat avec un établissement de santé ou médico-social (CFA, autres CAE, etc.) ainsi que les élèves boursiers ne sont pas éligibles à ce dispositif. Consultez la liste des offres et retrouvez toutes les informations sur les CAE sur : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/dispositif-de-contrat-dallocation-detude>

## **PIÈCES À FOURNIR POUR LE DOSSIER D'INSCRIPTION :**

### **Pour tous les élèves :**

- Fiche de renseignement complétée
- Certificat médical (**Document joint obligatoire**) émanant d'un médecin agréé  
(Liste des médecins agréés consultable sur le site de l'Agence Régionale de Santé de votre région)
- Attestation médicale d'immunisation et de vaccinations (**document joint obligatoire**)
- Attestation assurance responsabilité civile et couverture des risques professionnels des personnes accomplissant un stage lié à l'exercice d'une profession paramédicale couvrant l'ensemble de l'année scolaire obligatoirement (Du 1<sup>er</sup> septembre au 31 août 2022).
- La Copie de la carte nationale d'identité ou de la carte de séjour avec la copie du passeport en cours de validité qui devra couvrir l'ensemble du cursus scolaire
- Attestation d'affiliation à la sécurité sociale au régime général
- Autorisation de diffusion d'images (Document joint)
- Bon de commande tenue de stage (5 pantalons et 5 tuniques OBLIGATOIRES) accompagné d'un chèque de 105 € à l'ordre de « Sophie Risser Créations » (voir bon de commande)

### **Selon votre situation :**

#### **Jeunes de moins de 26 ans :**

- Certificat de scolarité de la dernière classe suivie

#### **Pour les élèves demandeurs d'emploi en catégorie A et B inscrits à Pôle emploi depuis 6 mois au minimum à la date de début de formation (02/09/2022 dont le coût de formation n'est pas pris en charge par Pôle emploi :**

- Attestation indiquant bien la date du début de votre inscription à Pôle Emploi  
(Sur votre profil pôle emploi onglet « demande d'attestation » mettre début de période d'inscription et la date en cours.)

#### **Apprenants relevant du SPRF :**

- Attestation inscription au titre SPRF

#### **Pour les élèves bénéficiaires d'un PEC ou du RSA :**

- Attestation de PEC ou du RSA

#### **Pour les élèves dont le service civique s'est achevé dans un délai maximum d'un an avant l'entrée en formation :**

- Attestation de fin de service civique

#### **Pour les élèves pris en charge par leur employeur :**

- Attestation de prise en charge



## **AUTORISATION DE DIFFUSION D'IMAGES :**

---

### **Promotion aide-soignante 2022/2023**

---

Les images ne pourront en aucun cas être dénaturées ni détournées de leur contexte, par un montage ou par tout autre procédé. La légende ne pourra pas porter atteinte à la vie privée ou à la réputation de la personne.

Conformément à la loi n° 78-17 du 06 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel du 06 août 2004, l'intéressé peut exercer son droit d'accès, de rectification et d'opposition

NOM : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

J'autorise l'IFPM du GHNE à utiliser toute photographie me représentant individuellement pour un usage professionnel interne à l'Institut de Formation Paramédicale sur un support papier et/ou numérique (ex. : trombinoscope, portfolio informatisé...).

Date : .....

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé ») :





**FICHE DE RENSEIGNEMENTS :**

---

**MERCI DE BIEN REMPLIR TOUS LES CHAMPS DE MANIÈRE TRÈS LISIBLE**

**NOM de naissance :** .....

**NOM Marital :** .....

**Prénom (indiquer tous vos prénoms) :** .....

**Date de naissance :** ...../...../.....

**Pays de naissance :** .....

**Département et commune de naissance :** .....

**Nationalité :** .....

**Carte Nationale d'Identité, durée de validité (indiquer la date de validité) :** .....

**Carte de séjour, durée de validité (indiquer la date d'expiration) :** .....

**Adresse actuelle :**

.....  
.....

**Code postal :** .....

**Ville :** .....

**Adresse à la rentrée de septembre (si différente) :**

.....  
.....

**Code postal :** .....

**Ville :** .....

**Numéro de téléphone mobile :** .....

**Numéro de téléphone fixe :** .....

**Adresse mail :** .....

**N° de sécurité sociale de l'étudiant :** .....

**Centre de sécurité sociale :** .....

**INSTITUTS DE FORMATION PARAMÉDICALE DU GROUPE HOSPITALIER NORD ESSONNE**

**Personne à prévenir en cas d'urgence :**

Mme / M (NOM et Prénom) : .....

Lien de parenté : .....

Numéro de téléphone mobile : .....

Numéro de téléphone fixe : .....

**Questionnaire :**

**DÉSIREZ - VOUS :**

Une carte de parking :  OUI  NON

Si oui merci de joindre une photocopie de la carte grise du véhicule à votre dossier

Faire une demande de bourse :  OUI  NON

La campagne de demande de bourse sera ouverte du 1er au 30 septembre 2022., vous devez faire votre demande sur le site [www.iledefrance.fr/fss](http://www.iledefrance.fr/fss). Néanmoins vous pouvez dès à présent faire une simulation sur le site.

Si besoin deux référents cellule Handicap sont disponibles au sein de l'institut :  
Monsieur RUIS José [j.ruis@ghne.fr](mailto:j.ruis@ghne.fr) & Monsieur BOUTHE Gilles [g.bouthe@ghne.fr](mailto:g.bouthe@ghne.fr).

**ÊTES – VOUS :**

Au Pôle emploi :  OUI  NON

En Promotion professionnelle :  OUI  NON

En congé formation :  OUI  NON

**PERCEVEZ - VOUS :**

Une rémunération de votre employeur durant votre formation  OUI  NON

Une rémunération du pôle emploi durant votre formation  OUI  NON

Si votre formation est prise en charge par un organisme de financement, pensez à nous fournir une attestation :

FONGECIF  UNIFAF  ANFH  AUTRE à préciser :

Je soussigné(e), certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci – dessus.

Toute déclaration inexacte, entraînera la perte du bénéfice de l'inscription.

À ..... Le .....

**SIGNATURE :**

## **DOSSIER MÉDICAL :**

---

Par arrêté du 21/04/2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, vous devez fournir :

Un certificat d'aptitude délivré par un médecin agréé

(Liste des médecins agréés consultable sur le site de l'Agence Régionale de Santé de votre région)

Un certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France.

- ✓ Anti diphtérique
- ✓ Anti tétanique
- ✓ Anti poliomyélitique
- ✓ Anti Hépatite B
- ✓ Anti COVID 19

Une vaccination par le vaccin antituberculeux BCG sera proposée au cas par cas aux étudiants possiblement exposés de façon répétée au risque tuberculeux dans le cadre de leurs stages, non antérieurement vaccinés et ayant un test immunologique de référence négatif.

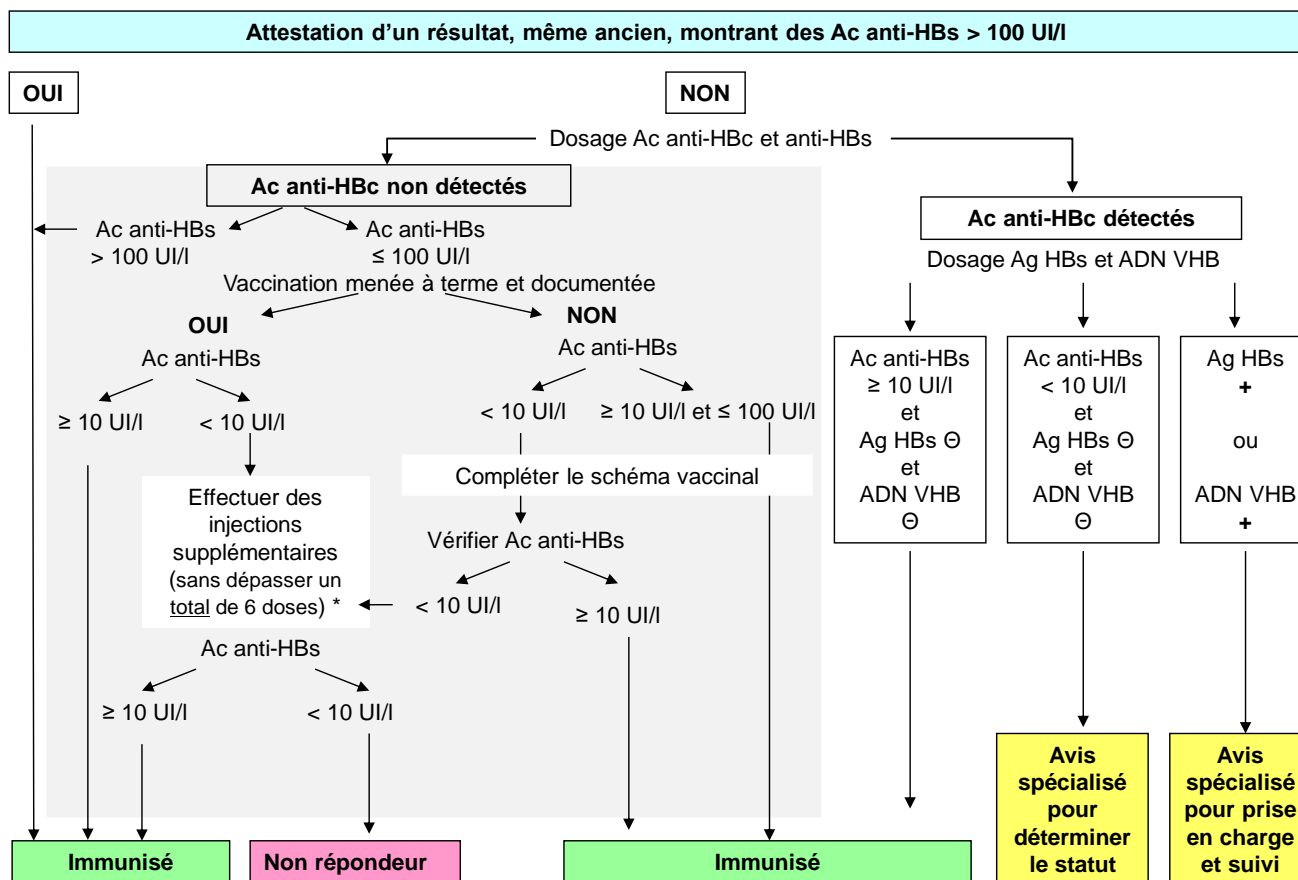
Concernant :

**La tuberculose** : A compter du 1<sup>er</sup> avril 2019, l'obligation d'une vaccination par le BCG est suspendue pour les personnes qui sont inscrites dans les établissements préparant au métier d'infirmier. Toutefois une IDR sera pratiquée s'il y a risque et pas de vaccination antérieure.

**L'Hépatite B** : En l'absence d'immunité les élèves ne pourront pas réaliser leur(s) stage(s).

**ATTENTION : Ne pas confondre vaccination et immunité, l'immunité apparaît quelques semaines après la vaccination.**

-



\* Sauf cas particulier voir 4° 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> )

**INSTITUTS DE FORMATION PARAMÉDICALE DU GROUPE HOSPITALIER NORD ESSONNE**

**CERTIFICAT MÉDICAL :**

---

**Ce certificat médical ne peut être établi que par un médecin agréé dont le nom figure sur la liste de l'ARS**

Je soussigné Docteur.....médecin agréé ARS,

atteste, après l'avoir examiné (e) ce jour,

que Mme, Melle, M.....

Né(e) le ..... à .....

**Ne présente pas de contre-indication physique ou psychologique à l'exercice de la profession d'aide –soignant(e)**

**Est à jour de ses vaccinations**

*Une contre - indication à la vaccination contre l'Hépatite B correspond de fait à une inaptitude vers les professions médicales pharmaceutiques ou paramédicales.*

À .....,

Le .....,

**Signature et Cachet du Médecin**



**INSTITUTS DE FORMATION PARAMÉDICALE DU GROUPE HOSPITALIER NORD ESSONNE**

**CERTIFICAT DE VACCINATIONS :**

Je, soussigné(e) Docteur.....

atteste que : Mme, Melle, .....

Né(e) le ..... à .....

- a été vacciné(e) contre l'hépatite B (*vaccination menée à son terme selon le schéma recommandé*).
- est en cours de vaccination contre l'Hépatite B (*2 injections + Dosage AC ANTI HBs*)

Hépatite B			
	Nom du vaccin	Date	N° lot
1 <sup>ère</sup> Injection :			
2 <sup>ème</sup> Injection			
3 <sup>ème</sup> Injection			
4 <sup>ème</sup> Injection			
5 <sup>ème</sup> Injection			
6 <sup>ème</sup> Injection			
Etablissement de la preuve d'immunisation pour un contrôle sérologique <b>SYSTEMATIQUE</b>			
Date	Résultats Dosage AC anti HBs $\geq$ 10 UI / l datant de moins d'un an		

Est à jour de ses vaccinations protégeant de la **diphtérie**, du **tétanos**, la **poliomyélite** et du **COVID 19** :

Diphtérie – Tétanos – Polio		
Nom du vaccin	Dernier Rappel effectué date	N° lot

COVID 19			
	Nom du vaccin	Date	N° lot
1 <sup>ère</sup> Injection :			
2 <sup>ème</sup> Injection			
3 <sup>ème</sup> Injection			

**INSTITUTS DE FORMATION PARAMEDICALE DU GROUPE HOSPITALIER NORD ESSONNE**

Vaccinations recommandées			
	Nom du vaccin	Date	N° lot
ROR (y compris si nés avant 1980, sans ATCD)			
Varicelle			
Grippe saisonnière			

Tuberculose			
Vaccin intradermique ou Monovax®	Date (dernier vaccin)	N° lot	IDR à la tuberculine Résultat ( <u>en mm</u> ) datant de moins d'un an

Date : ..... / ..... / .....    Signature et cachet du médecin :





FRANCE VÊTEMENTS - F.T.D.P.  
1 Allée des Vergers - Bâtiment 3 - Hall A  
69760 LIMONEST

8 Bis Rue Maurice - 91160 LONGJUMEAU

Téléphone : 04.72.17.89.96.  
Mail : src2@orange.fr

Signature Étudiant

**BON DE COMMANDE 2022  
ÉLÈVES AIDES-SOIGNANTS**

-Préparation de votre commande réalisée en collaboration avec des travailleurs souffrant d'un handicap-

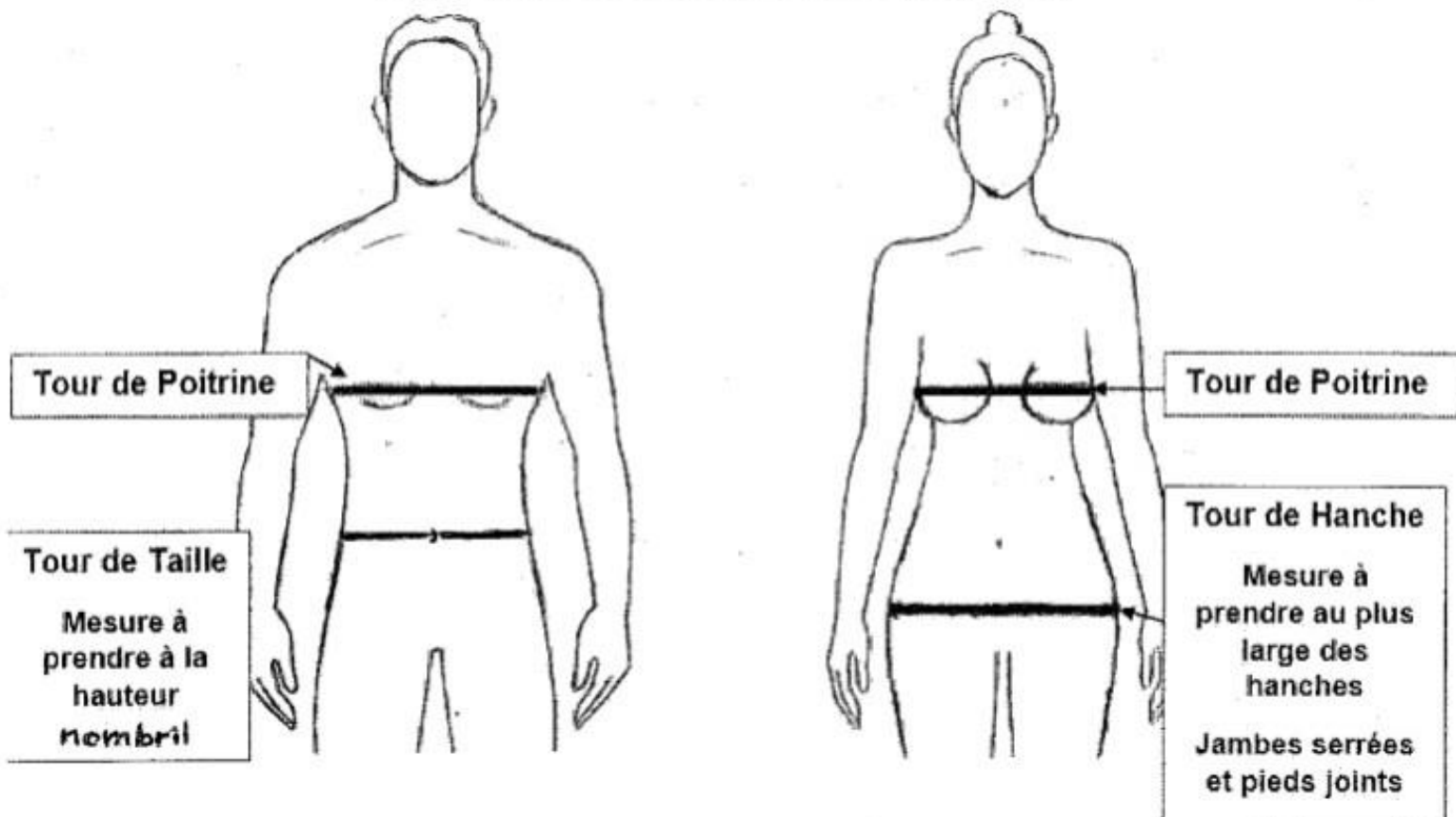
NOM DE L'ÉTUDIANT \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_  
TÉLÉPHONE \_\_\_\_\_ MAIL \_\_\_\_\_

DÉSIGNATION	QTÉ	TAILLE	PRIX UNITAIRE T.T.C.	TOTAL
<b>TENUE FEMME BLANCHE</b>				
Tunique Femme 1666 - Pressions - Polycoton 65/35			13.30	
Pantalon Femme 1002 - Polycoton 65/35			7.70	
<b>TOTAL ENSEMBLE</b>			<b>21.00</b>	
<b>TENUE HOMME BLANCHE</b>				
Veste Homme 4642 - Pressions - Polycoton 65/35			13.30	
Pantalon Homme 1020 - Polycoton 65/35			7.70	
<b>TOTAL ENSEMBLE</b>			<b>21.00</b>	
<b>ACCESSOIRES</b>				
<b>SABOTS</b>	<b>QTÉ</b>	<b>POINTURE / TAILLE</b>	<b>PRIX UNITAIRE T.T.C.</b>	<b>TOTAL</b>
Sabot <u>POINTURE</u>			27.00	
Passé-couloir polaire - Entourer couleur			32.00	
<b>COULEUR POLAIRE : MARINE - BLANC - FRAMBOISE</b>				
Montre anneau blanc			9.00	
Badge supplémentaire			4.50	
Pince KOSHER à clamper en acier garantie 2 ans			7.00	
Ciseaux bouts ronds en acier garantis 2 ans			7.00	
<b>MONTANT TOTAL</b>	<b>Doit la somme de _____</b>			<b>Euros</b>

REGLEMENT EN CHEQUE LIBELLE A L'ORDRE DE SOPHIE RISSER

REGLEMENT EN ESPECES

## COMMENT BIEN PRENDRE SES MESURES



Afin d'être à l'aise dans vos mouvements quotidiens au travail, le vêtement professionnel se porte de manière plus ample que les vêtements de ville.

Si vous ne disposez pas de mètre ruban de couturier, vous pouvez en confectionner un sur le site :

<http://menphys.fr/b-metre-ruban-a-imprimer-109.html>

### TAILLES HOMMES

N° à commander	Veste Tour de poitrine	Pantalon Tour de taille
00	70 78	64 71
0	79 83	72 80
1	84 92	81 88
2	93 101	89 96
3	102 110	97 104
4	111 120	105 112
5	121 129	113 120
6	130 137	121 124
7	138 146	124 et +

### TAILLES FEMMES

N° à commander	Tunique Tour de poitrine	Pantalon Tour de hanche
00	75 79	78 85
0	80 88	86 94
1	89 94	95 100
2	95 104	101 106
3	105 112	107 115
4	113 122	116 127
5	123 132	128 139
6	133 140	140 150
7	141 et +	151 et +