

Formation
Aide-soignante

Rentrée :

Le Lundi 25 Août 2025

Dossier
Inscription

Institut de Formation
Groupe Hospitalier Nord
Essonne

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 envoyer votre dossier d'inscription COMPLET au plus tard **04 juillet 2025** (cachet de la poste faisant foi) à :

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

Début de formation : **Le lundi 25 août 2025 de 9h à 17h**

Les élèves en cursus partiel doivent impérativement venir avec l'original de leur diplôme le jour de la rentrée.

Fin de formation : **Le vendredi 17 juillet 2026**

Congés : **Du 21 décembre 2025 au 3 janvier 2026 et du 20 au 26 avril 2026**

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** ».

Vous devez donc prévoir une organisation pour effectuer un stage de nuit au cours de votre formation

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 2024, sont éligibles à la subvention régionale. Le statut est considéré à l'entrée en formation et vaut pour toute la durée de la formation :

Personnes éligibles :

- ✓ 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,
- ✓ À partir du 1er janvier 2024, les demandeurs d'emploi inscrits à Pôle emploi 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 passerelles post bac quand les étudiants ont moins de 26 ans sont examinées au regard des critères d'éligibilité mentionnés ci-dessus,
- ✓ Les apprenants relevant du SPRF (Service Public Régional de Formation) c'est-à-dire sans diplôme, titre ou certification et inscrits sur un parcours de formation complet en formation aide-soignant, auxiliaire de puériculture ou ambulancier

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.

Il reste à votre charge vos 5 tenues de stage (5 pantalons et 5 tuniques OBLIGATOIRES) dans montant de 107,50 € (tarif 2023).

Un lien pour faire votre commande sur le site internet vous sera communiqué le jour de la rentrée

Élèves non éligibles à la subvention régionale

Coût de la formation : 6 500 €

- ✓ Les agents publics (y compris en disponibilité),
- ✓ Les salariés du secteur privé en CDD ou CDI de plus de 78 heures par mois,
- ✓ 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,
- ✓ Les apprentis,
- ✓ Les personnes en validation des acquis de l'expérience (VAE),
- ✓ Les médecins et les sages-femmes diplômés à l'étranger

FRAIS ANNUELS DE FORMATION CURSUS PARTIEL

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

DIPLOMES OUVRANT DROIT A DISPENSE D'UNITES DE FORMATION	COUT DE FORMATION
DEAP - Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Puériculture 2021	1 970 €
DEAP - Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Puériculture 2006	2 411 €
DEA - Diplôme d'Etat d'Ambulancier	4 910 €
DARM - Diplôme d'Assistant de Régulation Médicale	4 822 €
DEAS - Diplôme d'Etat d'accompagnement éducatif et social 2021	3 675 €
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	4 087 €
TPADV F - Titre Professionnel d'Assistant (e) de Vie aux Familles	4 880 €
TPASMS - Titre Professionnel agent de Service Médico – Social	5 027 €

**+ 5 tenues de stage (5 pantalons et 5 tuniques OBLIGATOIRES) dans montant de 107,50 € (tarif 2023).
Un lien pour faire votre commande sur le site internet vous sera communiqué le jour de la rentrée**

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 (D'août à juillet 2025).
- 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)

Selon votre situation :

Jeunes de moins de 26 ans :

- Certificat de scolarité de la dernière classe suivie

Pour les élèves demandeurs d'emploi et dont le coût de formation n'est pas pris en charge par Pôle emploi :

- Attestation inscription à Pôle Emploi

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

Pour les élèves pris en charge par un organisme :

- Attestation de prise en charge Transition pro ANFH AUTRE à préciser :

Pour les élèves en autofinancement :

- Convention à signer avant la rentrée

AUTORISATION DE DIFFUSION D'IMAGES :

Promotion aide-soignante septembre 2024

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 ») :

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)

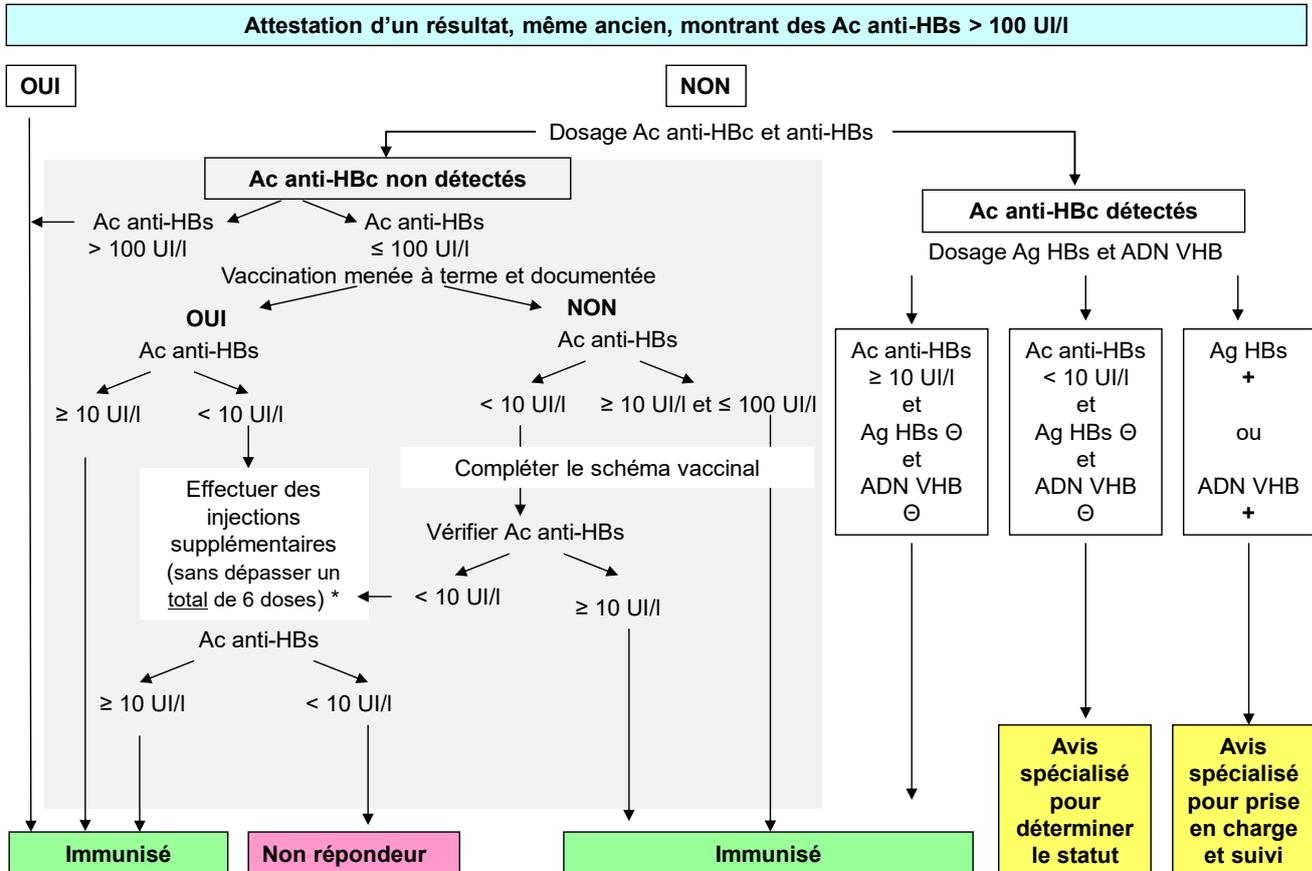
Et est à jour de ses vaccinations

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



Text * Sauf cas particulier voir 4° de l'annexe 2 de l'arrêté

Légende : Ac : anticorps ; Ag : antigène ; VHB : virus de l'hépatite B

- 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>)

CERTIFICAT DE VACCINATIONS :

Hépatite B

La vérification de l'immunisation et de l'absence d'infection par le VHB est obligatoire pour tous les étudiants et personnels de santé relevant de la vaccination obligatoire contre le VHB.

Taux d'anticorps datant de moins d'un an :

	Nom du vaccin	Date	N° lot
1 ^{ère} Injection :			
2 ^{ème} Injection			
3 ^{ème} Injection			
4 ^{ème} Injection			
5 ^{ème} Injection			

Vaccination OBLIGATOIRE - Diphtérie – Tétanos – Polio

Nom du vaccin	Dernier Rappel effectué date	N° lot

Vaccinations recommandées

	Nom du vaccin	Date
ROR		
Rougeole		
Rubéole		
Varicelle		
Coqueluche		
Hépatite A		
Grippe (annuellement)		

Tournez SVP →

BCG - pour information

Le décret n°2019-149 du 27 février 2019 suspend l'obligation de vaccination contre la tuberculose des professionnels visés aux articles R.3112-1 C et R.3112.2 du code de la santé publique. Ainsi, la vaccination par le BCG ne sera plus exigée lors de la formation ou de l'embauche de ces professionnels dès le 1^{er} avril 2019.

Toutefois, il appartiendra aux médecins du travail d'évaluer ce risque et de proposer, le cas échéant, une vaccination par le vaccin antituberculeux BCG au cas par cas aux professionnels du secteur sanitaire et social non antérieurement vaccinés, ayant un test immunologique de référence négatif et susceptibles d'être très exposés

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

Je soussigné(e), Docteur

Atteste que :

Né(e) le..... À.....

A répondu à ses obligations vaccinales selon le texte en vigueur et a reçu les vaccinations obligatoires précédentes.

SIGNATURE et CACHET DU MEDECIN :

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 à la rentrée 2024 :

.....
.....
.....

Code postal :

Ville :

Numéro de téléphone mobile : :

Numéro de téléphone fixe : :

Adresse mail : :

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Mme / M (NOM et Prénom) :

Lien de parenté :

Numéro de téléphone mobile :

Questionnaire :

Avez-vous le permis B : OUI NON

Etes-vous véhiculée : OUI NON

Désirez – vous une carte de parking (Carte gratuite) : OUI NON

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

ÊTES – VOUS :

Au Pôle emploi : OUI NON - Si oui numéro de pôle emploi :

PERCEVEZ - VOUS :

Une rémunération de votre employeur durant votre formation OUI NON

Une rémunération du pôle emploi durant votre formation OUI NON

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

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 :