

**INSTITUT DE FORMATION D'AIDES-SOIGNANTS  
du  
Groupement de Coopération Sanitaire du Pays d'Aix**



**Site de Pertuis**

**DOSSIER D'INSCRIPTION A LA FORMATION  
CONDUISANT AU Diplôme d'Etat d'Aide-Soignant**

- **RESTITUTION DU DOSSIER : lundi 1er décembre 2025 dernier délai  
sur le site d'Aix-en-Provence :**

IFAS du GCSPA – Site d'Aix-en-Provence  
Centre Hospitalier Montperrin  
109 Avenue du Petit Barthélémy  
13617 Aix-en-Provence Cedex 1

- **RENTREE : mercredi 07 janvier 2026 à 09h00**

IFAS du GCSPA – Sites d'Aix-en-Provence et Pertuis  
Centre Hospitalier Montperrin  
109 Avenue du Petit Barthélémy  
13617 Aix-en-Provence Cedex 1  
Tél : 04.88.71.20.70  
Fax : 04.88.71.20.74  
Mail : cecile.ruiz@gcspa.fr

Aix-en-Provence, le 10 novembre 2025

**Objet** : Admission à l'I.F.A.S. du G.C.S.P.A – **site de Pertuis**  
Rentrée Scolaire 2026

### **DOSSIER D'INSCRIPTION 2026**

Madame, Monsieur,

Vous avez été admis(e) à l'**Institut de Formation d'Aide-Soignant du Groupement de Coopération Sanitaire du Pays d'Aix, sur le site de Pertuis**, pour :

- la rentrée du **MERCREDI 07 JANVIER 2026 à 09h00** précises.

Le dossier d'inscription, composé d'un dossier administratif et d'un dossier médical, est à rendre avant le **1er DECEMBRE 2025** dernier délai sur le site de l'IFAS d'Aix-en-Provence.

#### ➤ **Dossier administratif :**

- La fiche de renseignements ci-jointe dûment complétée
- La photocopie du livret de famille (toutes les pages écrites)
- 2 photocopies de la carte nationale d'identité (recto/verso) ou passeport en cours de validité
- Une photo d'identité récente (moins de 6 mois - format normal identité) avec nom et prénom notés au dos
- La photocopie de votre attestation de sécurité sociale (mentionnant la date de validité)
- La photocopie de la carte grise de votre véhicule et de son attestation d'assurance
- Une attestation d'assurance responsabilité civile couvrant l'année 2026
- Pour les candidats ayant passé des épreuves d'examen cette année, fournir le relevé de notes ou la photocopie du diplôme obtenu
- Si mineur, l'autorisation parentale d'inscription à la formation et de participation aux activités obligatoires (voir fiche de renseignements)
- La fiche des tenues ci-jointe dûment complétée
- La fiche de cession du droit à l'image ci-jointe dûment complétée
- Un RIB au nom et prénom de l'élève
- Pour les candidats inscrits à France Travail ou à la Mission Locale, fournir une prescription (gratuité de la formation par la région)
- Pour les agents bénéficiant de la Promotion Professionnelle Hospitalière, fournir une attestation de prise en charge du coût de la formation établie par l'établissement employeur
- Un chèque de 5 € pour l'acquisition du badge d'entrée

#### ➤ **Dossier médical complet :**

**Votre admission DEFINITIVE sera subordonnée à la production du dossier médical complet.**  
**(Annexes I – I bis – I ter)**

- Vaccinations, certificat médical émanant d'un médecin agréé (liste des médecins agréés sur le site ARS de votre région).

**Attention ! Il est obligatoire de faire les vaccinations manquantes dès les résultats du concours d'admission. Les élèves n'ayant pas les vaccinations légales et la sérologie hépatite B ne seront pas admis en stage.**



\*\*\*\*\*

### REPAS

Les élèves de l'**IFAS de Pertuis** peuvent prendre leur **repas** de midi en extérieur ou apporter et consommer leur repas au sein de l'établissement.

Un accès au self sur le site de l'hôpital de Pertuis est possible avec l'achat d'un ticket au tarif CROUS de l'année en cours. Les repas sont à emporter. Les plateaux sont à restituer au self.

### BOURSES REGIONALES D'ETUDE ET REMUNERATION DE STAGIAIRE DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE

Selon votre situation (voir tableau), vous pouvez :

soit saisir une demande d'aide individuelle régionale d'étude (bourse) directement sur le portail de la Région : Région Sud-Bourse du Sanitaire et du Travail Social à partir de décembre 2025

Veillez à bien renseigner le code d'authentification établissement suivant : **kLz\_ae8** et les dates d'entrée et de fin de formation : **du 7 janvier 2026 au 8 décembre 2026**, ainsi que le nombre d'heures de formation prévues : **1540 heures**.

Des permanences téléphoniques sont assurées du lundi au jeudi de 13h30 à 17h30 au 04.91.57.55.02. en cas de difficultés rencontrées. Une adresse mail est également mise à disposition pour toute demande : [aidesaso@maregionsud.fr](mailto:aidesaso@maregionsud.fr)

- soit déposer un dossier de rémunération de stagiaire de la formation professionnelle (se rapprocher du secrétariat de l'IFAS à la rentrée)

**Attention** : les deux aides ne sont pas cumulables.

### ACCOMPAGNEMENT SPECIFIQUE

Depuis 2005, la loi définit le handicap comme une limitation d'activité de l'individu dans un environnement donné, en raison d'une altération durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.

Les troubles « DYS », le diabète, l'épilepsie ... et tant d'autres situations peuvent être rattachés à cette définition.

A l'entrée en formation, vous vous posez peut-être des questions : Quelles démarches dois-je effectuer ? Que doit savoir l'équipe pédagogique ? Quels sont les adaptations et aménagements possibles ? Comment faire ? .... **En parler, c'est chercher des réponses**. Vous pouvez vous adresser à vos interlocuteurs privilégiés pour votre projet de formation :

- ☐ Les référents Handicap de votre institut de formation ; leur rôle est notamment d'évaluer avec l'apprenant, à l'entrée et pendant toute la durée de sa formation, les besoins d'aménagement possibles.

Référents Handicap : Catherine PRIVAT - [catherine.privat@gcspa.fr](mailto:catherine.privat@gcspa.fr)  
Perrine JUST - [perrine.just@gcspa.fr](mailto:perrine.just@gcspa.fr)  
Isabelle FONCK - [isabelle.fonck@gcspa.fr](mailto:isabelle.fonck@gcspa.fr)  
Céline LACAZE - [celine.lacaze@gcspa.fr](mailto:celine.lacaze@gcspa.fr)  
Cécile STABLO - [cecile.stablo@gcspa.fr](mailto:cecile.stablo@gcspa.fr)  
Alexandra CHAAR - [alexandra.chaar@gcspa.fr](mailto:alexandra.chaar@gcspa.fr)

- ☐ La Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) est un lieu d'accueil unique. Dans certaines situations, elle centralise les démarches liées au handicap.
- ☐ Les Conseillers en Évolution Professionnelle (Cap Emploi, Pôle Emploi ou Mission Locale)

### PARKING

Pour entrer dans l'enceinte **du Centre Hospitalier Montperrin**, un badge vous sera délivré **le jour de la rentrée** contre la somme de 5 Euros (**chèque à l'ordre de L'Agent Comptable du GCSPA**).

### TENUES DE STAGES

Afin d'améliorer les conditions de vie et d'études des élèves des formations sanitaires et du travail social, le Président de la région SUD a décidé d'offrir 3 tenues de stage par apprenant.

Tenues : l'essayage sera effectué à la rentrée.

### ACCES MyKomunoté

Depuis 2024, les instituts de formation du GCSPA utilisent le portail collaboratif MyKomunoté (MyK) dans lequel vous pourrez visualiser vos plannings, vos affectations de stage, vos notes, ...

Pour y accéder, créez votre compte à partir de l'adresse mail suivante :

**<https://aix.epsilon-informatique.net/MyKomunote/>**

**L'adresse courriel à saisir est celle enregistrée dans ce dossier d'inscription.**

Mme Sylvie LATOUCHE,



Directeure de l'Institut.



**INSTITUT DE FORMATION D'AIDE-SOIGNANT**  
Groupement de Coopération Sanitaire du Pays d'Aix  
Secrétariat : 04.88.71.20.70 - Fax : 04.88.71.20.74

\*\*\*\*\*

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS --- Année Scolaire 2026**

Merci de bien vouloir lire et compléter soigneusement le présent formulaire. Veuillez noter que toutes les réponses sont obligatoires et nécessaires au traitement de votre dossier d'inscription. L'absence de réponse à un champ obligatoire est susceptible de compromettre le bon traitement de votre dossier. Les informations personnelles portées sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par l'**IFAS du GCSPA – Aix-en-Provence/Pertuis**. Nous ne traiterons ou n'utiliserons vos données que dans la mesure où cela est nécessaire pour vous contacter, assurer le suivi de votre formation, créer et gérer votre accès à nos services en ligne.

Vos informations personnelles sont conservées pendant une durée qui ne saurait excéder **une année** après la fin de votre formation.

Pendant cette période, nous mettons en place tous moyens aptes à assurer la confidentialité et la sécurité de vos données personnelles, de manière à empêcher leur endommagement, effacement ou accès par des tiers non autorisés.

L'accès à vos données personnelles est strictement limité à **l'équipe de l'IFAS du GCSPA – Aix-en-Provence/Pertuis** et, le cas échéant, à **nos sous-traitants**. Les sous-traitants en question sont soumis à une obligation de confidentialité et ne peuvent utiliser vos données qu'en conformité avec nos dispositions contractuelles et la législation applicable. En dehors des cas énoncés ci-dessus, nous nous engageons à ne pas vendre, louer, céder ni donner accès à des tiers à vos données sans votre consentement préalable, à moins d'y être contraints en raison d'un motif légitime (obligation légale, lutte contre la fraude ou l'abus, exercice des droits de la défense, etc.).

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 (applicable dès le 25 mai 2018), vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement de vos données ou encore de limitation du traitement. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Vous pouvez, sous réserve de la production d'un justificatif d'identité valide, exercer vos droits en contactant notre **délégué à la protection des données à l'adresse suivante : [dpo@gcspa.fr](mailto:dpo@gcspa.fr)**

Pour toute information complémentaire ou réclamation, vous pouvez contacter la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (plus d'informations sur [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)).

\*\*\*\*\*

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS --- AIDE SOIGNANT**  
**SESSION PERTUIS 2026**

NOM : ..... NOM D'USAGE : .....

Prénoms : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

N° de sécurité sociale :    /    /    /    /    /    /    /    / clé /    /

**ADRESSE EXACTE :** .....

Tél. Portable : ..... Adresse @mail : .....

*Il vous est demandé de créer une adresse E-MAIL selon les modalités suivantes :*

**nom de famille.prénom@opérateur de votre choix**

**ETAT CIVIL :**    ☐ Célibataire    ☐ Marié(e)    ☐ Divorcé(e)    ☐ Concubinage    ☐ Pacsé(e)  
☐ Veuf (ve)    ☐ Union libre    Nombre d'enfant(s) à charge : .....

NATIONALITE : .....

**PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE**

NOM & PRENOM : .....

(si vous êtes mineur(e), le nom d'un de vos parents ou tuteurs)

Adresse : .....

Tél. Portable : ..... Lien de parenté : .....

Avez-vous le permis ? ☐ OUI ☐ NON

Avez-vous un véhicule ? ☐ OUI ☐ NON

Marque et modèle : ..... N° Immatriculation : .....

DERNIER DIPLOME OBTENU (Scolaire, universitaire ou professionnel) :

Intitulé du diplôme ..... Date d'obtention : .....

Niveau du diplôme    ☐ Niveau 1    ☐ Niveau 2    ☐ Niveau 3    ☐ Niveau 4

**Fournir la(les) photocopies des diplômes.**

Avez-vous déjà commencé des études d'Aide-Soignant(e) ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, où et quand ? .....

Pourquoi ont-elles été interrompues ? .....

.....  
.....

\*\*\*\*\*

TIERS TEMPS : ☐ OUI ☐ NON *Fournir obligatoirement un certificat médical*

RQTH : ☐ OUI ☐ NON *Fournir obligatoirement une attestation*

\*\*\*\*\*

DERNIERE PROFESSION EXERCEE : .....

Mentionnez les dates et adresses des employeurs :

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

Etes-vous salarié(e) ☐ du secteur privé ? ☐ du secteur Public ?

Si **OUI**, indiquez le nom et adresse de votre employeur : .....

Fonction exercée : .....

Avez-vous une prise en charge du coût de la formation ? ☐ OUI ☐ NON

Si **OUI**, précisez par qui ou quel organisme : .....

*Fournir la photocopie du courrier d'accord de prise en charge.*

Si pendant la formation vous travaillez en CDD, CDI ou autre, merci de :

*Fournir la photocopie du contrat de travail.*

\*\*\*\*\*

Etes-vous inscrit(e) à France Travail comme demandeur d'emploi ? ☐ OUI ☐ NON ☐ En cours

Si **OUI**, *fournir une attestation France Travail avec votre numéro d'identifiant (obligatoire)*

Etes-vous indemnisé(e) par France Travail ? ☐ OUI ☐ NON

*Fournir un justificatif de l'allocation reçue.*

Percevez-vous le RSA ? ☐ OUI ☐ NON *Fournir un justificatif de l'allocation*

\*\*\*\*\*



**A compléter obligatoirement :**

- ☐ J'accepte que les informations saisies dans ce formulaire soient utilisées, exploitées et traitées dans le logiciel de gestion de la scolarité de l'institut pour me contacter, assurer le suivi de ma formation, créer et gérer mon accès aux services en ligne mis à disposition par l'Institut de Formation d'Aide-Soignant du GCSPA Aix en Provence/Pertuis.

*Pour connaître et exercer vos droits, notamment de retrait de votre consentement à l'utilisation des données collectées par ce formulaire, veuillez consulter notre politique de confidentialité sur notre plateforme [gcspa-formations.com](http://gcspa-formations.com) ou contacter la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (plus d'informations sur [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)).*

***Vous pouvez, sous réserve de la production d'un justificatif d'identité valide, exercer vos droits en contactant notre délégué à la protection des données à l'adresse suivante : [dpo@gcspa.fr](mailto:dpo@gcspa.fr)***

**Utilisation de la photographie numérisée**

Pour le dossier scolaire, votre photographie est numérisée. L'IFAS du GCSPA Aix-en-Provence/Pertuis, sera conduit à l'utiliser à d'autres fins (gestion courante de scolarité, trombinoscope pour les enseignants). Seul l'institut y aura accès.

Autorisez-vous cette utilisation pour l'année 2026 ?

☐ OUI, je donne mon accord

☐ NON, je ne donne pas mon accord

Je soussigné(e), certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis dans le présent dossier d'inscription.

A ....., le .....

Signature de l'étudiant(e) :

Signature du représentant légal si mineur :

\*\*\*\*\*

**AUTORISATION PARENTALE EN CAS D'ELEVE MINEUR**

Je soussigné(e), Mme, M. ....,

agissant en qualité de : ☐ père ☐ mère ☐ représentant légal

autorise ☐ mon fils ☐ ma fille .....

demeurant à l'adresse .....

☐ à s'inscrire à la formation conduisant au Diplôme d'Etat Aide-Soignant

☐ à participer à l'ensemble des activités obligatoires en extérieur en lien avec la formation que ce soit hors de l'institut de formation et hors des lieux de stage et ce pour toute l'année scolaire 2026.

☐ à signer tout document relatif à la formation (règlement intérieur, contrat de formation, charte informatique,...)

Je certifie avoir l'autorité parentale sur cet enfant.

Fait à ....., le .....

Signature :



**Instituts de Formation  
des Professions Paramédicales**  
du Groupement de Coopération  
Sanitaire du Pays d'Aix



RÉGION PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

Sylvie LATOUCHE  
Directeur

Secrétariat IFSI Aix  
Tél. 04 88 71 20 70  
Fax 04 88 71 20 74

Secrétariat IFAS Aix  
Tél. 04 88 71 20 71  
Fax 04 88 71 20 74

Secrétariat IFAS Pertuis  
Tél. 04 90 79 97 70  
Fax 04 90 79 21 85

[ifsi-ifas-secretaire@gcspa.fr](mailto:ifsi-ifas-secretaire@gcspa.fr)

[www.gcspa.fr](http://www.gcspa.fr)

### **ATTESTATION SUR L'HONNEUR**

Je soussigné(e), Mme, M.....,

« déclare ne pas avoir fait l'objet d'une sanction disciplinaire m'interdisant  
d'accéder à la formation d'aide-soignante. »

Attestation pour servir et faire valoir ce que de droit.

Fait à ....., le.....

Signature de l'élève :

Signature du représentant légal si mineur :

#### **IFSI-IFAS AIX EN PROVENCE**

Groupement de Coopération  
Sanitaire du Pays d'Aix  
Centre Hospitalier Montperrin  
109 Avenue du Petit Barthélémy  
13617 Aix-en-Provence cedex 01

#### **IFAS PERTUIS**

Groupement de Coopération  
Sanitaire du Pays d'Aix  
58 rue de Croze  
84120 Pertuis





**INSTITUT DE FORMATION D'AIDES-SOIGNANTS**

**Groupement de Coopération Sanitaire du Pays d'Aix**

**Site de Pertuis**

\*\*\*\*\*

**CESSION DE DROIT A L'IMAGE**

**PROMOTION AS PERTUIS 2026**

## CESSION DE DROIT A L'IMAGE

### DOCUMENT A LIRE ET SIGNER OBLIGATOIREMENT

Je soussigné(e) :

NOM : ..... PRENOM : .....

déclare avoir 18 ans ou plus et pouvoir signer ce formulaire en mon nom.

☐ J'autorise

☐ Je n'autorise pas

Les instituts de formation du Groupement de Coopération Sanitaire du Pays d'Aix (GCSPA), situés au

- Centre Hospitalier Montperrin, 109 avenue du Petit Barthélémy 13617 Aix-en-Provence Cedex 1,
- 58 rue de croze, 84120 Pertuis,

représentés par Madame la Directrice de l'Institut de Formation d'Aides-Soignants (IFAS), agissant sur délégation de Monsieur l'Administrateur du Groupement de Coopération Sanitaire du Pays d'Aix,

à me filmer ou me photographier (textes, sons, images) en vue d'une reproduction sur tout type de publication sur tout ou partie des différents supports de communication externe ou interne des instituts de formation, actuellement disponibles ou à venir et dont la liste figure ci-dessous :

- Supports papiers, informatiques, pédagogiques et numériques
- Présence lors d'évènements
- Publicité ayant pour objet la promotion des instituts de formation
- Réseaux sociaux des instituts

Ces supports auront une diffusion non commerciale auprès de nos publics cibles (partenaires, étudiants, futurs candidats,...)

Cette autorisation est valable pour une durée de 5 à 10 ans et est accordée à titre gratuit et à des fins exclusivement d'information, de formation, d'enseignement et de recherche. Cette exploitation ne devra pas porter atteinte à la vie privée ou à la réputation ou à toute autre utilisation préjudiciable. Le consentement peut être retiré à tout moment

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 (applicable dès le 25 mai 2018), vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement de vos données ou encore de limitation du traitement. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Vous pouvez, sous réserve de la production d'un justificatif d'identité valide, exercer vos droits en contactant notre délégué à la protection des données à l'adresse [dpo@gcspa.fr](mailto:dpo@gcspa.fr). Pour toute information complémentaire ou réclamation, vous pouvez contacter la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (plus d'informations sur [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)).

Fait en 1 exemplaire à ....., le .....

Signature

### Autorisation parentale en cas d'élève mineur

NOM : ..... PRENOM : .....

Agissant en qualité de

☐ Père

☐ Mère

☐ Représentant légal

☐ autorise

☐ n'autorise pas

Fait en 1 exemplaire à ....., le .....

Signature

#### Sites d'Aix en Provence et Pertuis

Centre Hospitalier Montperrin  
109, Avenue du Petit Barthélémy  
13617 Aix en Provence cedex 01  
I.F.S.I. & I.F.A.S.  
Tél. 04 88 71 20 70 - Fax 04 88 71 20 74  
[ifsi-aix@gcspa.fr](mailto:ifsi-aix@gcspa.fr)

I.F.C.S.  
Tél. 04 42 16 16 61 - Fax 04 42 16 18 13  
[ifcs-aix@gcspa.fr](mailto:ifcs-aix@gcspa.fr)

#### te de Salon de Provence

Centre Hospitalier  
207, Avenue Julien Fabre - BP 321  
13658 Salon de Provence cedex  
I.F.S.I. & I.F.A.S.  
Tél. 04 90 44 92 70 ou 93 70 - Fax 04 90 44 93 76  
[ifsi-salon@gcspa.fr](mailto:ifsi-salon@gcspa.fr)



Instituts de Formation  
des Professions Paramédicales  
du Groupement de Coopération  
Sanitaire du Pays d'Aix



RÉGION PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

# **INSTITUT DE FORMATION D'AIDES-SOIGNANTS du Groupement de Coopération Sanitaire du Pays d'Aix**

\*\*\*\*\*

## **DOSSIER MEDICAL**



**INSTITUT DE FORMATION D'AIDES-SOIGNANTS**  
Groupement de Coopération Sanitaire du Pays d'Aix  
Secrétariat : 04.88.71.20.70 - Fax : 04.88.71.20.74

**Annexe I**

**CONDITIONS D'ADMISSION DANS LES IFAS**

**Textes de référence :**

- ✓ Article L.3111-4 du Code de la Santé Publique (CSP)
- ✓ Arrêté du 21 Avril 2007 modifié par l'arrêté du 10 juin 2021 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux.
  - Titre III de l'arrêté du 21 Avril 2007 – Vaccinations pour l'entrée en formation et suivi médical des étudiants et des élèves :
    - Article 91 « L'admission **définitive** en IFAS est subordonnée :
      - à la production, au plus tard le premier jour de la rentrée, d'un **certificat établi par un médecin agréé (\*)** attestant que l'élève ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession,
      - à la production, au plus tard le jour de la première entrée en stage, d'un **certificat médical de vaccinations** conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France ».

Pour y parvenir, il est conseillé de s'y prendre le plus tôt possible.

- ✓ Liste des médecins agréés disponible sur le site de l'ARS de votre région  
<https://www.paca.ars.sante.fr/listes-des-medecins-agrees-en-region-paca>
- ✓ Lieux de vaccination possibles. Se munir de sa carte vitale
  - DTP (Diphtérie, Tétanos, Polio) et HEPATITE B  
Monument Sec : 3, avenue Paul Cézanne – AIX EN PROVENCE  
Sur rendez-vous - Tél. : 04.42.91.93.77

# INSTITUT DE FORMATION D'AIDES-SOIGNANTS

Groupement de Coopération Sanitaire du Pays d'Aix

Secrétariat : 04.88.71.20.70 - Fax : 04.88.71.20.74

## Annexe I

### CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), Docteur....., certifie avoir examiné ce jour :

M., Mme, Melle<sup>1</sup> .....

Né(e) le .....

Domicilié(e) à .....

.....

.....

et atteste :

☐ qu'il (elle) est à jour des vaccinations obligatoires pour tout étudiant infirmier ou élève aide-soignant conformément à l'article L.3111-4 du Code de la Santé Publique modifié par la loi 2017-2020 du 23 février 2017, Article 4 (Hépatite B – Diphtérie – Tétanos – Poliomyélite).

☐ qu'il (elle) est immunisé(e) contre l'hépatite B

**Fournir, dès la rentrée, une copie des résultats biologiques du taux d'anticorps Anti HbS**

☐ et qu'il (elle) ne présente pas de contre-indication au stage en secteur sanitaire et médico-social en regard de ses obligations vaccinales

#### A noter que :

- Les vaccinations contre la Rougeole, la Rubéole, la Tuberculose et la Coqueluche sont vivement recommandées.
- Le taux d'anticorps Anti HbS doit être  $\geq$  à 100 UI/l (Annexe I de l'arrêté du 2 Août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L. 3111-4 du Code de la Santé Publique modifié par la loi 2017-220 du 23 février 2017, Article 4, Code de la Santé Publique).

En verso : Algorithme pour le contrôle de l'immunisation des professionnels de santé.

Fait à ....., le .....

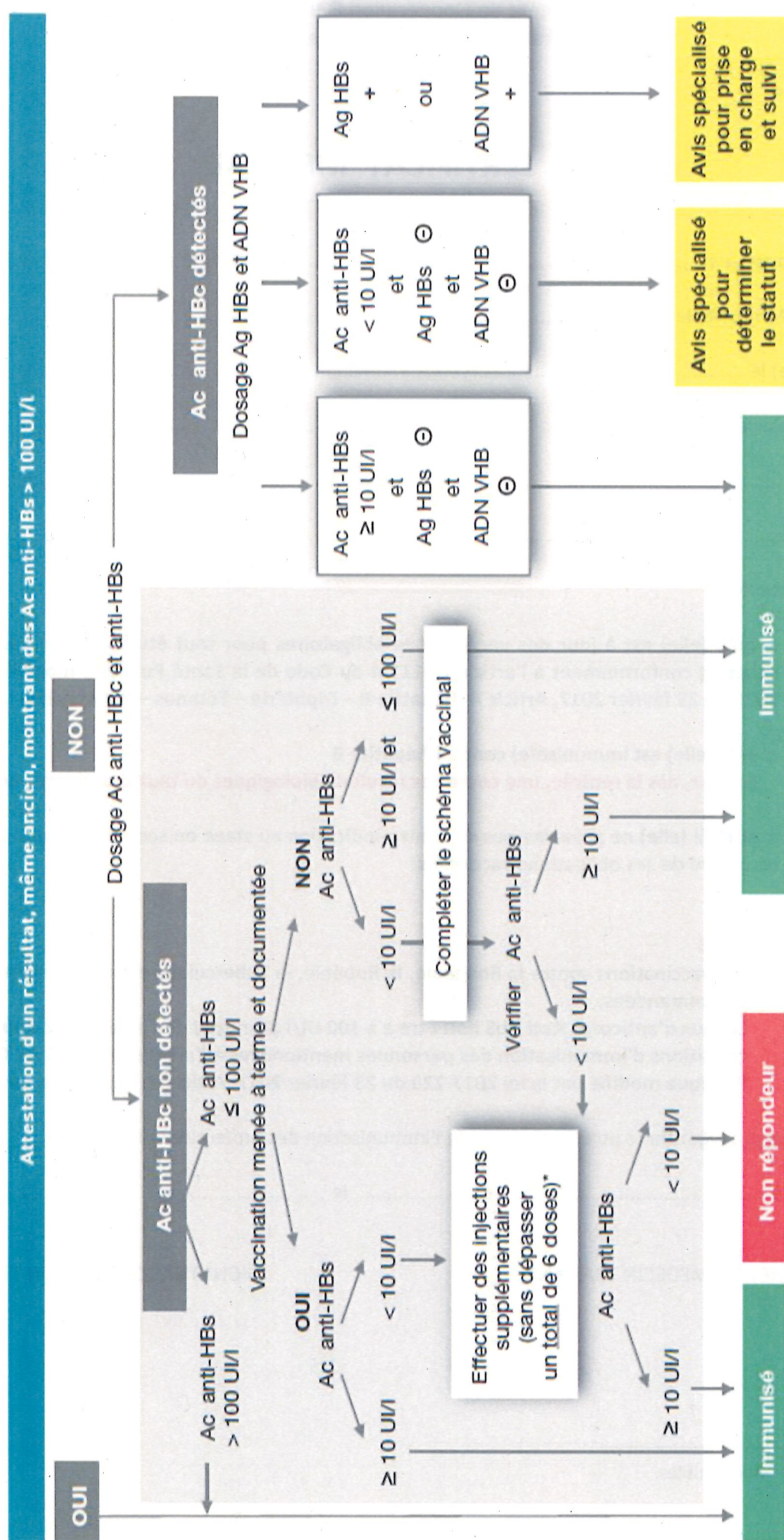
CACHET DU MEDECIN TRAITANT,

SIGNATURE DU MEDECIN TRAITANT,

<sup>1</sup> Rayer les mentions inutiles.



### 3.8 Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des professionnels de santé



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

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



**INSTITUT DE FORMATION D'AIDES-SOIGNANTS**  
Groupement de Coopération Sanitaire du Pays d'Aix  
Secrétariat : 04.88.71.20.70 - Fax : 04.88.71.20.74

**Annexe I bis**

**CERTIFICAT MEDICAL**

(Certificat établi par un **médecin agréé**)

Je soussigné(e), Dr ....., médecin agréé<sup>2</sup>, certifie avoir examiné ce jour :

M., Mme, Melle <sup>3</sup> .....

Né(e) le .....

Domicilié(e) à .....

.....

.....

Ainsi qu'avoir consulté son dossier médical et ses antécédents et atteste qu'il (elle) n'est atteint(e) d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession d'aide-soignant(e).

Fait à ....., le .....

CACHET DU MEDECIN AGREE,

SIGNATURE DU MEDECIN AGREE,

<sup>2</sup> La liste des médecins agréés est disponible sur le site de l'A.R.S. de votre région.

<sup>3</sup> Rayer les mentions inutiles.

### Annexe I ter - Fiche à faire remplir par le Médecin traitant

NOM de l'élève : ..... Nom d'usage : .....

Prénoms : ..... Date et lieu de naissance : .....

#### VACCINATIONS OBLIGATOIRES

<b>DTPolio</b>	Date de la 1 <sup>ère</sup> injection : .....	Lot n° : .....	
	Date de la 2 <sup>ème</sup> injection : .....	Lot n° : .....	
	Date de la 3 <sup>ème</sup> injection : .....	Lot n° : .....	
	Date des rappels	.....	Lot n° : .....
		.....	Lot n° : .....
<b>Hépatite B</b> <i>schéma vaccinal accéléré pour les personnes non vaccinées :</i> - Engérix B 20 : J0 J7 J21 Rappel à 1 an - Genhevac B : J0 J10 J21 Rappel à 1 an	Date de la 1 <sup>ère</sup> injection : .....	Lot n° : .....	
	Date de la 2 <sup>ème</sup> injection : .....	Lot n° : .....	
	Date de la 3 <sup>ème</sup> injection : .....	Lot n° : .....	
	Date du (des) rappel(s) : .....	Lot n° : .....	
<b>Sérologie complète hépatite B</b>	Date : .....	Taux Ac anti HbS : .....	
		Taux Ag anti HbS : .....	
		Taux Ac anti HbC : .....	

#### VACCINATIONS RECOMMANDEES – décret n°2019-149 du 27 février 2019

<b>BCG</b>	Date de vaccination : .....	Lot n° : .....
<b>Rougeole</b>	Date de la 1 <sup>ère</sup> injection : .....	Lot n° : .....
	Date de la 2 <sup>ème</sup> injection : .....	Lot n° : .....
<b>Rubéole</b>	Date de vaccination : .....	Lot n° : .....
<b>Coqueluche</b>	Date de la dernière vaccination : .....	Lot n° : .....
<b>Varicelle</b>	Date de la maladie : .....	

*Si pas de vaccination ou une seule dose de faite : fournir une sérologie rougeole pour les hommes et une sérologie rougeole et rubéole pour les femmes (rubéole pour les moins de 45 ans).*

Nom du Médecin : .....

Date : ..... Cachet et signature du Médecin : .....

#### **Vous devrez fournir à l'IFAS :**

- Photocopie du carnet de santé ou du carnet de vaccination
- Photocopie des résultats biologiques (**hépatite B, rougeole, rubéole, varicelle**)