

Oloron Sainte-Marie,
le 7 juillet 2025

OBJET : ADMISSION FORMATION IFAS - PROMOTION 2025/2026

Madame, Monsieur,

Vous avez été admis à la formation d'aide-soignant de l'IFAS d'Oloron Sainte-Marie.

Nous vous prions de trouver ci-joint le dossier d'admission. En page 2, le sommaire des pièces à fournir.

Les documents sont à nous adresser **au plus tard le 6 août 2025** soit, par :

-  **VOIE POSTALE** (cachet de la Poste faisant foi)
-  **à l'ACCUEIL de l'IFAS** (du lundi au jeudi)
-  **à l'ACCUEIL du Centre Hospitalier d'Oloron**

Adresse d'envoi ou de dépôt des documents :

IFAS CENTRE HOSPITALIER Avenue Fleming BP 160 64404 OLORON SAINTE MARIE CEDEX

Si la direction de l'IFAS constate l'usage de fausse déclaration, l'admission sera annulée.

Tout dossier non renvoyé dans les délais ou incomplet compromettra l'entrée en formation.

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

La Directrice de l'IFAS



Céline CAPBERN

N.B.: Pré-rentrée obligatoire : le vendredi 22 août 2025 à 8h45

Rentrée : le lundi 25 août 2025 à 8h45

CONSTITUTION DE VOTRE DOSSIER

PIÈCES A FOURNIR

DOSSIER 1 – Médical

- ☐ Fiche médicale à valider par un médecin – Annexe 1 – A compléter
- ☐ Certificat d'aptitude pour l'entrée à l'IFAS à faire compléter par un **médecin agréé ARS** (Pièce jointe) - Annexe 2 – A compléter

DOSSIER 2 – Administratif

- ☐ Fiches administratives (3 pages) – A compléter
- ☐ Fiches de situation (2 pages) – A compléter + justificatifs selon situation
- ☐ Autorisation de Droit à l'image – A compléter
- ☐ Fiche de renseignements relatifs à la mise en stage – A compléter
- ☐ Fiche de renseignements - Remboursement des frais kilométriques en stage – A compléter
- ☐ Pour les personnes mineures autorisation parentale obligatoire – A compléter
- ☐ Une attestation récente d'affiliation de votre centre de couverture sociale (ex : CPAM, MSA,...)
- ☐ Une attestation d'assurance concernant la responsabilité professionnelle en stage : souscription possible auprès de la MACSF, GMF. Obligatoire à l'entrée
- ☐ Photocopie du ou des diplômes

DOSSIER 3 – Frais de scolarité

DOSSIER 4 – Bourses

DOSSIER 5 – Elève en situation de handicap

DOSSIER 6 – Diplôme étranger

DOSSIER 7 – Tenue professionnelle

DOSSIER 1 - Médical

Coller cette feuille sur une enveloppe A4 fermée

DOSSIER MÉDICAL CONFIDENTIEL

A METTRE DANS UNE ENVELOPPE A4 ET LA FERMER
A RETOURNER COMPLET AVEC LE RESTE DES DOSSIERS

NOM : Mme/M.

PRÉNOM :

CONSTITUTION DE VOTRE DOSSIER

PIECES A FOURNIR :

- ☐ Fiche médicale « Inscription des étudiants en santé » - Annexe 1
- ☐ Certificat d'aptitude pour l'entrée à l'IFAS - Annexe 2
- ☐ Copie du carnet de santé (relevé des vaccinations)
- ☐ Attestation des sérologies
(Hépatite, Rougeole-Oreillons-Rubéole, Varicelle)

Toutes vos vaccinations doivent être à jour, AU PLUS TARD, le 30 septembre 2025.

L'admission en stage (le 6 octobre 2025) est subordonnée à ces conditions vaccinales. Vous devez donc les engager si nécessaire dès la demande d'inscription à l'IFAS, notamment la vaccination contre l'Hépatite B.

Les étudiants n'étant pas à jour de leurs vaccinations fin septembre ne seront pas admis en stage. Ils réaliseront celui-ci durant l'été 2026.



Filière universitaire : ☐ Médecine ☐ Odontologie ☐ Pharmacie ☐ Sage-femme ou Institut de formation :	NOM : Prénom : Tél. : Département de naissance : Code postal résidence :	NOM de naissance : Date de naissance : / / Email : Commune de naissance ou pays si né(e) à l'étranger :
---	---	---

Avant votre entrée en formation, vous devez apporter la preuve que vous êtes vacciné(e) contre différentes maladies. Si vous n'êtes pas à jour des vaccinations obligatoires, vous ne serez pas autorisé(e) à aller en stage. Les tableaux suivants devront être complétés par un médecin. Cette fiche devra être communiquée, avec les résultats** sérologiques réalisés (au minimum anticorps anti-HBs et anticorps anti-HBc), en même temps que votre dossier d'inscription selon les modalités décrites par l'établissement.

Diphtérie-Tétanos-Polio (dTP)* / Diphtérie-Tétanos-Polio-Coqueluche (dTPCa)

Faire un rappel dTPCa si un vaccin coquelucheux n'a pas été administré dans les 5 dernières années.
Puis rappels dTPCa à âge fixe (25, 45 et 65 ans).

Dernier rappel dTP

Date : / /

Nom :

Dernier rappel dTPCa

Date : / /

Nom :

Hépatite B*

Conditions d'immunisation valides :

Ac anti-HBs > 100 UI/l (quels que soient l'historique vaccinal et l'ancienneté des résultats)

Ac anti-HBs ≥ 10 UI/l et Ac anti-HBc négatif et schéma vaccinal complet

Autres situations : cf. Mémo « Professionnel de santé en charge des vaccinations des étudiants en santé »

Schémas complets valides :

- 3 doses (2 doses à au moins 1 mois d'intervalle, 3e dose au moins 5 mois après la 2e)
- Schéma accéléré (adultes) : 3 doses en 21 jours puis rappel à 1 an
- Schéma administré dans l'adolescence (entre 11 et 15 ans) : 2 doses espacées de 6 mois d'un vaccin dosé à 20 µg



Joindre résultats de sérologie et indiquer les dates de vaccination (quels que soient les résultats de sérologie) :**

- Première dose => Date : ... / ... / ... Nom :

- Deuxième dose => Date : ... / ... / ... Nom :

- Troisième dose => Date : ... / ... / ... Nom :

- Injections supplémentaires :

Date : ... / ... / ... Nom :

Date : ... / ... / ... Nom :

Date : ... / ... / ... Nom :

Rougeole Oreillons Rubéole (ROR)

Personnes nées depuis 1980 : 2 doses recommandées, à 1 mois d'intervalle quels que soient les antécédents pour ces 3 maladies (ou 3 doses si 1^{ère} dose de vaccin reçue avant l'âge de 12 mois)

Personnes nées avant 1980 : 1 dose si pas d'antécédent rougeole ou doute (sans contrôle sérologie préalable).

Personnes nées depuis 1980

Première dose : Date : ... / ... / Nom :

Deuxième dose : Date : ... / ... / Nom :

Personnes nées avant 1980

Antécédent rougeole : Oui / Non

Si Non : Date vaccination : ... / ... / Nom :

Varicelle

Vaccination avec 2 doses en absence d'antécédent varicelle (ou doute) et sérologie négative

Antécédent varicelle : Oui / Non

Si Non :

Sérologie positive : Joindre le résultat**

Sérologie négative : dates des vaccinations :

Première dose : Date : ... / ... / Nom :

Deuxième dose : Date : ... / ... / Nom :



Infections invasives à méningocoques (IIM) ACWY et B

ACWY : 1 dose recommandée entre 11 et 14 ans avec un rattrapage jusqu'à 24 ans inclus en population générale

B : 2 doses entre 15 et 24 ans en population générale

Date vaccination Men ACWY : / / Nom :

Première dose Men B : / / Nom :

Deuxième dose Men B : / / Nom :

Tuberculose

Vaccination : non obligatoire depuis le 1er avril 2019

IDR (Intra Dermo Réaction) : Il n'est pas obligatoire de disposer d'un résultat d'IDR.

Toutefois, le médecin pourra proposer à l'étudiant, en l'absence d'examen de référence, de réaliser ce test (ou une IGRA, préférentielle chez les sujets vaccinés par le BCG) car le résultat peut servir de référence en cas de contagion ultérieure et de détection d'ITL, particulièrement chez les étudiants originaires de zones d'endémie ou de forte circulation et étant en France depuis moins de 5 ans. À noter, la réalisation d'IDR est à éviter dans le mois suivant une vaccination ROR.

Si existence d'un résultat d'IDR connu, même ancien, et mesuré en mm, celui-ci doit être indiqué avec la date de réalisation.

Si informations disponibles, indiquer :

Date de la vaccination :

Date dernière IDR et résultat (en mm) :

Date IGRA de référence et résultat :

* Vaccination obligatoire

** Preuves d'immunisation jointes sous pli confidentiel

Je, soussigné(e) Dr certifie que les renseignements inscrits ci-dessus sont exacts.

Fait le : / /

Signature et cachet du praticien :

Annexe 2

CERTIFICAT D'APTITUDE POUR L'ENTRÉE À L'IFAS

(À remplir par le médecin agréé ARS¹)

ÉLÈVE AIDE-SOIGNANT

Je soussigné(e) Docteur :

certifie avoir examiné ce jour,

Mme/M. (Nom et Prénom) :

J'atteste :

- Que cet(te) élève n'est atteint d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession d'aide-soignant à laquelle il/elle se destine.

A

Le

Signature et cachet du médecin

¹ Nouvelle Aquitaine : <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/medecins-agrees-11>

Occitanie : <https://www.occitanie.ars.sante.fr/medecins-agrees-13>

FICHE ADMINISTRATIVE (suite)

ÉCRIRE EN LETTRES MAJUSCULES

NOM ET COORDONNÉES DE LA PERSONNE A PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE (OBLIGATOIRE)

SI AGENT DE LA FONCTION PUBLIQUE :

INDIQUER VOTRE STATUT : Titulaire ☐ Stagiaire ☐ Contractuel ☐ (Cocher la case correspondante)

EMPLOYEUR : _____

ADRESSE : _____

AUTORISATION DE PARUTION DES RÉSULTATS

(OBLIGATOIRE)

Je soussigné(e),

NOM : Mme/M. _____

PRÉNOM : _____

- ☐ Autorise la parution de mon nom suite à la proclamation des résultats au diplôme aide-soignant
- ☐ N'autorise pas la parution de mon nom suite à la proclamation des résultats au diplôme aide-soignant

DATE :

SIGNATURE :

FICHE ADMINISTRATIVE (suite)

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| - Avez-vous une notification MDPH ? _____ | ☐ OUI | ☐ NON |
| - Avez-vous une allocation AAH ? _____ | ☐ OUI | ☐ NON |
| - Avez-vous une RQTH ? _____ | ☐ OUI | ☐ NON |
| - Percevez-vous une pension d'invalidité ? _____ | ☐ OUI | ☐ NON |
| - Etes-vous un ancien militaire / sapeur-pompier ? _____ | ☐ OUI | ☐ NON |
| - Rente dans le cadre d'un accident de travail ou maladie professionnelle ____ | ☐ OUI | ☐ NON |

ETES-VOUS PORTEUR D'UNE/DES PROBLEMATIQUES SUIVANTES ?

- | | | |
|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| - Moteur _____ | ☐ OUI | ☐ NON |
| - Auditif _____ | ☐ OUI | ☐ NON |
| - Visuel _____ | ☐ OUI | ☐ NON |
| - Dys _____ | ☐ OUI | ☐ NON |
| - Psychique _____ | ☐ OUI | ☐ NON |
| - Maladie invalidante _____ | ☐ OUI | ☐ NON |

Si vous avez répondu OUI à l'item précédent, de quels aménagements de formation avez-vous bénéficié dans le passé ?

AUTORISATION

Je soussigné(e),

NOM : Mme/M. _____

PRÉNOM : _____

- ☐ Autorise la diffusion de ces informations à l'équipe pédagogique et au référent handicap.
- ☐ N'autorise pas la diffusion de ces informations à l'équipe pédagogique et au référent handicap.

DATE :

SIGNATURE :

FICHE DE SITUATION

DEMANDEUR D'EMPLOI :

NOM : Mme/M. _____

PRÉNOM : _____

Numéro Identifiant : _____

☐ Indemnisé(e)

☐ Non indemnisé(e)

En recherche d'emploi, depuis quelle date ?

Activités antérieures :

☐ Activité salariée exercée pendant une durée inférieure à 6 mois

☐ Activité salariée justifiée de 910 h sur 12 mois ou de 1 820 h sur 24 mois

☐ Stage en cours d'une durée supérieure à un an et activité professionnelle exercée durant 3 ans ou plus

☐ Ancien agent du secteur public avec une activité salariée exercée pendant 6 mois ou 910 heures au cours d'une période de 12 mois ou pendant 12 mois ou 1 820 heures au cours d'une période de 24 mois

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus.

DATE :

SIGNATURE :

Veuillez-vous rapprocher de FRANCE TRAVAIL de votre domicile le plus rapidement possible afin d'étudier vos possibilités de rémunération.

Si FINANCEMENT RÉGION : L'entrée en formation est assujettie à un détachement de tout contrat de travail.

FICHE DE SITUATION (suite)

Si vous n'êtes pas demandeur d'emploi :

POSITION STATUTAIRE DURANT LA FORMATION (Cocher la case correspondante)

NOM : Mme/M. _____

PRÉNOM : _____

☐ Poursuite de scolarité (Joindre certificat de scolarité de l'année 2024-2025)

☐ Salarié(e) - Contrat de travail (Joindre attestation employeur)

Type d'emploi occupé : _____

Employeur (NOM et adresse) : _____

Prise en charge de la formation au jour de la rentrée (Transitions Pro, CIF...) :

☐ Intérim, depuis quelle date ?

Type d'emploi occupé : _____

(Joindre attestation employeur)

☐ Démission pour intégrer la formation (Joindre justificatif)

☐ Autre : A préciser _____ (Joindre justificatif)

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus.

DATE :

SIGNATURE :

AUTORISATION DE DROIT À L'IMAGE

Je soussigné(e),

NOM : Mme/M. _____

PRÉNOM : _____

- ☐ Autorise, à titre gratuit l'IFAS d'Oloron Sainte-Marie, ses partenaires et prestataires,
- ☐ La captation et la diffusion de photographies ou de vidéos me représentant pour un usage interne (journal du service, diaporama, exposition...)
 - ☐ La captation et la diffusion de photographies ou de vidéos me représentant pour un usage externe (presse locale, réseaux sociaux, site web...)
- ☐ N'autorise pas La captation et la diffusion de photographies me représentant

Mon image prise sera utilisée dans le cadre de ma formation pour promouvoir l'IFAS et ses activités (projet pédagogique, rapport d'activité, site web et réseaux sociaux de l'IFAS...)

Je peux me rétracter à tout moment, sur simple demande écrite à la directrice de l'IFAS.

Je m'engage à ne pas tenir responsable la personne ou les structures précitées ainsi que ses représentants et toute personne agissant avec sa permission pour ce qui relève de la possibilité d'un changement de cadrage, de couleur et de densité qui pourrait survenir lors de la reproduction.

La présente autorisation est personnelle et incessible et ne s'applique qu'aux supports émis par l'IFAS, ses partenaires et prestataires.

Je déclare avoir 18 ans ou plus et être compétent(e) à signer ce formulaire en mon propre nom.

J'ai lu et compris toutes les implications de cette autorisation.

DATE :

SIGNATURE :

FICHE DE RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA MISE EN STAGE

Document interne à remplir de façon précise et lisible. Il peut être actualisé par l'élève autant que nécessaire.

NOM : Mme/M. _____

PRÉNOM : _____

Promotion : **FORMATION AIDE-SOIGNANTE 2025/2026**

Adresse personnelle durant vos études (si en cours de recherche, le stipuler) :

Autres possibilités d'hébergement : (4 adresses complètes maximum, en précisant la ville à proximité pour petites localités)

Ces adresses peuvent donner la possibilité d'envisager des stages extérieurs (avec accord de l'équipe pédagogique), et/ou limiter les frais de déplacement et d'hébergement.

PERMIS DE CONDUIRE (cocher) : ☐ OUI ☐ NON

☐ EN COURS

Période d'obtention prévue : _____

(Une confirmation est attendue par le secrétariat dès l'obtention du permis et du véhicule)

MOYEN DE TRANSPORT :

☐ Voiture ☐ Scooter ☐ Moto ☐ Vélo ☐ Transport en commun

FICHE DE RENSEIGNEMENTS - REMBOURSEMENT DES FRAIS KM EN STAGE

(selon modalités établies)

A renseigner **SAUF** pour les élèves **FINANCÉS** par un **EMPLOYEUR** ou en **APPRENTISSAGE**

Pièces à joindre obligatoirement

- Relevé d'identité bancaire à votre nom
- Photocopie Permis de conduire
- Photocopie Carte grise
- Photocopie Assurance de votre véhicule ou échéancier (doivent figurer date de début et date de fin)

NOM DE NAISSANCE : Mme/M. _____	
NOM D'USAGE : _____	
PRÉNOM : _____	
ADRESSE : _____	

VILLE : _____	CODE POSTAL : _____
MAIL (en majuscule) : _____ @ _____	
VEHICULE : _____	PUISSANCE : _____ CV

Aucun paiement si le dossier n'est pas complet, tout changement d'adresse, de banque, de véhicule ou d'état civil devra nous être signalé impérativement.

DATE :

SIGNATURE :

RIB A COLLER ICI

AUTORISATION DU REPRÉSENTANT LÉGAL SUR ENFANT MINEUR

UNIQUEMENT pour le candidat mineur

Je soussigné.e Mme/M. _____

demeurant : _____

et agissant en qualité de représentant légal, autorise

☐ ma fille

☐ mon fils

NOM / Prénom : _____

qui demeure à la même adresse, ou demeurant :

à entrer en formation d'aide-soignant pour l'année 2024-2025 à l'Institut de Formation Aide-Soignant d'Oloron Sainte-Marie.

Je certifie avoir l'autorité parentale sur ce mineur,

DATE :

SIGNATURE :

DOSSIER 3 - Frais de scolarité

FRAIS DE SCOLARITÉ



En cas de désistement aucun frais engagé ne sera remboursé

UN CHEQUE DE 100 € à l'ordre de : Trésor Public

☒ Frais de traitement dossier et d'intégration (obligatoire) : 100 €

DOSSIER 4 - Bourses

BOURSES



IL VOUS APPARTIENT DE RÉALISER VOUS-MÊME LES DÉMARCHES

- ☐ Constitution de votre dossier, en ligne sur le site de la Région Nouvelle-Aquitaine : boursesanitairesociale.fr

ou à partir du lien suivant :

<https://les-aides.nouvelle-aquitaine.fr/amenagement-du-territoire/bourses-etudes-sur-criteres-sociaux-etudiants-en-formationen-sociales-paramedicales-et-de-sante>

Contacts

Service relation aux usagers

Du lundi au vendredi de 9h à 18h sans interruption

Tel : 05.49.38.49.38

- ☐ Inscription à compter de juin 2025 (dates sur le site : Région Nouvelle-Aquitaine)
- ☐ Fiche explicative (à télécharger dès mise en ligne par la Région)

DOSSIER 5 - Elève en situation de handicap

ÉLÈVE EN SITUATION DE HANDICAP

NOM : Mme/M. _____ PRÉNOM : _____

Si vous êtes en situation de handicap, devez-vous bénéficier d'un accompagnement particulier ?

☐ OUI ☐ NON

Si oui,

☐ Je sollicite un aménagement

Le candidat doit faire la demande d'aménagements auprès d'un médecin agréé en matière de handicap de l'ARS Nouvelle-Aquitaine (cf. liste sur site internet : www.ch-oloron.fr / logo IFAS / onglet : Qui sommes-nous ?)

Afin de permettre au médecin agréé ARS en matière de handicap de disposer d'une évaluation précise et actualisée de la nature et de la sévérité du handicap présenté, l'élève doit impérativement joindre tous les éléments permettant d'objectiver les difficultés : courriers médicaux, bilans récents (orthophonie, psychomotricité, ergothérapie, neuropsychologie, kinésithérapie), ainsi que les modalités d'évaluation et sa durée afin d'adapter l'aménagement avec les difficultés objectivées.

Pour chaque évaluation, les aménagements d'épreuves sont décidés par les responsables de l'IFAS, après avis du médecin agréé.

☐ Je vais solliciter une Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé auprès de la MDPH

Accessibilité aux personnes en situation de handicap

Conformément à la réglementation (Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées / Articles D. 5211-1 et suivants du code du travail), l'institut peut proposer des aménagements (technique, organisationnel et/ou pédagogique) pour répondre aux besoins particuliers de personnes en situation de handicap. Le cas échéant, l'organisme de formation mobilise des compétences externes (Centre de Ressources Formation Handicap Nouvelle-Aquitaine...) et les dispositifs ad-hoc (Accea, Epatch...) pour la recherche de solutions permettant l'accès aux formations.

NB : Vous pouvez, si vous le souhaitez, être mis en contact avec la formatrice « Référente Handicap » de l'IFAS.

DOSSIER 6 - Diplôme étranger

POUR LES DIPLÔMES ÉTRANGERS

A RETOURNER COMPLET PAR COURRIER AU SECRÉTARIAT DE L'I.F.A.S.

NOM : Mme/M. _____

PRÉNOM : _____

PRÉ-REQUIS À L'ADMISSION

- ☐ Copie de la carte d'identité ou titre de séjour en cours de validité
- ☐ Parler, écrire et comprendre le Français
- ☐ Attestation de niveau de langue B2
- ☐ Le cas échéant : copie des diplômes étrangers avec traduction faite par un traducteur agréé auprès des tribunaux français et une attestation de comparabilité d'études (ancienne attestation de niveau) de ce diplôme, délivrée par le Centre ENIC-NARIC

DOSSIER 7 - Tenue Professionnelle

Vous devez vous procurer pour la rentrée, 2 tenues professionnelles de couleur blanche (tunique + pantalon) pour les cours de travaux pratiques.

Prévoir un cadenas pour fermer le casier qui sera mis à votre disposition.