

Année Scolaire 2024-2025

La rentrée est fixée au Lundi 26 Août 2024 à 9h00

ATTENTION !

Toutes les pièces demandées dans ce dossier devront parvenir
au secrétariat de l'IFSI/IFAS du Chalonnais,
au plus tard le vendredi 26 juillet 2024

L'admission définitive à l'IFSI-IFAS est subordonnée à la réception,
avant le 26 Août 2024 (jour de la rentrée),
du certificat médical établi **OBLIGATOIREMENT** par un médecin agréé

**A défaut de réception de tous les documents demandés dans les délais requis,
vous serez considéré(e) comme ayant renoncé à votre place, qui sera alors
attribuée à un autre candidat.**

SOMMAIRE

- Dispositions financières Pages 3-4
- Tenues professionnelles Page 5
- Hébergement et restauration Page 5
- Protection sociale et assurances Page 5
- Dispositions matérielles Page 5
- Dossier médical Page 6
- Report de scolarité Page 7
- Modalités de financement de la formation aide-soignante par le Conseil Régional et France Travail Pages 8 à 10
- Fiche administrative 2024/2025 à renseigner Pages 11 à 13
- Fiche individuelle de renseignements, à destination des responsables de la gestion des stages Page 14
- Attestation CNIL Page 15
- L'autorisation de diffusion d'image, de propos ou de documents Page 16
- L'engagement des ESI et EAS pour se rendre sur les terrains de stage Page 17
- Tableau récapitulatif des pièces à fournir Pages 18 à 19

A NOTER

Les documents envoyés par mail doivent être scannés individuellement, en format PDF.
Ne pas les envoyer en format photo !

DISPOSITIONS FINANCIERES

1/ Frais de formation

Le coût pédagogique de la formation pour l'année 2024-2025 est fixé à **8 200 euros**.

Le financement des frais de formation est effectué par l'élève lui-même, par les organismes (Conseil Régional, Pôle Emploi) ou par l'employeur dans le cadre de la promotion professionnelle, selon la situation de l'élève concerné(e).

Les élèves pris en charge financièrement par France Travail ou le Conseil Régional de Bourgogne Franche-Comté, et les élèves en formation continue doivent s'acquitter de la somme de : **184 euros de frais d'inscription**.

Seuls les élèves financés par leur employeur (promotion professionnelle) et les élèves en apprentissage ne sont pas concernés.

2/Demandeur d'emploi :

Il vous appartient d'effectuer vous-même les démarches nécessaires, avant d'entrer en formation, auprès des organismes compétents (France Travail, Mission Locale (personnes de moins de 26 ans), ...)

Les élèves demandeurs d'emploi doivent **s'inscrire à France Travail dès les mois de juillet ou août** qui précèdent la rentrée, afin de planifier leur premier rendez-vous avec un conseiller de France Travail en dehors des heures de cours.

Pour les élèves qui seront appelés en août pour intégrer l'IFAS le 26/08/2024, et qui s'inscriront à ce moment-là à France Travail, ils doivent planifier leur premier rendez-vous avec un conseiller de France Travail en fin de matinée dans la première semaine de cours.

La Directrice de l'IFSI-IFAS autorisera uniquement une absence pour un rendez-vous fixé entre le 26/08/2024 et le 02/09/2024, en fin de matinée, et sur justificatif, avec un conseiller.

3/ Bourses

Le site pour déposer les demandes de bourses sanitaires et sociales pour l'année scolaire 2024/2025 est ouvert. :
<https://www.bourgognefranche-comte.fr/demande-de-bourse-sanitaire-et-sociale>

Les demandes sont à faire **avant le 11 octobre 2024**.

Le dossier de demande de bourse est à **transmettre directement à la Région par l'élève** à l'adresse postale suivante :

Région Bourgogne Franche-Comté
Direction information métiers, formations sanitaires et sociales, apprentissage
4 Square Castan – CS 51857
25031 BESANCON CEDEX

Vous trouverez ci-dessous la fiche explicative :

BOURSES SANITAIRES ET SOCIALES RENTRÉE 2024-2025

DURÉE

La période de dépôt des demandes de bourses est ouverte à partir du 11 avril jusqu'au 11 octobre 2024

BÉNÉFICIAIRES



Tout étudiant en formation initiale inscrit dans un institut de Bourgogne Franche-Comté afin de suivre une formation en parcours complet et partiel pour les formations aide-soignant et auxiliaire de puériculture (titulaires BAC PRO SAPAT/ASSP) ci-dessous :

- aide-soignant, auxiliaire de puériculture (également en parcours partiel pour les titulaires d'un BAC PRO SAPAT/ASSP)
- infirmier(e), infirmière puéricultrice, infirmière bloc opéatoire (IFPS Besançon pour 5 places en formation initiale financées par la Région), masseur kinésithérapeute, sage-femme, ergothérapeute (IPMR Nevers), psychomotricien (IPMR Nevers)
- moniteur éducateur, technicien de l'intervention sociale et familiale
- assistant de service social, conseiller en économie sociale et familiale, éducateur de jeunes enfants, éducateur spécialisé, éducateur technique spécialisé.

Les préparations aux sélections d'entrée, les formations suivies par les demandeurs d'emploi, salariés et fonctionnaires ainsi que les parcours partiels n'ouvrent pas droit aux bourses

MONTANT DE LA BOURSE

La bourse est attribuée sur critères sociaux.

Son montant est calculé en fonction des ressources de l'étudiant ou de sa famille figurant sur l'avis d'imposition de l'année 2023 portant sur les revenus de l'année 2022 (revenu brut global) et des charges de l'étudiant ou de sa famille (points de charge).



La procédure de demande de bourse, effectuée par les étudiants, est dématérialisée :

<https://www.bourgognefranchecomte.fr/demande-de-bourse-sanitaire-et-sociale>

MODALITÉS DE GESTION

Les pièces justificatives seront à envoyer au Conseil régional par courrier postal exclusivement

MODALITÉS DE VERSEMENT

La bourse sera versée en 10 mensualités.
De septembre 2024 à juin 2025
(première quinzaine de chaque mois)

CONTACT RÉGION

FORMATIONSANITAIRESOCIALE@BOURGOGNEFRANCHECOMTE.FR
03.81.61.61.61

TENUES PROFESSIONNELLES

Une information sera faite à la rentrée.

HEBERGEMENT ET RESTAURATION

1/ HEBERGEMENT

L'IFSI-IFAS ne possède pas d'internat ; il est possible de trouver un logement en ville en établissant une demande auprès des organismes concernés.

Pour information.

- Résidence Chalon Jeunes..... ☎ 03 85 46 44 90
- Résidence St Cosme ☎ 03 85 48 41 32
- Point Information Jeunesse ☎ 03 85 48 05 12
- Centre Communal d'Action Sociale ☎ 03 85 93 85 00

2/ C.R.O.U.S + RESTAURATION

(Centre Régional des Œuvres Universitaires et Scolaires)

Grâce au C.R.O.U.S., vous pouvez bénéficier du tarif étudiant afin de manger au self du Centre Hospitalier William Morey de Chalon-sur-Saône [3,30€/repas en 2024].

Vous avez également accès au self du Lycée Niepce (tarif lycée [4,85€/repas en 2024]), sur inscription

Des informations complémentaires vous seront **transmises à la rentrée**.

Aucun renseignement ne sera donné par téléphone concernant les repas et les logements : voir les informations ci-dessus pour la restauration et la rubrique « Vie étudiante » de notre site internet pour des annonces de logements.

PROTECTION SOCIALE ET ASSURANCES

Les élèves doivent être en règle avec les dispositions de l'assurance maladie.

Le Centre Hospitalier prend en charge les élèves dans le cadre de la responsabilité civile, uniquement en stage. Les véhicules personnels utilisés à des fins professionnelles ne sont pas assurés par l'établissement.

Les élèves doivent vérifier auprès de leur assureur s'ils sont couverts pour se rendre aux activités dans le cadre de leur formation (trajet aller / retour en stage) et pour d'éventuels déplacements au cours de la formation.

DISPOSITIONS MATÉRIELLES

- Les terrains de stage s'étendent dans un rayon de 50 kms autour de Chalon-sur-Saône. Un moyen de transport est donc indispensable.
- Un ordinateur personnel et une connexion à distance sont également nécessaires (possibilité de cours et d'évaluations à distance).



L'admission définitive à l'IFSI-IFAS est subordonnée à la réception, au plus tard le 26 Août 2024 (jour de la rentrée), du dossier médical complet, comprenant :

- ✓ **Un certificat médical établi par un médecin agréé OBLIGATOIREMENT** (liste disponible sur le site de l'ARS : <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/medecins-agrees-12>) attestant que « votre état de santé est compatible avec l'exercice de la profession d'infirmier ou d'aide-soignant ». **Aucun certificat médical établi par un médecin non agréé ne sera accepté.**

A envoyer par mail avant le 26.08.24

- ✓ **Une attestation médicale de vaccinations contre la diphtérie, le téтанos et la poliomyélite** (vaccins obligatoires).
- ✓ **Les photocopies de toutes les pages de vaccinations du carnet de santé.**
- ✓ **Une preuve d'immunisation contre l'HÉPATITE B :** fournir la preuve d'une vaccination contre l'hépatite B (photocopie du carnet de vaccination) **ainsi qu'une sérologie VHB** (présence d'Ac anti-HbS attestant d'une immunisation).
(OBLIGATOIRE pour participer aux stages et poursuivre la formation conformément à l'arrêté du 02/08/2013, pris en application de l'article L-3111-4 du Code de la Santé Publique).

Concernant les vaccinations obligatoires et contre l'hépatite B, aucune dérogation n'est possible à l'obligation vaccinale pour les étudiants/élèves souhaitant s'engager dans des formations médicales, pharmaceutiques et paramédicales.

Les vaccinations suivantes sont par ailleurs recommandées, mais non obligatoires :

- | | | |
|----------------------------------|--------------------------------|--|
| <input type="radio"/> BCG | <input type="radio"/> Rubéole | <input type="radio"/> Grippe saisonnière |
| <input type="radio"/> Coqueluche | <input type="radio"/> Rougeole | <input type="radio"/> Oreillons |
| <input type="radio"/> COVID | | |

Pour information : l'obligation vaccinale contre la COVID-19 a été suspendue par le décret n°2023-368 pour les professionnels et étudiants. Toutefois, cette obligation peut être réactivée à tout moment, selon la situation sanitaire.

Tout dossier médical incomplet, le 26/08/2024, jour de la rentrée, remettra en cause la scolarité de l'élève.

Une visite médicale obligatoire aura lieu, après la rentrée scolaire, auprès d'un Médecin rattaché à l'IFSI-IFAS.

[Obligation d'apporter, le jour de la visite médicale, votre carnet de santé]

Le dossier médical complet doit être apporté dans une enveloppe fermée en indiquant dessus :

DOSSIER MEDICAL avec vos :

NOM Prénom – Date de naissance – Adresse - Téléphone

REPORT DE SCOLARITE

Les résultats des épreuves de sélection **ne sont valables que pour la rentrée du 26/08/2024.**

Toutefois, **une dérogation de droit** est accordée par le Directeur de l'I.F.A.S., qui autorise un **report d'admission d'un an (maximum), non renouvelable**, dans les cas suivants :

- ⇒ Congé de maternité ;
- ⇒ Rejet du bénéfice de la promotion professionnelle ou sociale ;
- ⇒ Rejet d'une demande de congé formation ;
- ⇒ Rejet d'une demande de mise en disponibilité ou pour la garde d'un enfant de moins de quatre ans.

En outre, en cas de maladie, d'accident, ou si le candidat apporte la preuve de tout autre événement **grave** lui interdisant d'entreprendre ses études au titre de l'année en cours, un report peut être accordé par le Directeur de l'I.F.A.S.

Le report est valable uniquement pour l'Institut dans lequel le candidat a été précédemment admis.

*Modalités de financement des formations d'aide-soignant,
d'auxiliaire de puériculture, d'ambulancier, d'accompagnant éducatif et social*

	Ma situation avant l'entrée en formation	Financement du coût de formation
Je suis en formation initiale (sans rupture de scolarité) <u>avant</u> la formation (hors formation AES)	<ul style="list-style-type: none"> - je suis scolarisé - je suis une préparation au concours après mes études et avant l'entrée à l'école 	<ul style="list-style-type: none"> - Prise en charge par le Conseil régional du coût de la formation si respect du cursus en fonction de son diplôme - Frais d'inscription à la charge de l'apprenant (en parcours complet et partiel) à hauteur de 184€ - Possibilité de déposer une demande de bourse pour les parcours complets et parcours partiel (Bac pro SAPAT et ASSP)
Je suis demandeur d'emploi inscrit à France Travail	<p>Pour les parcours complets :</p> <ul style="list-style-type: none"> - je suis inscrit à France Travail au plus tard la veille de l'entrée en formation toutes catégories confondues - je ne suis pas titulaire d'une qualification professionnelle dans les 2 ans précédent l'entrée en formation sauf CAP Petite enfance - je n'ai pas obtenu un diplôme paramédical et/ou relevant du secteur social - je ne suis pas démissionnaire d'un CDI à temps plein ou partiel dans les 4 mois précédent l'entrée en formation - je ne suis pas en congé parental <p>Pour les parcours partiels :</p> <ul style="list-style-type: none"> - je suis titulaire d'un BAC PRO SAPAT ou ASSP et CAP AEPE pour les AP + critères ci-dessus (hors formation AES) - Pour les parcours "passerelles" : je suis titulaire d'un des diplômes suivants : auxiliaire de puériculture, aide-soignant, ambulancier, assistant de vie aux familles, accompagnant éducatif et social (AMP et DEAVS), assistant de régulation médicale, agent de service medico-social 	<ul style="list-style-type: none"> - Prise en charge par le Conseil régional du coût de la formation pour les parcours complets et partiels issus des bacs pro SAPAT/ASSP et CAP AEPE pour les AP <p>ATTENTION ! Les titulaires d'un BAC PRO SAPAT/ASSP et CAP AEPE pour les AP ne seront pas pris en charge sur un parcours complet</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prise en charge des formations AES par le Conseil régional dans le cadre de l'appel à projets - Frais d'inscription à la charge de l'apprenant (en parcours complet et partiel) à hauteur de 184€ - Impossibilité de déposer une demande de bourse <p><i>Formulaire de demande de prise à charge à retirer auprès des écoles ou sur le site internet du conseil régional</i></p>
Je suis sans emploi	<ul style="list-style-type: none"> - je ne suis pas inscrit à France Travail 	<p>Pas de prise en charge : auto-financement possible</p>
Je suis salarié	<ul style="list-style-type: none"> - je travaille dans un établissement public - je travaille dans un établissement privé 	<ul style="list-style-type: none"> - contacter son employeur pour étudier la possibilité de la prise en charge du coût de la formation - contacter Transitions Pro Bourgogne Franche-Comté (projet de transition professionnelle) pour la prise en charge du coût de la formation

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE DU COUT D'UNE FORMATION AIDE-SOIGNANT, AUXILIAIRE DE PUIRICULTURE, AMBULANCIER ET ACCOMPAGNANT EDUCATIF ET SOCIAL A DESTINATION DES DEMANDEURS D'EMPLOI		COLONNE RESERVÉE A L'ADMINISTRATION	
Renseignements demandés			
NOM			
PRENOM			
DATE DE NAISSANCE/...../.....		
N° SECURITE SOCIALE			
ADRESSE			
TELEPHONE/...../...../.....		
ADRESSE EMAIL			
Dans quel institut de formation êtes-vous inscrit ? (précisez la ville)			
FORMATION	AIDE-SOIGNANT	AUXILIAIRE DE PUIRICULTURE	AMBULANCIER
Cochez la formation pour laquelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Date de rentrée ?/...../.....		
Quel parcours allez-vous effectuer ?	COMPLET <input type="checkbox"/>		PARTIEL <input type="checkbox"/>
Etes-vous redoublant ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Etes-vous inscrit à Pôle Emploi ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Si oui, à quelle date/...../.....		
Avez-vous démissionné d'un emploi dans les 4 mois avant l'entrée en formation ?	OUI <input type="checkbox"/>		NON <input type="checkbox"/>
Si oui :	d'un CDD <input type="checkbox"/>	d'un CDI <input type="checkbox"/>	Temps complet <input type="checkbox"/>
Quels sont les diplômes ou qualifications obtenus ? A quelles dates ? Plusieurs réponses possibles		
Etes-vous en emploi ?	OUI <input type="checkbox"/>		NON <input type="checkbox"/>
Si oui :	En CDD <input type="checkbox"/>	En CDI <input type="checkbox"/>	Temps complet <input type="checkbox"/>
Etes-vous en congé parental ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Etes-vous fonctionnaire ?	OUI <input type="checkbox"/>		NON <input type="checkbox"/>
Si oui :	stagiaire ou titulaire en activité <input type="checkbox"/>	stagiaire ou titulaire en disponibilité <input type="checkbox"/>	en congé sans traitement <input type="checkbox"/>
Je déclare sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements portés sur le présent formulaire et sur les documents que j'adresserai en pièces justificatives. Je m'engage à informer mon institut de formation et la Région de tout changement intervenant dans ma situation, dans un délai maximum d'un mois suivant le changement.	Date et signature : Tournez la page S.V.P		

• • •

Pièces justificatives à transmettre après diffusion des résultats de la sélection et au plus tard la veille de la date d'information au conseil régional BFC en priorité par mail ou par voie postale	formationsanitairessociale@bourgognefranchecomte.fr ou CONSEIL REGIONAL BOURGOGNE FRANCHE COMTE Direction de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur Service formations sanitaires et sociales 1 Boulevard de la Trémouille 21000 DIJON	
Copie carte d'identité recto verso		
Attestation d'inscription à Pôle Emploi datant de moins de 2 mois		
Copie du dernier diplôme obtenu ou qualification obtenue		
Ce formulaire dûment complété et signé		

Vos données personnelles (nom, prénom, date de naissance, adresse, téléphone) sont traitées par la Région Bourgogne Franche Comté pour l'instruction des dossiers de financement du coût des formations de niveau 3 et 4 à destination des demandeurs d'emploi.

Ces données seront conservées pour une durée de 3 ans.

Conformément à la loi « Informatique et libertés » n°78-17 du 6 janvier 2000 et au règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (Règlement Général sur la protection des Données), vous pouvez accéder aux données vous concernant ou demander leur effacement. Vous disposez également d'un droit d'opposition, d'un droit de rectification et d'un droit à la limitation du traitement de vos données.

Ces droits peuvent être exercés par courrier à l'adresse suivante : Région Bourgogne-Franche-Comté /

Direction de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur

Service formations sanitaires et sociales

4 Square Castan CS 51857

25031 BESANCON CEDEX ou formationsanitairessociale@bourgognefranchecomte.fr

Sanction en cas de fausses déclarations

Qui conque aura fourni sciemment des renseignements inexacts ou incomplets dans la présente déclaration en vue d'obtenir un paiement ou un avantage que conque indu, sera puni d'un emprisonnement de quatre ans et d'une peine d'amende de 9 000 € ou de l'une de ces deux peines seulement (Loi n° 68-610 du 31 juillet 1968 - article 22 ; Ordonnance n° 2000-916 du 19 septembre 2000 portant adaptation de la valeur de certains montants exprimés en francs dans les textes législatifs).

2^e page du
modèle du
document à
télécharger

ANNEE SCOLAIRE 2024/2025

Promotion : **2024/2025**

Rentrée le : **26/08/2024**

Cursus complet

Cursus partiel (diplôme :.....)

Apprentissage

IDENTIFICATION DE L'ELEVE

Nom : Epouse :

Prénom(s) :

Date de naissance : _ _ / _ _ / _ _ _ _ Lieu de naissance :

Nationalité :

Adresse pendant la scolarité① :
.....

Code postal : Ville :

Autre adresse② (si différente d'adresse①) (parents, conjoint, ...)

Code postal : Ville :

Téléphone pendant la scolarité : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ portable : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _

Adresse mail :

N° PERSONNEL de Sécurité Sociale (**obligatoire**) : [13 chiffres + clé de 2 chiffres]

— / — / — / — / — / — / — / —

2 personnes à prévenir en cas d'urgence (à remplir obligatoirement) :

① Nom : Prénom : Qualité :

Adresse :

Téléphone du domicile : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ Téléphone portable : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _

Téléphone professionnel : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _

② Nom : Prénom : Qualité :

Adresse :

Téléphone du domicile : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ Téléphone portable : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _

Téléphone professionnel : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _

FAMILLE DE L'ELEVE

Adresse des parents ou du conjoint :

Code postal : Ville :

Profession du père :

Profession de la mère :

Nombre de frère(s) : de sœur(s) :

SITUATION DE FAMILLE DE L'ELEVE

Célibataire Marié(e)/Pacsé(e) Vie maritale Divorcé(e) Veuf/veuve

Avez-vous des enfants : oui Combien : Leur âge :

Leur âge :

Divorcé(e)

Veuf/veuve

Profession du conjoint :

ETUDES SUIVIES ET DIPLOMES OBTENUS (joindre obligatoirement une copie du/des diplôme(s))

BAC (année :) (section :)

aucun diplôme / Dernière classe suivie : date de fin de scolarité :

AUTRES DIPLOMES OBTENUS (joindre obligatoirement une copie du/des diplôme(s))

BAFA oui non

AEGSU oui (date d'obtention : / /)

non

Autre(s) diplôme(s) :

ACTIVITE PROFESSIONNELLE en lien avec le secteur sanitaire

Situation professionnelle avant l'entrée en formation (scolarisé, emploi, chômage, autre) :

Lieu :

Avez-vous exercé ?	Type d'activité	Lieu	Durée
Une (des) activité(s) professionnelle(s) permanente(s)			
Une (des) activité(s) professionnelle(s) temporaire(s)			

AUTRES ACTIVITES

Participez-vous à une vie associative : oui non

Si oui, laquelle ?

Activités, loisirs :

Expérience(s) de stage dans le secteur sanitaire :

Domaines de compétence (ex. : informatique, cuisine...) :

VEHICULE

Possédez-vous le permis de conduire ? oui non

Possédez-vous un véhicule personnel ? oui non

STATUT

En poursuite de scolarité

Demandeur d'emploi (**fournir obligatoirement l'attestation d'inscription ET l'attestation d'ouverture ou de refus d'ouverture de droits**).

Date d'inscription : _ _ / _ _ / _ _ _ _

Identifiant France Travail :

Indemnisation France Travail : oui non

Salarié en activité : CDI CDD (précisez la date de fin : _ _ / _ _ / _ _ _ _)

Autre :

Demande de bourse : oui non

PRISE EN CHARGE

Le Conseil Régional (**Demandeur d'emploi et en poursuite de scolarité**). *La demande de prise en charge est à envoyer directement au Conseil Régional, le 31/08/2024 au plus tard (voir pages 9 et 10).*

Un employeur : (dénomination/adresse) :

Personne à contacter (RH ou formation continue) :

Téléphone : _ _ . _ _ . _ _ - _ _ - _ _ Mail :

Un organisme de prise en charge (précisez) :

Transition Pro

Financement personnel (règlement par chèque, à l'ordre du TRESOR PUBLIC)

REMUNERATION

France Travail autre, précisez :

Les données portées sur cette fiche peuvent-être transmises à d'autres services complémentaires à votre scolarité (Conseil Régional, France Travail, D.R.H., Médecine du Travail, ...).

Autorisez-vous la diffusion de ces données ?

oui non

Toute modification de coordonnées en cours d'année doit être impérativement signalée au secrétariat, soit par mail (secretariat.ifsi@ch-chalon71.fr), soit à l'accueil du secrétariat de l'IFSI-IFAS.

 <p>Institut de Formation en Soins Infirmiers Institut de Formation Aides-Soignants Centre Hospitalier W. Morey</p>	<p>FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS, A DESTINATION DES RESPONSABLES DE LA GESTION DES STAGES</p>	<p>FORM 173 V.01 du 01/07/2015 Mise à jour : 26/05/2021</p>
Approuvé par : Pascale LORIOT		

PROMOTION : AIDE SOIGNANTE - 2024 / 2025

Nom marital :

Nom de naissance :

Prénom :

Age : ans

Situation de famille :

Enfant (s) : Oui Non si oui indiquez leur âge :

<p>Pour l'ensemble des élèves :</p> <p>Adresse① pendant la formation :</p> <p>Distance, en km : domicile /IFSI :</p>	<p>Autre adresse② (si différente d'adresse①) (parents, conjoint, ...)</p>	
<p>Permis de conduire Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>En cours d'acquisition Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui, indiquez la date de l'examen du permis de conduire :</p>	<p>Véhicule Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	
<p>Dernier diplôme obtenu :</p>		
<p>Expérience(s) en établissement sanitaire et social</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Fonction :</p>	Etablissement, service	Durée
<p>Exercice d'une activité professionnelle pendant la formation :</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Fonction :</p>	<p>Etablissement, service :</p> <p>Nombre d'heures hebdomadaires :</p>	
<p>Lieux de stage à éviter, précisez le MOTIF</p>	<p>Il est important de signaler tout établissement ou service dans lequel vous êtes susceptible de rencontrer un proche, un(e) collègue, une connaissance.</p>	

Promotion : AIDE SOIGNANTE

Année scolaire : 2024 / 2025

NOM de l'élève :

NOM d'épouse de l'élève :

Prénom de l'élève :

Au cours de votre formation, l'affichage de résultats d'évaluations, de commissions et de Diplôme d'Etat se fera sur le site Internet de l'IFSI / IFAS de Chalon-sur-Saône et sur le site de la DREETS.

De plus le Conseil Régional de Bourgogne et l'ARS auront accès à vos coordonnées personnelles afin d'assurer l'enquête de suivi des diplômés (12 mois après l'obtention du diplôme).

Selon la CNIL, le droit de regard sur ses propres données personnelles vise aussi bien la collecte des informations que leur utilisation. Ce droit d'être informé est essentiel car il conditionne l'exercice des autres droits tels que le droit d'accès ou le droit d'opposition.

« Toute personne a la possibilité de s'opposer, pour des motifs légitimes, à figurer dans un fichier. »

A ce titre, il vous est demandé de **cocher la réponse qui vous convient** ci-dessous :

- J'accepte que mon nom et mes coordonnées soient utilisés par l'IFSI-IFAS de Chalon-sur-Saône et transmis au Conseil Régional et à l'Agence Régionale de Santé.
- Je refuse que mon nom et mes coordonnées soient utilisés par l'IFSI-IFAS de Chalon-sur-Saône et transmis au Conseil Régional et à l'Agence Régionale de Santé.

Fait à : le __ / __ / 20__

Signature

**AUTORISATION DE DIFFUSION
 D'IMAGE, DE PROPOS OU DE
 DOCUMENTS**

FORM 169

V.02 du 29/09/2023

Mise à jour :

Approuvé par : Pascale LORIOT

Promotion : AIDE SOIGNANTE

Année scolaire : 2024 / 2025

Je soussigné(e) Madame Monsieur

NOM : Prénom :

Résidant Rue :

Code postal : Ville :

Téléphone : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _

Autorise, les exploitations figurant ci-dessous de mon image et de mes propos, ainsi que des documents fournis par moi, dans le cadre des projets de communication de l'IFSI/IFAS de Chalon-sur-Saône :

- Exploitation, de tout ou partie, sous forme de DVD, présentation animée, livre, CD-ROM, ou tout autre support connu ou inconnu à ce jour, quelque soit le format, et ce dans le monde entier.
- Diffusion sur le site internet :
 - o de l'IFSI-IFAS du Chalonnais,
 - o des partenaires du projet,
 - o des plateformes de diffusion de contenus.
- Diffusion dans des congrès et/ou projections publiques du document. L'exploitation du document ne pourra donner lieu à aucune rémunération.

Fait à :

le _ _ / _ _ / 20_ _

Signature

Compte tenu du nombre important d'étudiants et élèves formés à l'Institut de Formation du Chalonnais, des terrains de stage sont ouverts et agréés en dehors de la ville de Chalon-sur-Saône.

Des établissements situés dans les environs : SEVREY, TOURNUS, SAINT-DESERT, LOUHANS, CHATENOY-LE-ROYAL, SAINT-GERMAIN-DU-BOIS, DRACY-LE-FORT, SAINT-GENGOUX-LENATIONAL, à titre d'exemples, accueillent les étudiants et élèves pendant leurs périodes de stage.

En entrant en formation à l'IFSI-IFAS du Chalonnais, les étudiants et élèves s'engagent à se donner les moyens de se rendre, pendant toute la durée de la formation, sur les différents terrains de stage.

Je soussigné(e)

- **m'engage à me rendre sur tous les lieux de stage où je serai affecté(e) pendant la durée de ma formation** **infirmière,**
 aide-soignante,
- **m'engage à respecter les horaires de stage.**

Fait à Chalon-sur-Saône, le _ _ / _ _ / 20 _

Signature,

PIECES A FOURNIR au plus tard le vendredi 26 Juillet 2024

COORDONNEES DU SECRETARIAT :

IFSI – IFAS du Chalonnais

141, Avenue Boucicaut – CS 60066

71103 CHALON-SUR-SAONE Cedex

03 85 44 65 72 - 03 85 44 67 06 - MAIL : secretariat.ifsi@ch-chalon71.fr

**Les documents envoyés par mail doivent être scannés individuellement, en
FORMAT PDF
NE PAS ENVOYER EN FORMAT PHOTO !**

Mode d'envoi	Pièces à fournir obligatoirement par tous les candidats
PAR MAIL	↳ Fiche administrative dûment remplie
PAR MAIL	↳ Copie d'une pièce d'identité en cours de validité (carte nationale d'identité, passeport ou carte de séjour valide pour toute la durée de la formation)
PAR MAIL	↳ Photocopies des titres et diplômes
PAR MAIL	↳ La fiche individuelle de renseignements à destination des responsables de la gestion des stages
PAR MAIL	↳ L'attestation CNIL
PAR MAIL	↳ L'autorisation de diffusion d'image, de propos ou de documents
PAR MAIL	↳ L'engagement des ESI et EAS pour se rendre sur les terrains de stage
PAR MAIL	↳ L'attestation des droits à la sécurité sociale en cours de validité
PAR MAIL	↳ L'attestation d'assurance responsabilité civile
PAR MAIL	↳ Justificatif de prise en charge du coût de la formation avant le 26/08/2024
PAR MAIL	↳ Un Relevé d'Identité Bancaire, au nom de l'élève
PAR MAIL	↳ Pour les demandeurs d'emploi : copie de la demande de prise en charge du coût d'une formation sanitaire ou sociale de niveau III à destination des demandeurs d'emploi (cf. modèle en pages 9-10) + Nous fournir <u>obligatoirement</u> l'attestation d'inscription ET l'attestation d'ouverture ou de refus d'ouverture de droits.
PAR MAIL avant le 26/08/2024	↳ Un certificat médical établi par <u>un médecin agréé</u> OBLIGATOIREMENT (liste disponible sur le site de l'ARS : https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/medecins-agrees-12) attestant que « votre état de santé est compatible avec l'exercice de la profession d'aide-soignant ». Aucun certificat médical établi par un médecin non agréé ne sera accepté. Si le jour de la rentrée le certificat médical n'est pas remis, il ne sera pas possible d'intégrer la formation.
Documents papier, sous enveloppe fermée	↳ <u>Le dossier médical sous enveloppe – A votre NOM - PRENOM</u> ➤ 1 attestation médicale de vaccinations ➤ 1 preuve d'immunisation contre l'hépatite B
Document papier	↳ Un chèque de 184 euros , pour les frais d'inscription, à l'ordre du Trésor Public – NOM ET PRENOM DE l'élève au dos du chèque (tous les élèves sont concernés, sauf les élèves financés par leur employeur (promotion professionnelle) et les élèves en apprentissage).

Mode d'envoi	Pièce complémentaire à fournir obligatoirement par les candidats demandant un « tiers temps »
PAR MAIL	<p>↳ Pour bénéficier d'aménagement(s) d'examens/évaluations au cours de la formation, vous devez fournir, au moins une semaine avant les évaluations, votre RQTH, avec un avis circonstancié des préconisations d'aménagement émis par un médecin agréé par la MDPH.</p> <p>Vous trouverez ci-dessous le registre d'accessibilité handicap et formation de l'IFSI et l'annexe 1 à remplir et nous transmettre :</p> <p>http://www.ifsi-duchalonnais.fr/wp-content/uploads/2021/05/Registre-daccessibilite%20-%20Handicap-et-Formation_14052021.pdf</p>

Mode d'envoi	Pièces complémentaires à fournir obligatoirement par les candidats étrangers
PAR MAIL	↳ Attestation DELF B2 ou DALF C2 : www.france-education-international.fr
PAR MAIL	↳ Carte de séjour en cours de validité (valide pour toute la durée de la formation)
PAR MAIL	↳ Cursus des études suivies
PAR MAIL	↳ Traduction des diplômes obtenus
PAR MAIL	↳ Document ENIC-NARI - https://www.france-education-international.fr/hub/reconnaissance-de-diplomes