



Comment intégrer la CLASSE DEDIEE POST BAC ASSP pour devenir AIDE-SOIGNANT ? DOSSIER DE PRE-INSCRIPTION – Formation et Apprentissage - Rentrée LE 18.11.2024

Préalable à l'entrée en formation conduisant au DE – Aide- Soignant* en parcours allégé post Bac ASSP, conformément à l'article 9 et à l'article 10 de l'Arrêté du 07 avril 2020 modifié (Candidats ayant été sélectionnés à l'issue d'un entretien avec un employeur pour un contrat d'apprentissage muni d'un Bac ASSP et sollicitant une place dans l'IFAS* du CFPBNA, pour la prochaine rentrée du 18 Novembre 2024).

Il n'y a pas de Sélection, ni de Concours. Par contre, un Employeur s'engage à vos côtés et vous sélectionne **en contrat d'apprentissage** pour intégrer cette fameuse classe dédiée à l'IFAS* du CFPBNA.

Vous devez constituer le DOSSIER DE PRÉ-INSCRIPTION auprès de l'IFAS :

- Fiche de pré-inscription CFPBNA ci-après,
- CV** - pensez à détailler vos **expériences professionnelles** en tant que stagiaire en **filière ASSP**,
- Carte Nationale d'Identité ou titre de séjour (Attention : CNI valable 10 ans quand elle a été faite mineur(e)),
- Lettre de motivation avec description du **projet professionnel**,
- Copie du contrat d'apprentissage signé ou tout autre document justifiant de l'effectivité des démarches réalisées en vue de la signature imminente du contrat d'apprentissage, par ex : Attestation engagement employeur ci-jointe),
- Relevé de notes du Bac ASSP pour les élèves en Terminale en Juillet 2024, puis Diplôme du Bac en Novembre/Décembre 2024, **OU** Diplôme pour les bacheliers des années précédentes,
- Tout document utile éventuellement (Autre diplôme, Lettre de référence, engagement associatif...).

Le DOSSIER DE PRÉ-INSCRIPTION sera considéré complet en renvoyant les pièces ci-dessus **en une seule fois**.

- Fiche de vaccinations ARS remplie par votre médecin traitant – le plus tôt possible, même si partiellement remplie, et **dument complétée avant la signature du contrat d'apprentissage**.

Pour entrer en formation conduisant au DE – Aide – Soignant* et être admis à l'entrée en formation, le contrat sera signé et tous les documents listés ci-dessus préalablement confiés à l'Administration de l'IFAS du CFPBNA.

Les futurs élèves aides-soignants seront rencontrés aux réunions d'information, et de manière individuelle à leur demande, si nécessaire, en fonction de l'état d'avancement dans la recherche d'un employeur (pour le contrat d'apprentissage).

Rappel de la rentrée prévisionnelle : le Lundi 18 Novembre 2024.

DE – Aide-Soignant* : ou DEAS, Diplôme D'état Aide-Soignant dont la fiche RNCP est la 35830. Le diplôme est délivré par le Jury final de la DREET, pour le ministère chargé de la Santé, depuis le 01/09/2021.

IFAS* : Institut de Formation Aide-Soignant

Référente Handicap : à tout moment vous pouvez rencontrer la référente Handicap, Madame Marie PERCHERY. Vous organiserez ensemble les aménagements dont vous avez besoin durant toutes les étapes de la formation.

marieperchery@cfpbna.asso.fr ou 05 56 43 70 85



Comment intégrer la CLASSE DEDIEE POST BAC ASSP pour devenir AIDE-SOIGNANT ?

FICHE DE PRE-INSCRIPTION – Formation et Apprentissage - Rentrée LE 18.11.2024

Préalable à l'entrée en formation conduisant au DE – Aide- Soignant* en parcours allégé post Bac ASSP, conformément à l'article 9 et à l'article 10 de l'Arrêté du 07 avril 2020 modifié (Candidats ayant été sélectionnés à l'issue d'un entretien avec un employeur pour un contrat d'apprentissage muni d'un Bac ASSP et sollicitant une place dans l'IFAS* du CFPBNA, pour la prochaine rentrée du 18 Novembre 2024).

Partie 1 : Vos Coordonnées

Nom (de naissance) : Prénom :
Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance :
Nationalité : Portable :
Adresse :
CP : Ville :
Email :

Partie 2 : Vos diplômes

Dernier diplôme obtenu :
Année d'obtention de ce diplôme : Etablissement :
Autre diplôme que vous voulez mentionner :

Partie 3 : Eléments complémentaires

Avez-vous le permis de conduire ? Oui Non en cours
Moyen de locomotion : Véhicule personnel Transports en commun Autre :
Temps Moyen de trajet domicile/IFAS :
Avez-vous une organisation personnelle dont vous voudriez nous faire part :
Engagement éventuel ou expérience personnelle (associative, sportive...)
.....
Disposez-vous d'un ordinateur ? Oui Non
D'une imprimante ? Oui Non
D'un accès internet Oui Non

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements donnés ci-dessus.

Fait le _____

A _____

Signature du candidat ou du tuteur légal si candidat mineur :

Partie 4 : Votre recherche de financement

Avez-vous fait des recherches auprès d'employeurs pour trouver un contrat d'apprentissage :

Oui Non

Avez-vous trouvé un employeur ?

Oui Non

Si vous êtes pressenti(e) pour signer un contrat d'apprentissage, je présente mon (futur) employeur :

Nom de l'établissement :

Nom et fonction du Responsable :

Adresse :

CP : Ville :

Téléphone : Email :

Poste occupé par le futur élève aide-soignant :

Partie 5 : Accompagnement possible

J'ai bien pris connaissance que l'IFAS du CFPBNA a une référente Handicap en la personne de Mme Perchery :

Oui Non

Partie 6 : Accès à la formation et prise en charge de la formation

Je reconnais avoir pris connaissance que si je suis sélectionné (e) par un employeur **en contrat d'apprentissage, je ne passe pas de sélection** : Contrat d'apprentissage,

Je reconnais avoir pris connaissance que si je suis financé(e) par un employeur **par un autre dispositif, je devrais passer par la Sélection (arrêtés du 7 avril 2020 modifié),**

Dispositif Pro A Contrat de professionnalisation,

Le **DOSSIER DE PRÉ-INSCRIPTION** sera considéré complet en renvoyant les pièces suivantes en une seule fois :

Fiche de pré-inscription, Pièce d'identité à jour (CNI valable 10 ans quand elle a été faite mineure),

CV, Lettre de motivation avec description du projet professionnel

Copie du contrat d'apprentissage signé ou tout autre document justifiant de l'effectivité des démarches réalisées en vue de la signature imminente du contrat d'apprentissage.

Partie diplôme : relevé de notes du Bac ASSP en juillet 2024, ou Bac pour diplômés des années précédentes,

Tout document utile (autre diplôme, Lettre de référence, engagement associatif...),

Fiche ARS des vaccinations (à la pré-inscription) **et documents liés sous pli (Sérologie hépatite B et photocopies de toutes les pages du carnet de vaccinations)**. Toute personne refusant les vaccinations obligatoires ne sera pas autorisée à suivre la formation conduisant au DE – Aide-Soignant.

J'ai bien noté que Tout dossier incomplet sera refusé ou non traité, le cas échéant l'IFAS ne pourra contribuer à m'aider à trouver un employeur.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements donnés ci-dessus.

Fait le _____

A _____

Signature du candidat ou du tuteur légal (candidat mineur) :

Pensez à signer le recto et le verso du présent imprimé.

Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression de données vous concernant (Loi « informatique et libertés du 6 janvier 1978 article 34 »).

ATTESTATION ENGAGEMENT EMPLOYEUR

Préalable à l'entrée en formation conduisant au DEAS en parcours allégé post Bac ASSP, conformément à l'article 9 et à l'article 10 de l'Arrêté du 07 Avril 2020 modifié - Candidats ayant été sélectionnés à l'issue d'un entretien avec un employeur pour un contrat d'apprentissage muni d'un Bac ASSP et sollicitant une place dans l'IFAS du CFPBNA, pour la prochaine rentrée du 18 Novembre 2024

Coordonnées de l'Etablissement Employeur :

Nom du Directeur/Directrice/Responsable Ressources Humaines :

Etablissement :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Coordonnées du Salarié sélectionné pour suivre la formation conduisant au DE - Aide-Soignant :

Nom d'Usage :

Prénom :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Je soussigné(e), M/MME

assure que M/MME

Est pressenti(e) pour signer un contrat d'apprentissage, sous réserve d'obtenir ou d'avoir obtenu le Baccalauréat ASSP (résultats 2024 : le 08 juillet 2024), et d'obtenir une place à l'IFAS du CFPBNA (40 places).

Et donne donc mon accord pour son entrée en formation dans les modalités connues (demander le calendrier de la formation à raphaellebeaumont@cfpbna.asso.fr ou au 05 56 43 70 82).

Cette personne :

Exercera éventuellement en CDD sur les mois de juillet et/ou d'août 2024,

A été sélectionné(e) par l'établissement pour suivre la formation conduisant au DE Aide-Soignant (articles 09 et 10 nouveaux de l'Arrêté du 12 avril 2021 relatif aux conditions d'accès à la formation conduisant au DEAS, et aux allègements de formation),

et démarrera son contrat d'apprentissage en date du / /2024

La présente *attestation* est délivrée pour faire *valoir* ce que de *droit*,
Signature et Cachet de l'établissement



- Inscription des étudiants en santé - Fiche médicale à valider par un médecin

Filière :
 Médecine IFSI
 Odontologie IFAS
 Pharmacie Kinésithérapie
 Sage-femme

NOM : **NOM de naissance :**

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

Tél. : **Email :**

Autre : **Département de naissance :** **Code postal lieu de résidence :**

Année d'admission : **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 doivent être complétés par votre médecin sauf si le carnet de vaccination numérique a été créé sur www.mesvaccins.net et validé par un professionnel de santé. 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 (article L3111.4 du Code de la Santé Publique).

Un carnet de vaccination numérique est créé et validé par un professionnel de santé : oui non

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

Si un vaccin coquelucheux n'a pas été administré dans les 5 dernières années, faire 1 dose de vaccin dTcaP (au moins 1 mois après le dernier dTP). Ensuite, les rappels seront administrés aux âges fixes de 25, 45 et 65 ans avec systématiquement la valence coquelucheuse.

Dernier rappel dTP : Date : .. / .. / Nom :

Dernier rappel dTcaP : Date : .. / .. / Nom :

Hépatite B*

Joindre les résultats sérologiques quelle que soit la date**

Rappel des conditions d'immunisation :
 1) Ac anti-HBs > 100 UI/l (quel que soient l'historique vaccinal et l'ancienneté des résultats) ;
 2) Ac anti-HBs ≥ 10 UI/l et Ac anti-HBc négatif (si schéma vaccinal complet) ;
 3) Ac anti-HBs ≤ 10 UI/l : compléter le schéma vaccinal.

Les différents schémas complets :
 - soit pour les adultes (3 doses) :
 • 2 doses à 1 mois d'intervalle, la 3ème au moins 5 mois après la 2ème dose ;
 • soit accéléré (à titre exceptionnel) : 3 doses en 21 jours, rappel à 1 an. => Date : .. / .. / Nom :

- soit à l'adolescence de 11 à 15 ans (3 doses) :
 • 2 premières doses espacées de 1 mois, puis la 3ème au moins 5 mois après la 2ème dose (schéma préférentiel) ;
 • ou 2 doses espacées de 6 mois avec ENGERIX® B20. => Date : .. / .. / Nom :

Covid-19

Antécédent de COVID : non ; oui (si oui, date : / /)

Dernière injection : non ; oui (si oui, date : / /)

vaccin utilisé :

Rougeole-Oreillons-Rubéole (ROR)

Personnes nées avant 1980 :
 • Antécédent de rougeole => Date : .. / .. /
 • Pas d'antécédent de rougeole ou doute => 1 dose recommandée sans contrôle sérologique préalable.

Personnes nées depuis 1980 : vaccination 2 doses recommandées, à 1 mois d'intervalle quel que soient les ATCD.

Schéma vaccinal :
 • Première dose : Date : .. / .. / Nom :

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

Varicelle

+ Antécédent de maladie
 + Pas d'antécédent ou doute

Si pas d'antécédent ou doute => Sérologie à faire

Joindre le résultat**

Si sérologie négative => Vaccination recommandée

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

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

Méningocoque C

Vaccination recommandée jusqu'à l'âge de 24 ans inclus : Date : .. / .. / Nom :

Tuberculose (vaccination non obligatoire depuis le 1er avril 2019)

Date de lecture de l'IDR :

Résultats (mm) :

Si vous disposez d'une IDR (Intra Dermo Réaction) de référence, merci de l'indiquer ici :

Est-il nécessaire de disposer d'un résultat d'IDR pour l'entrée en stage ? Non, ce test n'est pas obligatoire. Toutefois, le médecin doit proposer à l'étudiant de réaliser cette IDR (ou une IGRA, préférentielle chez les sujets vaccinés par le BCG) car le résultat servira de référence en cas de contact ultérieur et de détection d'ITL, particulièrement chez les étudiants originaires de zones d'endémie ou de forte circulation.

Cette vaccination n'est plus exigée lors de la formation ou l'embauche. Il appartient aux médecins du travail d'évaluer le risque et de proposer, le cas échéant une vaccination BCG. À noter, la réalisation d'IDR est à éviter dans le mois suivant une vaccination ROR.

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

Fait le : * Obligatoire

Signature et cachet du praticien : ** Nous vous rappelons que tous les éléments demandés doivent être joints sous pli confidentiel.