

DOSSIER APPRENANT

Toutes les informations concernant la rentrée sont disponibles sur le site internet du Centre de Formation du GHSO :
www.ifsi-selestat.fr Rubrique « Rentrée scolaire IFAS »



Adoptez l'éco-attitude. N'imprimez que les pages nécessaires.

Les informations figurant dans le présent dossier sont destinées à la Région Grand Est et sont à renseigner par l'ensemble des apprenants admis en formation à la rentrée 2020/2021.

La Région participe au financement du fonctionnement des instituts de formations sanitaires en fonction des places agréées.

Sont exonérés des frais de formation, les apprenants qui remplissent les conditions d'éligibilité fixées par la Région. Ces conditions sont rappelées dans les fiches récapitulatives "Conditions générales et conditions spécifiques de prise en charge des formations sanitaires" qui figurent dans le dossier de financement. La délibération du 20 avril 2018 sur les conditions de prise en charge des formations sanitaires est téléchargeable sur le site de la Région Grand Est : <http://www.grandest.fr/actions/formations-sanitaires-sociales/>

Toute fausse déclaration est passible de peines et d'amendes prévues par les articles 441-1, 441-6, 441-7 du code pénal.

Les données personnelles recueillies sont exclusivement collectées pour un usage interne à la Région et sont destinées à la vérification du respect des critères d'éligibilité de la prise en charge du coût des formations

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les apprenants disposent d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données les concernant

Pour l'exercer, ils s'adressent à : REGION GRAND EST - 1 place Adrien Zeller - BP 91006 - 67070 STRASBOURG Cedex -
Tél : 03 88 15 68 67 – infolib@grandest.fr

A LIRE ATTENTIVEMENT

CONSIGNES A RESPECTER POUR LE DEPOT DU DOSSIER D'INSCRIPTION A LA FORMATION

Dans le contexte actuel de la crise COVID-19, vous avez deux possibilités pour nous faire parvenir le dossier d'inscription à la formation :

1. soit nous adresser les différents dossiers accompagnés des pièces demandées par voie électronique, **impérativement en format PDF**, à secretariat.ifas@ghso.fr

A l'exception de l'attestation de paiement des droits d'inscription qui doit être accompagnée du paiement et déposée directement dans la boîte aux lettres du secrétariat de l'institut ou envoyée par voie postale en recommandé avec accusé de réception.

Un mail de confirmation de réception vous sera envoyé.

2. soit nous déposer directement votre dossier. Ce dépôt se fera **uniquement sur rendez-vous** (prévoir 10 minutes pour la vérification des pièces)

Dans ce cas, merci de contacter le secrétariat de la filière IFAS au 03 88 57 71 33 pour fixer votre rendez-vous.

Lors du dépôt de votre dossier, merci de venir à **l'heure prévu, sans accompagnant, muni d'un masque et d'utiliser le gel hydroalcoolique** mis à votre disposition à l'entrée du Centre de Formation avant de vous rendre à l'accueil.

LISTE DES PIÈCES A FOURNIR

- Fiche de renseignements – situation de l'apprenant, complétée et signée
- Attestation de paiement des frais d'inscription (100 €) accompagnée du paiement
[Pour information : paiement par chèque à l'Ordre du Trésor Public ou espèces avec l'appoint](#)
- Copie d'une pièce d'identité valide recto – verso sur la même page
- 1 photo d'identité datant de moins de 3 mois
- Curriculum vitae détaillé mis à jour
- Copies des diplômes obtenus (relevé de notes pour les diplômés des sessions de 2020)
- Attestation de formation en gestes et soins d'urgence (si formation effectuée)
- Autorisation du droit à l'image complétée
- Demande de souhaits d'affectation de stage complétée
- Demande de dispense d'unité(s) ou de module(s)
- Copie de l'attestation de Sécurité Sociale en cours de validité
- Justificatif d'assurance Responsabilité Civile souscrit (en général avec la Multirisques Habitation) ou Justificatif d'assurance Responsabilité Civile Professionnelle (non obligatoire, meilleure couverture lors des stages)
[Pour information : ce justificatif doit couvrir la période scolaire du 7 septembre 2020 au 9 juillet 2021, La MACSF et la MNH proposent un contrat gratuit pour les élèves Aides-Soignants \(souscription sur leurs sites internet\)](#)

A REMETTRE DES QUE POSSIBLE OU AU PLUS TARD LE 7 SEPTEMBRE 2020

- Attestation de démission ou de non inscription à Parcoursup

Pour une démission : l'attestation est fournie sur demande, par la plateforme, à ceux qui auraient aussi émis initialement des vœux via Parcoursup. Ils sortiront alors de la procédure.

Pour une non-inscription : l'attestation est fournie sur demande à ceux qui n'auraient pas émis de vœux sur la plateforme.

La marche à suivre, pour récupérer cette attestation, est téléchargeable sur notre site internet www.ifs-selestat.fr, rubrique « Rentrée scolaire IFAS », Fichier attaché « 2020 – Comment trouver l'attestation Parcoursup ».

FICHE DE RENSEIGNEMENTS SITUATION DE L'APPRENANT

Réf SEO :	T3N4-9
Version :	V 1
Date :	02/07/2020

CIVILITE : Madame Monsieur

NOM PATRONYMIQUE : _____

NOM D'USAGE (MARITAL) : _____

PRENOM : _____ AUTRES PRENOMS : _____

ETAT CIVIL Célibataire PACS Vie maritale Divorcé(e) Marié(e) Veuf(ve)

NAISSANCE Date : _____ / _____ / _____
 Lieu : _____
 N° département : _____

ADRESSE PRINCIPALE (pensez à nous prévenir de tout changement d'adresse ou téléphone)

Numéro : _____ Rue : _____
 Code postal : _____ Commune : _____

ADRESSE COMPLEMENTAIRE (si location, pendant la formation, d'une chambre, d'un appartement, etc., pour se rapprocher du Centre de Formation)

Numéro : _____ Rue : _____
 Code postal : _____ Commune : _____

TELEPHONE(S) ☎ (à noter obligatoirement) – Ces numéros resteront confidentiels

Numéro de téléphone fixe : _____ / _____ / _____ / _____ / _____
 Numéro de téléphone portable : _____ / _____ / _____ / _____ / _____

ADRESSE E-MAIL (écriture lisible indispensable)

ATTENTION : dans un souci de clarification de la correspondance entre l'institut et les élèves ainsi que pour vous placer dès maintenant dans une position de futurs professionnels de santé, nous vous demandons de nous fournir **une adresse mail dans laquelle vos noms et prénoms sont clairement apparents et en toutes lettres**. Les élèves qui disposent déjà d'une adresse mail répondant à ces critères peuvent continuer à l'utiliser. Tout élève ne répondant pas à ces critères devra nous faire parvenir cette nouvelle adresse mail au plus tard courant de la première semaine de la rentrée.

_____ @ _____

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Je suis reconnu(e) comme travailleur handicapé Oui Non
 Je détiens le permis de conduire Oui Non
 Je possède un véhicule pour mes déplacements en stage Oui Non

Personne à contacter Nom – Prénom : _____
 Numéro de téléphone : _____ / _____ / _____ / _____ / _____
 Lien de parenté : _____

STATUT AVANT L'ENTREE EN FORMATION

Etudiant(e) en poursuite d'études Demandeur d'emploi
 Salarié(e) N° identifiant : _____
 Autres _____ Ville du Pôle Emploi : _____

PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE FORMATION

Région Grand Est Employeur _____ A titre personnel
 Région Grand Est compensatoire OPCA / OPCAIF _____ Autres _____

PRISE EN CHARGE DE LA REMUNERATION ET/OU AUTRES AIDES DURANT LA FORMATION

Bourse de la Région Contrat en alternance (apprentissage, contrat pro.)
 Indemnités de chômage (ARE, ASS, RFF, ASR, etc.) Promotion professionnelle hospitalière
 Minima sociaux et autres allocations (RSA, etc.) Plan de formation de l'employeur
 Autres types d'aides publiques (LADOM, etc.) Congé individuel de formation
 Aucune aide financière Allocations d'études
 Autre(s) prise(s) en charge _____

Coordonnées de l'organisme versant ou sollicité pour verser la rémunération et/ou d'autres aides : _____

PARCOURS SCOLAIRES

Dernières études suivies :

ANNEE SCOLAIRE	INTITULE DE LA FORMATION	ETABLISSEMENT

Dernier diplôme obtenu (niveau le plus élevé) :

ANNEE SCOLAIRE	INTITULE DU DIPLOME	SPECIALITE / DISCIPLINE / SERIE

ANTECEDENTS PROFESSIONNELS

Derniers emplois occupés durant la période de référence comprise entre la date de clôture des inscriptions au concours (année de réussite) et le démarrage de la formation, soit :

du 9 mars 2020 au 7 septembre 2020 (à compléter de la situation la plus récente à la plus ancienne)

Date d'embauche : _____	Emploi occupé : _____
Employeur - Ville : _____	Type de contrat : _____ Temps de travail : _____
_____	Motif de fin ou rupture de contrat* : _____
_____	Date de fin ou rupture de contrat : _____

Date d'embauche : _____	Emploi occupé : _____
Employeur - Ville : _____	Type de contrat : _____ Temps de travail : _____
_____	Motif de fin ou rupture de contrat* : _____
_____	Date de fin ou rupture de contrat : _____

Date d'embauche : _____	Emploi occupé : _____
Employeur - Ville : _____	Type de contrat : _____ Temps de travail : _____
_____	Motif de fin ou rupture de contrat* : _____
_____	Date de fin ou rupture de contrat : _____

Date d'embauche : _____	Emploi occupé : _____
Employeur - Ville : _____	Type de contrat : _____ Temps de travail : _____
_____	Motif de fin ou rupture de contrat* : _____
_____	Date de fin ou rupture de contrat : _____

Date d'embauche : _____	Emploi occupé : _____
Employeur - Ville : _____	Type de contrat : _____ Temps de travail : _____
_____	Motif de fin ou rupture de contrat* : _____
_____	Date de fin ou rupture de contrat : _____

Date d'embauche : _____	Emploi occupé : _____
Employeur - Ville : _____	Type de contrat : _____ Temps de travail : _____
_____	Motif de fin ou rupture de contrat* : _____
_____	Date de fin ou rupture de contrat : _____

*Motif de fin ou de rupture de contrat - choisir parmi les options suivantes : Conv. de reclast personnalisé (CRP), Démission, Démission contrat 18 h/sem au maxi, Démission légitime, Licenciement, Rupture conventionnelle/amiable, Fin de contrat

Toute fausse déclaration est passible de peines et d'amendes prévues par les articles 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal.

Je certifie exact les renseignements fournis

Fait à _____

Le _____ / _____ / _____

Signature de l'apprenant

Co-signature du responsable légal si l'apprenant est mineur

**ATTESTATION DE PAIEMENT
DES FRAIS D'INSCRIPTION
ANNEE SCOLAIRE 2020/2021**

Réf SEO :	T3N4-9
Version :	V 1
Date :	02/07/2020

Madame SCHALL Denise
Directeur de Soins du Centre de Formation

Affaire suivie par Madame HOLTZ Victoria

☎ 03 88 57 71 33

✉ secretariat.ifas@ghso.fr

CIVILITE : MADAME MONSIEUR

NOM PATRONYMIQUE : _____

NOM D'USAGE (MARTIAL) : _____

PRENOM : _____

FRAIS D'INSCRIPTION OBLIGATOIRE

FRAIS DE DOSSIER _____ 100,00 €

PAIEMENT POSSIBLE :

- PAR CHEQUE (A L'ORDRE DU TRESOR PUBLIC),
- EN ESPECES (AVEC L'APPOINT).

NON REMBOURSES EN CAS DE DESISTEMENT

FAIT A _____ LE _____ / _____ / _____

SIGNATURE DE L'APPRENANT / CO-SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL SI L'APPRENANT EST MINEUR :

AUTORISATION DU DROIT A L'IMAGE

Réf SEO :	T3N4-9
Version :	V 1
Date :	02/07/2020

Je soussigné(e) : Nom : _____ Prénom : _____

Né(e) le : _____ / _____ / _____

Demeurant à : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ / _____ / _____ / _____ / _____

Courriel : _____ @ _____

Autorise

N'autorise pas

Le Centre de Formation du Groupe Hospitalier Sélestat Obernai
Représenté par Mme Denise SCHALL, Directeur de l'IFSI et IFAS
23 avenue Louis Pasteur – 67606 SELESTAT CEDEX

Dans le cadre de la formation dans les Instituts de Formation (IFSI et IFAS)



A me photographier, me filmer et à utiliser mon image ;

A photographier, filmer et à utiliser l'image de mon enfant mineur :

Nom – Prénom : _____ né(e) le : _____ / _____ / _____

Demeurant (adresse complète) : _____

En conséquence de quoi et conformément aux dispositions relatives au droit à l'image et au droit au nom, j'autorise à fixer, reproduire et communiquer au public les photographies, vidéos, etc... prises dans le cadre de la formation. Les prises de vues pourront être exploitées et utilisées directement ou être cédées à des tiers, sous toutes formes connues et inconnues à ce jour, dans le monde entier, sans aucune limitation dans la durée. Intégralement ou par extraits et notamment dans les journaux, livres, site Internet, affiches, brochures, projections publiques, publications électroniques, expositions etc...



1. Le bénéficiaire de l'autorisation s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies susceptible de porter atteinte à la vie privée ou la réputation, ni d'utiliser les photographies ; objets de la présente, dans tout support à caractère pornographique, raciste, xénophobe ou toute autre exploitation préjudiciable.
2. Il s'efforcera, dans la mesure du possible, de tenir à votre disposition un justificatif à chaque parution des photographies sur simple demande. Il encouragera ses partenaires à faire de même et mettra en œuvre tous les moyens nécessaires à la réalisation de cet objectif.
3. Je reconnais expressément être entièrement rempli de mes droits et je ne pourrai prétendre à aucune rémunération pour l'exploitation des droits visés aux présentes.
4. Je garantis que je ne suis pas lié par un contrat exclusif relatif à l'utilisation de mon image ou de mon nom.
5. L'élection de domicile est faite par chacune des parties à l'adresse précisée aux présentes. Pour tout litige né de l'interprétation ou de l'exécution des présentes conditions, il est fait attribution expresse de juridiction aux tribunaux compétents statuant en droit français.

Signé par les deux parties, pour accord des conditions inscrites ci-dessus.

Signature de l'étudiant/élève :
(co-signature du représentant légal si l'apprenant est mineur)

Signature de :

SCHALL Denise
Directrice
Instituts de Formation
Groupe Hospitalier Sélestat Obernai

Signé

A : _____ le : _____ / _____ / _____

DEMANDE DE SOUHAIT D'AFFECTATION DE STAGE

ANNEE SCOLAIRE 2020/2021

Réf SEO :	T3N4-9
Version :	V 1
Date :	02/07/2020

CIVILITE : Madame Monsieur

NOM - PRENOM : _____

ADRESSE DURANT LES STAGES : _____

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Possédez-vous un véhicule pour les déplacements en stage ? Oui Non

Avez-vous des enfants ? Oui Non

Précisez leur âge : _____ ans _____ ans _____ ans _____ ans

Si vous avez effectué un stage ou travaillé en secteur hospitalier ou extra hospitalier, précisez l'établissement et le service :

Etablissements	Services

Si un lieu de stage vous a posé problème (hospitalisation antérieure, décès d'un proche, encadrement, etc.), précisez l'établissement et le service :

Etablissements	Services

Si un familial, professionnel de santé, exerce dans un des établissements où vous êtes susceptible d'aller en stage, précisez l'établissement et le service :

Etablissements	Services

Etes-vous sapeur-pompier ? Oui Non

Autres informations utiles pour la construction du parcours de stage :

Madame SCHALL Denise
 Directeur de Soins du Centre de Formation

Affaire suivie par Madame HOLTZ Victoria

☎ 03 88 57 71 33

✉ secretariat.ifas@ghso.fr

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION	
Dossier réceptionné par	
Date	
Cachet	

En application des articles 18 et 19 de l'arrêté du 22 octobre 2005 modifié relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'Aide-Soignant, l'Institut de Formation Aide-Soignant du Groupe Hospitalier Sélestat Obernai met en place les modalités définies dans le titre II- contenu et organisation pédagogique de la formation.

A ce titre nous vous demandons de compléter la demande suivante en nous fournissant les pièces complémentaires nécessaires à l'étude de votre dossier.

RENSEIGNEMENTS INDISPENSABLES AU TRAITEMENT DE VOTRE DOSSIER

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ / _____ / _____

DIPLOME PERMETTANT LA DISPENSE DE FORMATION

- Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Puériculture
- Diplôme d'Ambulancier ou du Certificat de Capacité d'Ambulancier
- Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale ou de la Mention Complémentaire Aide à Domicile
- Diplôme d'Etat d'Aide Médico-Psychologique
- Titre Professionnel d'Assistante de Vie aux Familles
- Diplôme d'Etat d'Accompagnant Éducatif et Social
- Baccalauréat Professionnel « accompagnement, soins, services à la personne »
- Baccalauréat Professionnel « services aux personnes et aux territoires »
- Autre _____

COCHEZ PRECISEMENT LES UNITES DE FORMATION DONT VOUS DEMANDEZ LA DISPENSE

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Unité de Formation 1 | <input type="checkbox"/> Unité de Formation 5 | <input type="checkbox"/> Module de Formation 1 | <input type="checkbox"/> Module de Formation 5 |
| <input type="checkbox"/> Unité de Formation 2 | <input type="checkbox"/> Unité de Formation 6 | <input type="checkbox"/> Module de Formation 2 | <input type="checkbox"/> Module de Formation 6 |
| <input type="checkbox"/> Unité de Formation 3 | <input type="checkbox"/> Unité de Formation 7 | <input type="checkbox"/> Module de Formation 3 | <input type="checkbox"/> Module de Formation 7 |
| <input type="checkbox"/> Unité de Formation 4 | <input type="checkbox"/> Unité de Formation 8 | <input type="checkbox"/> Module de Formation 4 | <input type="checkbox"/> Module de Formation 8 |

PIECES A JOINDRE A LA DEMANDE DE DISPENSE

- ✓ une lettre de motivation argumentant la demande de dispense,
- ✓ le contenu détaillé des enseignements suivis antérieurement.

Je demande à bénéficier d'une dispense d'unité(s) ou de module(s) de formation.

Fait à _____

Le _____ / _____ / _____

Signature de l'apprenant Co-signature du responsable légal si l'apprenant est mineur

CONSIGNES
RESPONSABILITE CIVILE
ANNEE SCOLAIRE 2020/2021

Réf SEO :	T3N4-9
Version :	V 1
Date :	02/07/2020

En qualité d'élève AIDE-SOIGNANT, vous êtes soumis à l'obligation de nous fournir une ATTESTATION RESPONSABILITE CIVILE valable pour la période scolaire :
du 7 septembre 2020 au 9 juillet 2021.

Ci-dessous vous trouverez le texte officiel concernant ce devoir.

**1. Assurance couvrant les risques professionnels
et la responsabilité civile des étudiants en soins infirmiers**

Les frais d'assurance de responsabilité civile sont à la charge des étudiants. Il appartient à ceux-ci de souscrire un avenant limité dans le temps auprès de la compagnie d'assurance qui gère leur contrat multirisques, habitation/responsabilité civile ou celui de leurs parents. Le choix du montant des garanties assurées relève dorénavant de la seule responsabilité des candidats. Les candidats doivent être garantis pour l'ensemble des risques suivants couvrant la responsabilité civile, tant lors du stage que des trajets occasionnés par celui-ci :

- accidents corporels causés aux tiers ;

BO Santé – Protection sociale – Solidarité n° 2010/7 du 15 août 2010, Page 407.

- accidents matériels causés aux tiers ;
- dommages immatériels.

Les IFSI doivent souscrire une assurance couvrant les risques professionnels et la responsabilité civile des étudiants, conformément à l'article L. 412-8 du code la sécurité sociale.

Cette responsabilité civile peut faire partie de votre Multirisque Habitation.

Sachez que la MACSF et la MNH offre également de souscrire gratuitement une responsabilité civile professionnelle pour ceux qui le souhaite (souscription sur leurs sites internet).

Denise SCHALL
Directeur de Soins de l'Institut de Formation
des Aides-Soignants
Du Groupe Hospitalier Sélestat Obernai

Signé