

# DOSSIER APPRENANT

Vous trouverez des informations complémentaires sur le site internet du Centre de Formation du GHSO :  
[www.ifsi-selestat.fr](http://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 2021/2022.

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](mailto: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](mailto: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'horaire 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  
**Aucun remboursement ne sera effectué en cas de désistement**
- Copie d'une pièce d'identité valide recto – verso
- 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 2021)
- Attestation de formation en gestes et soins d'urgence (si formation effectuée)
- Autorisation du droit à l'image complétée et signée
- Attestation justifiant 1 an d'ancienneté au moins en tant qu'ASHQ, si concerné(e)
- Attestation de formation modulaire 70 heures, à destination des Agents des Services Hospitaliers pour participer aux soins d'hygiène, de confort et de bien-être de la personne âgée (si formation effectuée)
- Attestation d'engagement relative aux dispenses de formation complétée, si concerné(e) par ce dispositif
- Questionnaire « Parcours de stage », à compléter via le lien Forms se trouvant sur la dernière page de ce dossier  
[ATTENTION](#) : il faut impérativement cliquer sur « Envoyer » pour valider vos réponses et pour qu'elles nous soient transmises
- Questionnaire « Besoins des bénéficiaires de nos formations », à compléter via le lien Forms se trouvant sur la dernière page de ce dossier  
[ATTENTION](#) : il faut impérativement cliquer sur « Envoyer » pour valider vos réponses et pour qu'elles nous soient transmises
- 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 6 septembre 2021 au 29 juillet 2022,  
**Tout justificatif ne couvrant pas la totalité de la période notée ci-dessus ne sera pas acceptée**  
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 6 SEPTEMBRE 2021**

- 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](http://www.ifs-selestat.fr), rubrique « Rentrée scolaire IFAS », Fichier attaché « 2021 – Comment trouver l'attestation Parcoursup ».**

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS SITUATION DE L'APPRENANT

Réf SEO :	T3N4-9
Version :	V 1
Date :	01/07/2021

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 : \_\_\_\_\_  
 Nbre d'enfants : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_

ADRESSE DURANT LA FORMATION (si location, pendant la formation, d'une chambre, d'un appartement, etc., pour se rapprocher du Centre de Formation)  
 (pensez à nous prévenir de tout changement d'adresse ou téléphone)

Numéro : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

ADRESSE COMPLEMENTAIRE (adresse possible durant les stages - exemple : adresse des parents, etc.)

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 (cocher la case correspondante et compléter si \*)

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 (cocher la case correspondante et compléter si \*)

Région Grand Est  Employeur\* \_\_\_\_\_  A titre personnel

Région Grand Est compensatoire  OPCO\* \_\_\_\_\_  Autres (ex : CPF)\* \_\_\_\_\_

PRISE EN CHARGE DE LA REMUNERATION ET/OU AUTRES AIDES DURANT LA FORMATION (cocher la case correspondante et compléter si \*)

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.)  Transition Pro (ex : CIF)

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

Situation au regard des derniers emplois occupés durant la période de référence comprise dans les 6 mois avant l'entrée en formation de l'année de réussite aux épreuves de sélection et le démarrage de la formation, soit :

du 8 mars 2021 au 6 septembre 2021 (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 : _____

\* Type de contrat - choisir parmi les options suivantes : CDI, CDD, Fonctionnaire, Intérim, Contrat en alternance, Contrat aidé, Service civique ou volontaire, Autre

\*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/amicable, 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 2021/2022**

Réf SEO :	T3N4-9
Version :	V 1
Date :	01/07/2021

Monsieur GRELLIER Frédéric  
Directeur de Soins du Centre de Formation

Affaire suivie par Madame HOLTZ Victoria

☎ 03 88 57 71 33

✉ [secretariat.ifas@ghso.fr](mailto: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 : 01/07/2021

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 M. GRELLIER Frédéric, 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 :

GRELLIER Frédéric  
Directeur  
Instituts de Formation  
Groupe Hospitalier Sélestat Obernai

Signé

A : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

# ATTESTATION D'ENGAGEMENT

RELATIVE AUX DISPENSES DE FORMATION EN VUE DE  
L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT D'AIDE-SOIGNANT

**ANNEE SCOLAIRE 2021/2022**

Réf SEO :

T3N4-9

Version :

V 1

Date :

01/07/2021

**A RETOURNER A L'IFAS AU PLUS TARD LE 20 AOÛT 2021**

Monsieur GRELLIER Frédéric  
Directeur de Soins du Centre de Formation

Affaire suivie par Madame HOLTZ Victoria

☎ 03 88 57 71 33

✉ [secretariat.ifas@ghso.fr](mailto:secretariat.ifas@ghso.fr)

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION	
Date	
Cachet	

**En application de l'article 14 de l'arrêté du 10 juin 2021 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 l'annexe VII – Equivalence de compétences et allègements de formation.**

A ce titre nous vous demandons de compléter la demande suivante.

## 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'Assistant de régulation médicale
- Diplôme d'Etat d'Ambulancier
- Baccalauréat Professionnel « accompagnement, soins, services à la personne »
- Baccalauréat Professionnel « services aux personnes et aux territoires »
- Les diplômes ou certificats mentionnés aux articles D.451-88 et D.451-92 du code de l'action sociale et des familles
- Titre Professionnel d'Assistante de Vie aux Familles
- Titre Professionnel d'Agent de service médico-social

### CHOIX DU CURSUS

CURSUS COMPLET

Je m'engage à réaliser le cursus intégral de formation et à valider toutes les épreuves d'évaluation pour être diplômé(e).  
Je renonce à faire valoir tous les acquis académiques ou professionnels antérieurs durant la formation.

CURSUS PARTIEL

Je bénéficie des dispenses de formation prévues par le référentiel de formation en vigueur à la rentrée du 6 septembre 2021.

*Attention : Transitions Pro privilégie le financement du cursus partiel si votre titre ou diplôme le permet*

Fait à \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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

	<b>PARCOURS DE STAGE</b>	Réf SEO :	T3N4-9
	<b>ANNEE SCOLAIRE 2021/2022</b>	Version :	V 1
		Date :	01/07/2021

L'institut de Formation assure la recherche des places de stage et effectue les affectations des apprenants.

Dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité du Centre de Formation et afin de permettre à l'équipe pédagogique d'élaborer votre parcours de stage au plus près de vos souhaits, nous vous remercions de répondre à l'enquête ci-dessous. Il est essentiel que vous répondiez en toute sincérité.


L'institut de Formation assure la recherche des places de stage et effectue les affectations des apprenants.

Merci de compléter le questionnaire afin de permettre à l'équipe pédagogique d'élaborer votre parcours de stage au plus près de vos souhaits.

<https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=wVlShkj1w0eujjX6SfBsbij2uvgfeIRPuUbmQ-maxEdUQjk1VknPRjQ2Vkc0OVJaT1hWTFkyV1A0TC4u>



Penser à cliquer sur « Envoyer » pour valider vos réponses et pour qu'elles nous soient transmises.

	<b>BESOINS DES BENEFICIAIRES DE NOS FORMATIONS</b>	Réf SEO :	T3N4-9
	<b>ANNEE SCOLAIRE 2021/2022</b>	Version :	V 1
		Date :	01/07/2021

Dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité du Centre de Formation, nous enquêtons sur les prérequis dans certains domaines, afin de connaître vos besoins en formation.

Il est essentiel que vous répondiez au questionnaire ci-après en toute sincérité, l'adaptation de la formation à votre niveau en dépendra.

Merci de compléter le questionnaire en cliquant sur le lien ci-dessous.

<https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=wVlShkj1w0eujjX6SfBsbij2uvgfeIRPuUbmQ-maxEdUQTIGODhKSEZKVFVYNk5OSDdYMjZFRlEwUS4u>



Penser à cliquer sur « Envoyer » pour valider vos réponses et pour qu'elles nous soient transmises.