

IFAS Virginie Olivier  
GHU PARIS PSYCHIATRIE ET NEUROSCIENCES  
Site Sainte-Anne  
1, rue Cabanis 75014 Paris  
Tél : 01 45 65 88 36

INSTITUT DE FORMATION D'AIDES - SOIGNANTS

VIRGINIE OLIVIER

SITE SAINTE-ANNE

**DOSSIER D'INSCRIPTION**  
**ANNÉE SCOLAIRE 2020-2021**

GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences

Institut de Formation en Soins Infirmiers

Institut de Formation d'Aides-Soignants VIRGINIE OLIVIER

SITE SAINTE-ANNE

1 RUE CABANIS 75014 PARIS

**☎ 01.45.65.88.36**

[ifsi@ghu-paris.fr](mailto:ifsi@ghu-paris.fr)

IFAS VIRGINIE OLIVIER 1 rue Cabanis 75014 PARIS ifsi@ghu-paris.fr	<b>DOSSIER D'INSCRIPTION</b> <b>Documents à fournir</b>	For : E AS
		Version :
		DMJ : 10/07/2020

**Tout dossier administratif retourné après le 30 juillet 2020 invalidera l'inscription définitive à l'IFAS.**

	<p>1) La fiche de renseignements remplie (<b>Annexe I</b>)</p> <p>2) La copie de la carte nationale d'identité ou de la carte de séjour en cours de validité (Recto/Verso)</p> <p>3) La copie des diplômes, ou le relevé de notes du Baccalauréat ASSP ou SAPAT pour les candidats concernés. La photocopie du baccalauréat devra être fournie au plus tard <u>le 08 novembre 2020</u> pour les bacheliers 2020.</p> <p>4) 2 photos d'identité récentes, de face, en couleur, nom et prénom au verso.</p> <p>5) La copie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité Sociale sur laquelle est mentionné le propre numéro de Sécurité Sociale de l'élève.</p> <p>6) Un justificatif correspondant à la prise en charge financière de la formation</p> <p>7) Le récépissé du traitement informatisé des données (<b>Annexe II</b>)</p> <p>8) Le dossier médical :</p> <p>- 2 démarches à entreprendre :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• auprès d'un médecin agréé* pour la délivrance d'un certificat médical attestant que le candidat n'est atteint d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession d'aide-soignant.</li> <li>• auprès de son médecin traitant pour une mise à jour des vaccinations exigées en formation. Cette fiche médicale attestera que l'élève remplit les obligations d'immunisation et de vaccination prévues par la réglementation des professionnels de santé en France (<b>Annexe III</b>) <u>Cette fiche médicale de vaccinations</u> sera à remettre à l'IFAS sous pli confidentiel.</li> </ul> <p>* la liste des médecins agréés du département du candidat est à consulter sur le site de l'ARS Tout dossier médical incomplet invalidera l'inscription en formation. La mise à jour de la fiche médicale de vaccinations conditionnera le départ en stage.</p> <p>Les candidats présentant un handicap doivent joindre un courrier d'information à l'institut et une attestation délivrée par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH), Organisme au sein de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).</p>
	<p><b>Demande de bourse</b> : si le candidat pense pouvoir prétendre à une demande de bourse d'études, il doit se connecter sur le site <a href="http://www.iledefrance.fr/fss">www.iledefrance.fr/fss</a> à partir <b>du 17 juillet 2020</b></p>

 <p><b>GHU PARIS</b> PSYCHIATRIE &amp; NEUROSCIENCES</p> <p><b>IFAS VIRGINIE OLIVIER</b> 1 rue Cabanis 75014 PARIS Tél : 01 45 65 88 36 ifsi@ghu-paris.fr</p>	<p><b>PROMOTION 2020/2021</b> <b>Fiche de renseignements</b></p>	<b>Annexe I</b>
		Version : 1
		DMJ : 10/07/2020

**NOM PATRONYMIQUE :** ..... **NOM D'USAGE :** .....

Prénom : ..... Sexe.....

Date de naissance : ...../...../.....Lieu de naissance (département + ville) : .....

Nationalité : .....

Carte Nationale d'Identité, durée de validité (indiquer la date de validité) : .....

Carte de séjour, durée de validité (indiquer la date d'expiration) : .....

Situation familiale : .....

N° sécurité sociale : .....

Centre de sécurité sociale :

- Ayant Droit
- Régime Général
- Autre : .....

N° de téléphone fixe : .....

N° de téléphone portable : .....

**Adresse Email personnelle (obligatoire) :** .....

Adresse à la rentrée de septembre 2020	Changement en cours d'année <b>A signaler au secrétariat</b>

<b>PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE</b>
Nom :
Prénom :
N° de téléphone fixe :
N° de téléphone portable :

**Itinéraire utilisé pour venir à l'IFAS :** métro, RER, bus...

**Je soussigné(e), certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.  
Toute déclaration inexacte, entraînera la perte du bénéfice de l'inscription.**

A : ..... Le .....Signature :

**IFAS VIRGINIE OLIVIER**  
**1 rue Cabanis 75014 PARIS**  
**Tél : 01 45 65 88 36**  
**ifsi@ghu-paris.fr**

**Annexe II**

Je soussigné(e) Madame, Monsieur,

.....

Déclare avoir pris connaissance que les informations recueillies dans mon dossier d'inscription à l'Institut de Formation d'Aides-Soignants Virginie Olivier du site Sainte-Anne font l'objet d'un traitement informatisé dans un cadre strictement professionnel.

Conformément à la réglementation européenne en date du 25 mai 2018, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent.

Si vous souhaitez exercer ces droits et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser à l'IFAS Virginie Olivier – 1 rue Cabanis-75014 PARIS

Fait à .....

Le ..../..../....

Signature de l'élève ou du représentant légal si l'élève est mineur(e) :

Annexe III

FICHE MEDICALE A VALIDER PAR UN MEDECIN

Avant votre entrée en formation, vous devez apporter la preuve que vous êtes vacciné(e) contre différents risques infectieux. **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 votre médecin traitant.**

Nom de naissance : ..... Nom d'épouse : .....

Prénoms : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Institut de formation : .....

Année d'admission : .....

**Hépatite B\* Joindre les résultats sérologiques quelle que soit la date\*\***

**Rappel des conditions d'immunisation :**

- 1) **Ac anti-HBs** > 100 UI/l (quels 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)

Les différents schémas complets :

- soit classique (3 doses) : 2 doses à 1 mois d'intervalle, la 3<sup>ème</sup> au moins 5 mois après la 2<sup>ème</sup> dose
- soit à l'adolescence (de 11 à 15 ans) : 2 doses espacées de 6 mois
- soit accéléré (à titre exceptionnel) : 3 doses en 21 jours, rappel à 1 an

Avec un vaccin contre l'hépatite B dosé à **20µg**

- **Première dose => date :** .... /.... /.... **Nom :** .....
- **Deuxième dose => date :** .... /.... /.... **Nom :** .....
- **Troisième dose => date :** .... /.... /.... **Nom :** .....
- **Injections supplémentaires => date :** .... /.... /.... **Nom :** .....
- => date : .... /.... /.... **Nom :** .....
- => date : .... /.... /.... **Nom :** .....
- => date : .... /.... /.... **Nom :** .....

**Tuberculose :** Les dispositions réglementaires ont été récemment modifiées. A compter du 1er avril 2019, l'obligation d'une vaccination par le BCG est suspendue pour les personnes qui sont inscrites dans les établissements préparant au métier d'aide-soignant.

*Toutefois, le médecin de santé au travail du lieu de stage apprécie l'exposition au risque de tuberculose.*

*Une IDR sera pratiquée que s'il y a risque et pas de vaccination antérieure.*

*Une vaccination par le vaccin antituberculeux BCG sera proposée au cas par cas aux élèves possiblement exposés de façon répétée au risque tuberculeux dans le cadre de leurs stages, non antérieurement vaccinés et ayant un test immunologique de référence négatif.*

Un Test tuberculinique de référence est obligatoire

IDR effectuée le : \_\_\_\_\_ taille de l'induration en mm :

Si vaccination antérieure : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ N° lot : \_\_\_\_\_

**Rougeole-Oreillons- Rubéole(ROR)**

Personnes nées avant 1980 :  antécédent de rougeole – date.../.../...

pas d'antécédent de rougeole ou doute : vaccination 1 dose recommandée sans contrôle sérologique préalable

Personnes nées après 1980 : vaccination 2 doses recommandées quels que soient les antécédents

Schéma vaccinal :

1<sup>ère</sup> dose : date.../.../.... Nom : .....

2<sup>ème</sup> dose : date.../.../.... Nom : .....

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

**Rappel dTPca si un vaccin coquelucheux n'a pas été administré dans les 5 dernières années (respecter un délai de 1 mois après le dernier dTP). Lors des rappels à âge fixe (25, 45 et 65 ans), sera réalisé systématiquement un dTPca**

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

Dernier rappel dTPcaP =>

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

.....

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

Fait le :  
Signature et cachet du praticien :

\*Obligatoire

\*\* Nous vous rappelons que tous les éléments demandés doivent être joints sous pli confidentiel, adressés au secrétariat de l'IFAS.

**IFAS VIRGINIE OLIVIER**  
**1 rue Cabanis 75014 PARIS**  
**Tél : 01 45 65 88 36**  
**ifsi@ghu-paris.fr**

NOM :

Prénom :

Adresse :

CP – Ville :

**Inscrire votre nom, prénom et adresse complète dans le cadre ci-dessus pour le retour de l'attestation de réception**

**ATTESTATION DE RÉCEPTION**

Votre dossier d'inscription administrative pour la rentrée de septembre 2020 à l'Institut de Formation d'Aides-Soignants a bien été réceptionné le .....

Complet

Incomplet

Merci de fournir les pièces suivantes **avant le 17 juillet 2020** cachet de la poste faisant foi.

- Fiche de renseignement (Annexe I)
- Copie recto-verso lisible d'une pièce d'identité ou titre de séjour en cours de validité,
- Copie de votre diplôme, ou relevé de notes du Baccalauréat pour les diplômés de 2020,
- 2 photos d'identité de face, en couleur, avec vos Nom et Prénom au verso
- Copie de votre attestation d'immatriculation à la Sécurité Sociale
- Justificatif correspondant à la prise en charge financière de la formation
- Récépissé du traitement informatisé des données (Annexe II)
- Fiche médicale (Annexe III)

Signature et cachet de l'IFAS