



**INSTITUT DE FORMATION AIDES-SOIGNANTS**  
**CENTRE HOSPITALIER EMILE DURKHEIM**  
**2 Avenue Robert Schuman – BP 590 - 88021 EPINAL**  
☎ 03 29.68.74.02  
E-mail : [sec.ifas@ch-ed.fr](mailto:sec.ifas@ch-ed.fr)

# **DOSSIER D'INSCRIPTION**

## **EN INSTITUT DE FORMATION D'AIDE-SOIGNANT**

### **APPRENTISSAGE 2025**

**RENTREE LE 24 MARS 2025**

**DATE LIMITE DU DEPOT DES DOSSIERS LE 3 MARS 2025**

**sous réserve de modifications induites par le contexte sanitaire**

Les conditions d'admission sont fixées par Arrêté ministériel du 07 avril 2020 modifié relatif aux modalités d'admission aux formations conduisant aux diplômes d'Etat d'aide-soignant

## PRESENTATION DE L'INSTITUT DE FORMATION AIDES SOIGNANTS (IFAS)

**Directrice : Anne GRANDHAYE**

**Adjointe à la Directrice - Coordinatrice Pédagogique : Carole PIERRAT**

**Secrétaire : Sabrina GIL**

**☎ 03 29 68 74 02**

**E-mail : [sec.ifas@ch-ed.fr](mailto:sec.ifas@ch-ed.fr)**

**Site : <http://ch-emile-durkheim.fr/concours-entree-ifas-epinal/>**

Ouverture au public du secrétariat : 9h - 12h et 14h - 16h

L'IFAS est l'un des 4 instituts du département des Vosges. Il est géré par le Centre Hospitalier Emile Durkheim.

Sant'EST CFA

**☎ 03 83 41 62 70**

**E-mail : [contact@santestcfa.fr](mailto:contact@santestcfa.fr)**

**Site : <http://www.santestcfa.fr>**

## LE METIER D'AIDE SOIGNANT

Intégré à une équipe de soins, l'aide-soignant assiste l'infirmier dans les activités quotidiennes de soins.

Il contribue au bien-être des malades, en les accompagnant dans tous les gestes de la vie quotidienne et en aidant au maintien de leur autonomie.

En collaboration avec l'infirmier et sous sa responsabilité, l'aide-soignant assure auprès des patients des soins d'hygiène et de confort : toilette, repas, réfection des lits, accueil, installation et transfert des patients... Il transmet ses observations par écrit et par oral pour assurer la continuité des soins. Il participe à la réalisation d'animations à destination des personnes admises dans des centres de soins de suite et de rééducation ou des résidents en hébergement.

L'aide-soignant peut être amené à travailler la nuit, le week-end et les jours fériés.

Le métier d'aide-soignant s'exerce aussi bien à l'hôpital public, qu'en établissements de soins privés, et en établissements d'hébergement pour personnes âgées.

## I- CONDITIONS D'INSCRIPTION

L'admission en formation par apprentissage est subordonnée :

- à l'obtention d'un contrat d'apprentissage avec un employeur
- à l'envoi du dossier de candidature à l'Institut

Le candidat doit être âgé de 17 ans le jour de son entrée en formation et avoir moins de 30 ans.

Tous les candidats seront reçus en entretien

## II- DOSSIER D'INSCRIPTION

### Composition du dossier :

- la fiche d'inscription
- une promesse d'embauche en contrat d'apprentissage
- une pièce d'identité valide (carte d'identité, passeport ou titre de séjour). Le récépissé de demande de titre de séjour ne suffit pas
- une lettre de motivation
- un CV

## CONDITIONS MEDICALES

Compte tenu des délais à respecter entre les différentes vaccinations et pour ne pas vous exposer soit à perdre le bénéfice de l'admission soit à ne pas être affecté en stage le moment venu, nous vous incitons à démarrer, dès votre inscription, le programme de vaccinations vous permettant d'être ainsi en règle à la rentrée.

En effet, l'article 8 ter de l'Arrêté du 07 avril 2020 stipule que :

« L'admission définitive dans un institut de formation d'aides-soignants est subordonnée :

1° A la production, au plus tard le premier jour de la rentrée, d'un certificat médical uniquement par un **médecin agréé** (liste disponible sur le site <http://www.ars.grand-est.sante.fr/Listes-des-medecins-agrees.103860.0.html> attestant que le candidat n'est atteint d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession à laquelle il se destine.

2° A la production, au plus tard le jour de la rentrée, d'un certificat médical attestant que l'élève remplit les obligations d'immunisation et de vaccination prévues le cas échéant par les dispositions du titre 1er du livre 1er de la troisième partie législative du code de la santé publique ».

A titre informatif, nous vous transmettons, ci-dessous, l'attestation médicale de vaccinations obligatoire pour l'entrée en formation. Attestation à remplir par votre médecin traitant et à remettre à l'Institut, à la rentrée, afin de respecter le schéma vaccinal et les échéances imposées.

Il vous sera demandé d'apporter votre carnet de santé et/ou de vaccination, au moment de la rentrée.

## LA VACCINATION CONTRE LE COVID EST RECOMMANDÉE POUR ACCÉDER A LA FORMATION

 Département des Ressources Humaines en Santé	<b>ATTESTATION MEDICALE DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES POUR L'ENTREE EN FORMATION DE</b> NOM : ..... Prénom : .....	DRHS/INM P-002 V7-03/2021									
	Compléter impérativement les dates en précisant JJ/MM/AA										
<b>DIPHTERIE-TETANOS-POLIO-COQUELUCHE</b>											
1 <sup>ère</sup> Injection le : ..... 2 <sup>ème</sup> Injection le : ..... 3 <sup>ème</sup> Injection le : .....	1 <sup>er</sup> Rappel : ..... 2 <sup>ème</sup> Rappel : ..... 3 <sup>ème</sup> Rappel : ..... 4 <sup>ème</sup> Rappel : ..... 5 <sup>ème</sup> Rappel : .....	Age: ..... Age: ..... Age: ..... Age: ..... Age: .....									
<b>HEPATITE B</b>											
La vérification de l'immunisation et de l'absence d'infection par le VHB est obligatoire pour tous les étudiants et personnels de santé relevant de la vaccination obligatoire contre le VHB. Le schéma vaccinal recommandé chez l'adulte comporte 3 doses 1 <sup>ère</sup> Injection le : ..... 2 <sup>ème</sup> Injection le : ..... 3 <sup>ème</sup> Injection le : ..... Taux d'anticorps : (METTE LA COPIE DU RESULTAT DU TAUX) :											
<table border="1"> <tr> <td>Taux d'anticorps anti Hbs</td> <td>&gt;100 UI/L</td> <td>Immunisé</td> </tr> <tr> <td></td> <td>10 -100 UI/L</td> <td>réappeler Ag Hbs (si Ag Hbs négatif : immunisé)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>&lt;10</td> <td>non protégé : reprendre le schéma vaccinal</td> </tr> </table>	Taux d'anticorps anti Hbs	>100 UI/L	Immunisé		10 -100 UI/L	réappeler Ag Hbs (si Ag Hbs négatif : immunisé)		<10	non protégé : reprendre le schéma vaccinal	En cas de doute : <b>CONSULTER LE MEDECIN AGREE REFERENT ARS</b>	
Taux d'anticorps anti Hbs	>100 UI/L	Immunisé									
	10 -100 UI/L	réappeler Ag Hbs (si Ag Hbs négatif : immunisé)									
	<10	non protégé : reprendre le schéma vaccinal									
Immunisation <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non											
<b>FIEVRE TYPHOIDE - A vérifier avant une entrée en stage à risque</b>											
Recommandé : pour les élèves, étudiants ou professionnels de santé ayant un stage ou une activité à risque de contamination (i.e. lors de la manipulation d'échantillons biologiques, en particulier de selles, susceptibles de contenir des salmonelles). Le décret n° 2020-28 du 14 janvier 2020 suspend l'obligation vaccinale contre la fièvre typhoïde.											

VACCINS RECOMMANDES*		
Vaccins	Oui / Date	Non
ROR		
Rougeole		
Rubéole		
Varicelle		
Coqueluche		
Hépatite A		
Grippe (annuellement)		

\* Cf. recommandations et modèles sur <https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Recommandations-vaccinales-spezifiques/Professionnels-exposes-a-des-risques-spezifiques/Professionnels-de-sante>

<b>BCG - pour information</b> Le décret n°2019-149 du 27 février 2019 suspend l'obligation de vaccination contre la tuberculose des professionnels visés aux articles R.3117-1 C, R.3117-2 du code de la santé publique. Ainsi, la vaccination par le BCG ne sera plus exigée lors de la formation ou de l'embauche de ces professionnels dès le 1 <sup>er</sup> janvier 2019. Toutefois, il s'agit d'indiquer au médecin du travail d'évaluer ce risque et de proposer, le cas échéant, une vaccination par le vaccin existant (vaccin BCG) à ces personnes aux professionnels du secteur sanitaire et social non antérieurement vaccinés, à l'attention des immunologues de référence négatifs et susceptibles d'être très exposés. <b>Ci-dessous l'information BCG IFSM/FAS EPINAL</b> <b>ATTENTION :</b> le certificat d'aptitude de l'élève à l'entrée en formation dépend de ces indications. Je soussigné(e), Docteur ..... Certifie que Mme – Mr ..... a répondu à ses obligations vaccinales selon le texte en vigueur et a reçu les vaccinations obligatoires précédentes.
SIGNATURE DU MEDECIN : ..... CACHET : .....

Pour toute information, vous pouvez vous rendre sur le site Vaccination Info Service.fr  
<https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Recommandations-vaccinales-spezifiques/Professionnels-exposes-a-des-risques-spezifiques/Professionnels-de-sante>




## CAPACITE D'ACCUEIL

L'IFAS d'Epinal dispose d'un quota de 3 places en formation par apprentissage.

## COÛT ET PRISE EN CHARGE DE LA FORMATION

Les frais de formation sont pris en charge par votre employeur.

A titre indicatif, le coût de formation est de 6 200€ pour un cursus complet.

## LA FORMATION

La formation en apprentissage se déroule de la façon suivante :

- des périodes d'enseignements théoriques
- quatre périodes de stage : 2 chez l'employeur et 2 hors employeur

A l'issue du cursus de formation, l'IFAS présente les apprentis au jury final.

**APPRENTISSAGE 2025**  
**INSTITUT DE FORMATION AIDE SOIGNANT DU CH EMILE DURKHEIM**

*(Avant de renseigner les rubriques ci-dessous, lisez attentivement la notice jointe)*

## FICHE D'INSCRIPTION

MADAME       MONSIEUR

NOM de NAISSANCE .....

PRENOMS .....

NOM MARITAL .....

DATE DE NAISSANCE .....

DEPT et VILLE DE NAISSANCE .....

SITUATION FAMILIALE .....

TEL FIXE |\_.|\_.|\_.|\_.|\_.|      ..... TEL PORTABLE |\_.|\_.|\_.|\_.|\_.|

E-MAIL .....

ADRESSE .....

CODE POSTAL |\_.|\_.|\_.|\_.|      VILLE .....

**NOM ET COORDONNÉES DE L'EMPLOYEUR :**

Etablissement : .....

Directeur d'établissement : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

J'accepte sans réserve le règlement qui régit l'admission.

Je soussigné(e) atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document et avoir pris connaissance des informations fournies et relatives à la formation.

Fait à :..... Le

Signature du candidat

ou du représentant légal (pour les mineurs) :