

**DOSSIER D'INSCRIPTION ADMINISTRATIVE
ET
INFORMATIONS RELATIVES A LA RENTREE SCOLAIRE 2025**

**RENTREE SCOLAIRE LE LUNDI 1^{ER} SEPTEMBRE 2025 à 8 Heures 30
dans les locaux de l'IFAS situé 12 Quai Dillon**

Afin de finaliser votre inscription à l'Institut de Formation d'Aides-Soignants (IFAS) du Centre Hospitalier de Narbonne, nous vous remercions de contacter sans délai le secrétariat (04.68.42.66.11.) qui vous proposera un rendez-vous pour la restitution de votre dossier **COMPLET** entre :

- Le jeudi 21 août 2025 et le mardi 26 août 2025, à l'adresse suivante :

I.F.A.S.
12 Quai Dillon – BP 824
11108 NARBONNE Cedex

I- FORMALITES ADMINISTRATIVES A ACCOMPLIR

1. ATTESTATION MEDICALE D'IMMUNISATION ET DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES

Conformément à la réglementation en vigueur vous devez fournir une attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires. **Elle est indispensable et conditionne la mise en stage (Annexe 2: « attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires » : à faire compléter et signer par le médecin).**

La vaccination contre l'Hépatite B est obligatoire pour tout élève paramédical.

A ce propos, il est impératif, si cela n'a pas été le cas, de commencer le plus rapidement possible la première injection (hépatite B). Plusieurs injections sont nécessaires pour atteindre le taux d'anticorps attendu. En effet, pour votre protection vis-à-vis des maladies infectieuses et avant votre 1^{ère} mise en stage, il est obligatoire d'être à jour des vaccinations selon les dispositions de l'arrêté du 2 mars 2017 suspendant les annexes I et II de l'arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L 3111-4 du code de la santé publique.

Extrait de l'article L3111-4 code de la santé publique :

« Une personne qui, dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention de soins ou hébergeant des personnes âgées, exerce une activité professionnelle l'exposant à des risques de contamination doit être immunisée contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et la grippe .../... »

*Tout élève ou étudiant d'un établissement préparant à l'exercice des professions médicales et des autres professions de santé dont la liste est déterminée par arrêté du ministre chargé de la santé, qui est soumis à l'obligation d'effectuer une part de ses études dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention ou de soins, **doit être immunisé contre les maladies mentionnées à l'alinéa premier du présent article.../... »***

⇒ **A défaut de la production de cette attestation médicale, votre admission ne pourra pas être validée.**

2. CERTIFICAT D'UN MEDECIN AGREE

Vous devez fournir un certificat émanant **d'un médecin agréé (Annexe 3 : « Certificat médical d'aptitude »)**. Ce certificat atteste que vous présentez les aptitudes physiques et psychologiques nécessaires à l'exercice de la profession. La liste des médecins agréés est consultable sur le site de l'ARS de votre Région.

⇒ **Votre admission est subordonnée à la production de ce certificat.**

3. CONSTITUTION DU DOSSIER D'INSCRIPTION ADMINISTRATIVE

A fournir :

- 1 fiche de renseignements complétée, datée et signée (**Annexe 1**)
- 2 photos d'identité avec le nom inscrit au verso. Vous collerez une des 2 photos sur la fiche d'identification à l'endroit réservé
- 2 copies de votre pièce d'identité recto-verso
Pour information, votre pièce d'identité devra être valide au moment de votre présentation au Diplôme d'Etat, nous vous demandons donc de faire renouveler dès maintenant votre pièce d'identité si celle-ci n'est plus valide.
- 1 attestation d'assurance responsabilité civile
- 1 photocopie de la carte d'immatriculation à la Sécurité Sociale avec attestation d'ouverture des droits
- 1 copie de votre ou vos diplôme(s) obtenu(s), le cas échéant
- l'attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires (**Annexe 2**)
- le certificat médical d'aptitude du médecin agréé (**Annexe 3**)
- l'attestation «votre situation à la rentrée» complétée, datée et signée (**Annexe 4**)
- l'attestation de droit à l'image et au respect de la vie privée (**Annexe 5**)
- l'autorisation parentale pour les mineurs à l'entrée de la formation (**Annexe 6**)

II- INFORMATIONS DIVERSES

1. DEMANDE DE BOURSE

Les candidats admis qui souhaiteront faire une demande de bourse sanitaire et sociale régionale au titre de la rentrée de septembre 2025, pourront saisir en ligne du 2 juin au 31 octobre 2025, leur dossier sur le site suivant :

<https://www.laregion.fr/bourses-études-sanitaires-sociales>

Code Etablissement demandé en début de saisie : **IFASNARBONNE2526** (ce code est réservé uniquement aux élèves de l'IFAS du Centre Hospitalier de Narbonne. Par ailleurs la Région demandera à l'IFAS une confirmation de votre inscription).

2. COÛT DE LA FORMATION

- Les études sont prises en charge par la Région Occitanie pour les élèves qui pourront justifier au plus tard le jour de la rentrée de septembre 2025 du statut de demandeur d'emploi ou de « poursuite de scolarité ». Le terme de « poursuite de scolarité » correspond à une personne inscrite dans un cursus scolaire depuis le secondaire.

- Pour les élèves en formation continue, le coût incombe à l'employeur ou l'organisme paritaire (OPCO) au sein duquel le candidat aura fait une demande de prise en charge.
- Pour les élèves qui ne rempliront pas une des conditions énumérées ci-dessus (personnes en disponibilité, autre...), le coût de la formation leur incombera.

A titre indicatif, le tarif annuel s'élève pour l'année 2025/2026 à 7 500 € pour un cursus complet (tarif révisable annuellement).

Il vous est demandé de compléter l'annexe 4 afin de nous renseigner sur votre situation à l'entrée en formation.

3. FRAIS A PREVOIR AU COURS DE LA FORMATION

Pour le bon déroulement de votre formation, il est souhaitable d'obtenir :

- **Un ordinateur portable et une imprimante.** Ils sont vivement conseillés pour la réalisation des travaux écrits à rendre.
- **votre permis de conduire et un véhicule** pour vos déplacements en stages.
- **Une tenue professionnelle** (cf fiche technique : **Annexe 7**) ainsi qu'une **paire de chaussures** conformes aux normes de sécurité pour les ateliers pratiques réalisés à l'Institut. Vous êtes libre du choix du fournisseur.

La Directrice



Christelle SAVALLE

ANNEXE 1
FICHE DE RENSEIGNEMENTS - Promotion 2025 - 2026

ETAT CIVIL :

NOM DE NAISSANCE :

NOM D'USAGE :

Prénoms :

Sexe : Féminin

Masculin

Date de naissance :

Lieu de naissance :
(ville + n° département)

Nationalité :

Photo

Situation familiale :

N° Sécurité Sociale :

DOMICILIATION :

Adresse complète :

N° de Tél. fixe:

N° de Tél. mobile :

Adresse Email :

DIPLÔMES A L'INSCRIPTION :

Diplômes obtenus ou niveau d'études	Date d'obtention du diplôme	Ville d'obtention du diplôme
-		
-		

PERMIS B :

OUI

NON

EN COURS

Moyen de locomotion :

TENUES PROFESSIONNELLES :

En prévision des besoins en tenues professionnelles, merci d'indiquer votre taille sur le modèle suivant 36, 38, 40 etc... :

Tunique :

Pantalon :

DEMANDE D'AMENAGEMENT DE FORMATION :

OUI (fournir attestation notification MDPH)

NON

Fait à, le

Signature de l'étudiant

**ATTESTATION MEDICALE D'IMMUNISATION
ET DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES**

Je soussigné(e) Docteur

certifie que M/Mme né(e) le.....

- Candidat(e) admis(e) en formation de : Aide-soignant(e) Infirmier(e)

A été vacciné(e)

● **CONTRE LA DIPHTERIE, LE TETANOS ET LA POLIOMYELITE :**

(Arrêté du 02 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 du code de la santé publique)

Nom du vaccin	Date

● **CONTRE L'HEPATITE B (démarche à entreprendre dès réception du dossier d'inscription administrative)**

(Arrêté du 2 mars 2017 suspendant les annexes 1 et 2 de l'arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 du code de la santé publique)

Nom du vaccin	Date
1ère injection	
2ème injection	
3ème injection	
Taux d'anticorps anti-HBsUI/L	

Selon les conditions définies, il/elle est considéré(e) comme :
(Rayer les mentions inutiles) :

- immunisé(e) contre l'hépatite B : oui non
- non répondeur (se) à la vaccination : oui non
- Fournir copie de la dernière sérologie

Je soussigné(e) Dr certifie que M. ou Mme est à jour de ses vaccins pour exercer ou aller en stage en milieu de soins, conformément aux arrêtés et décrets ci-dessus en référence)

Lieu

Date :

Signature et cachet du médecin

Nota bene : selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour ces professionnels de santé, il est par ailleurs recommandé d'être immunisé contre la coqueluche, la rougeole, la varicelle et la grippe saisonnière.

ANNEXE 3



IFAS DU CENTRE HOSPITALIER DE
NARBONNE



CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE D'UN MEDECIN AGRÉE

Je soussigné, Docteur , Médecin Agréé, certifie avoir examiné

M. Mme

Né(e) le

et atteste que la personne mentionnée ci-dessus possède :

- ne présente pas de contre-indication physique et psychologique
- présente une contre-indication physique et psychologique

à l'exercice de la profession d'aide-soignant

Fait leà

Signature et cachet du Médecin Agréé

Nota Bene : La liste des médecins agréés est consultable sur le site de l'ARS de votre Région.

ANNEXE 4

ATTESTATION

« Votre situation à la rentrée de septembre 2025 »

1. Votre situation à la rentrée du 1^{er} septembre 2025 :

Je soussigné(e)

Admis(e) en :

- | | | | | |
|--------------------------|------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | formation d'aide-soignant(e) | } | <input type="checkbox"/> | cursus complet |
| | | | | <input type="checkbox"/> |
- atteste que je suis :**
- demandeur d'emploi
 - n° d'identifiant France Travail :
 - date d'inscription à France Travail :
(fournir un justificatif)
 - Etes-vous indemnisé(e) par France Travail ? (fournir un justificatif)
 OUI NON
 - en poursuite de scolarité (fournir un certificat de scolarité de l'année précédant l'entrée en formation)
 - en promotion professionnelle (fournir une attestation de prise en charge de l'employeur)
 - en disponibilité
 - autre (Préciser

2. Lettre d'engagement de prise en charge individuelle :

A défaut d'une prise en charge par un organisme financeur, par votre employeur ou la Région, vous vous engagez à financer vous-même votre formation

- Oui
- Non

Le signataire atteste de l'exactitude de tous les renseignements portés sur le présent document et s'engage à nous informer de tout changement.

Date :
Signature

ANNEXE 5



IFAS DU CENTRE HOSPITALIER DE
NARBONNE



ATTESTATION DE DROIT A L'IMAGE ET AU RESPECT DE LA VIE PRIVEE

Droit à l'image et au respect de la vie privée Demande d'autorisation à des fins pédagogiques et éducatives

Je soussigné (e), (Nom, Prénom, adresse) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

- Autorise**
- N'autorise pas**

L'IFSI – IFAS à me photographier, à me filmer et à enregistrer ma voix pour publier, exposer, diffuser la (les) photographies ou le (les) films me représentant pour les usages suivants :

- Présentation lors d'une activité pédagogique,
- Vidéo sur un sujet à caractère pédagogique,
- Exposition de photographies dans le cadre des activités pédagogiques,
- Publication sur le site Internet de l'Institut,
- Autres usages.

La publication ou la diffusion de votre image ne sera ni communiquée, ni vendue, ni utilisée à d'autres usages que ceux mentionnés ci-dessus, sans porter atteinte à votre dignité, à votre vie privée ou à votre réputation.

Fait à

Date.....

ANNEXE 6



IFAS DU CENTRE HOSPITALIER DE
NARBONNE



AUTORISATION PARENTALE POUR LES MINEURS À L'ENTRÉE EN FORMATION D'AIDE-SOIGNANT

Je soussigné(e), **[Nom et prénom du parent ou tuteur légal]**.....,
né(e) le **[date de naissance]**.....à **[lieu de naissance]**.....,
demeurant au **[adresse complète]**.....,
titulaire de l'autorité parentale sur **[Nom et prénom de l'enfant]**.....,
né(e) le **[date de naissance de l'enfant]**.....à **[lieu de naissance]**.....,
autorise mon fils/ma fille à s'inscrire et à suivre la formation d'Aide-Soignant dispensée par
L'IFMS de Narbonne, à compter du 1^{er} septembre 2025.

Je reconnais avoir été informé(e) du contenu, de la durée et des modalités de cette
formation, et je donne mon plein accord pour que mon enfant y participe.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à **[ville]**....., le **[date]**.....

Signature du parent ou tuteur légal :

(Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »)

IFAS DU CENTRE HOSPITALIER DE
NARBONNE

**FICHE TECHNIQUE TENUE
DES ETUDIANTS/ELEVES**

TUNIQUE

Composition	Sergé P/C 65/35
Couleur	Blanche sans liseré
Grammage	210gr
Entretien	Lavage 40° Séchage 160°
Détail	Manches courtes - 1 poche poitrine (gauche ou droite) - 2 poches basses - fermeture par pressions

PANTALON

Composition	Sergé P/C 65/35
Couleur	Blanc
Grammage	210gr
Entretien	Lavage 40° Séchage 160°
Détail	Ceinture tout élastique. Sans poche.