

IFAS Pôle Santé Sarthe et Loir  
12 rue du Léard - LA FLECHE  
☎ 02.44.71.34.43

**Adresse postale** : La chasse du point du jour CS 10129  
Le Bailleur 72205 LA FLECHE Cédex  
ifsi@pole-pssl.fr

**FICHE D'INSCRIPTION CYCLE PREPARATOIRE AU CONCOURS  
D'ENTREE EN FORMATION AIDE - SOIGNANTE 2017-2018**

Nom [ ] Prénom [ ]

Nom de jeune fille pour les femmes mariées [ ]

Situation familiale [ ]

Date et Lieu de naissance [ ]

Adresse [ ]  
Bâtiment - escalier- numéro -rue

[ ] [ ]  
Code Postal Commune

Téléphone [ ] Portable [ ]

Mail [ ]

**Paiement souhaité**  1 fois  2 fois  3 fois

**Le dossier d'inscription à faire parvenir au centre de formation comprend :**

- cette **fiche d'inscription remplie, datée et signée**
- une photo d'identité à coller sur cette feuille
- fiche de choix et le **règlement non remboursable validant l'inscription**
- Une photocopie de la carte d'identité signée par vous
- une photocopie des diplômes ou titres
- un curriculum vitae
- une attestation de responsabilité civile
- fiche médicale attestant de vos attitudes physiques et psychologiques, et que vos **vaccinations sont à jour**
- 2 enveloppes auto-collantes format 110X220, affranchies au tarif en vigueur.

Je soussigné(e) atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document.

A Le

Signature

**Cadre Réservé à l'I.F.A.S.**

N° de dossier

- Photocopie carte d'identité
- Photocopie diplôme
- CV
- Responsabilité civile
- Fiche médicale
- Fiche de choix
- Règlement

**Photo  
à coller**

**CHOIX ET ENGAGEMENT DE PAIEMENT VALIDANT  
L'INSCRIPTION CYCLE PREPARATOIRE AU CONCOURS**

IFSI/IFAS  
POLE SANTE SARTHE ET LOIR  
LA FLECHE

DIRECTEUR  
Monsieur HERCE

SECRETARIAT  
TEL. : 02.44.71.34.43  
TELECOPIE : 02.44.71.34.46  
ifsi@pole-pssl.fr

Je soussigné (e) (Nom – Prénom).....  
(Adresse).....  
.....

m'engage à m'inscrire et régler la somme correspondant à la formation cycle préparatoire au concours ..... soit ..... € par chèque(s) bancaire(s) selon le paiement souhaité 1, 2 ou 3 fois ( A titre indicatif 1<sup>er</sup> chèque au 30/10/17, 2<sup>ème</sup> chèque au 30/12/17, 3<sup>ème</sup> chèque au 28/02/2018) .

**Joindre tous les chèques à cette confirmation qui validera votre inscription définitive.**

**Aucun remboursement ne sera effectué en cas d'arrêt ou de désistement.**

Merci de confirmer votre choix :

**Concours Infirmier**

- Liste 1 (bacheliers et équivalence) 950 €
- Liste 2 (AS/AP) 700 €
- Liste 3 (personne titulaire diplôme infirmier hors union européenne) 300 €
- Liste 5 (PACES validation 1<sup>ère</sup> année de médecine) 300 €

**Concours aide-soignant**

- Liste 1 (droit commun) 800 €
- Liste 2 (Préparation orale) 700 €
- Liste 3 (Bac Pro ASSP ou SAPAT) \* 400 €
- Liste 4 (Passerelles) 400 €

\* les personnes titulaires du Bac pro ASSP ou SAPAT ou en terminale de ces bacs lors de l'inscription au concours, ont le choix de s'inscrire soit sur la liste 1 (cursus complet) soit sur la liste 3 (cursus partiel)

A.....Le.....Signature du candidat



**Attestation médicale  
d'immunisation et de vaccinations obligatoires**



TAMPON DU PRATICIEN

Lieu, date :

Je, soussigné(e) Dr

, certifie que M / Me

Nom :

Prénom :

Né(e) le

- Candidat(e) à l'inscription préparation au concours (*cocher la filière choisie*) :

aide-soignant

infirmier

a été vacciné(e) :

• **Contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite :**

Dernier Rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N° lot

• **Contre l'hépatite B**, selon les conditions définies au verso, il/elle est considéré(e) comme (*raier les mentions inutiles*) :

- immunisé(e) contre l'hépatite B :            oui            non
- non répondeur(se) à la vaccination :        oui            non
- en cours de vaccination                        oui            non

si en cours de vaccination :

	Nom du vaccin	Réalisé le
1 <sup>ère</sup> injection		
2 <sup>ème</sup> injection		
3 <sup>ème</sup> injection		
4 <sup>ème</sup> injection		
5 <sup>ème</sup> injection		
6 <sup>ème</sup> injection		

**Joindre impérativement le résultat de la sérologie AC anti HBs faite en laboratoire**

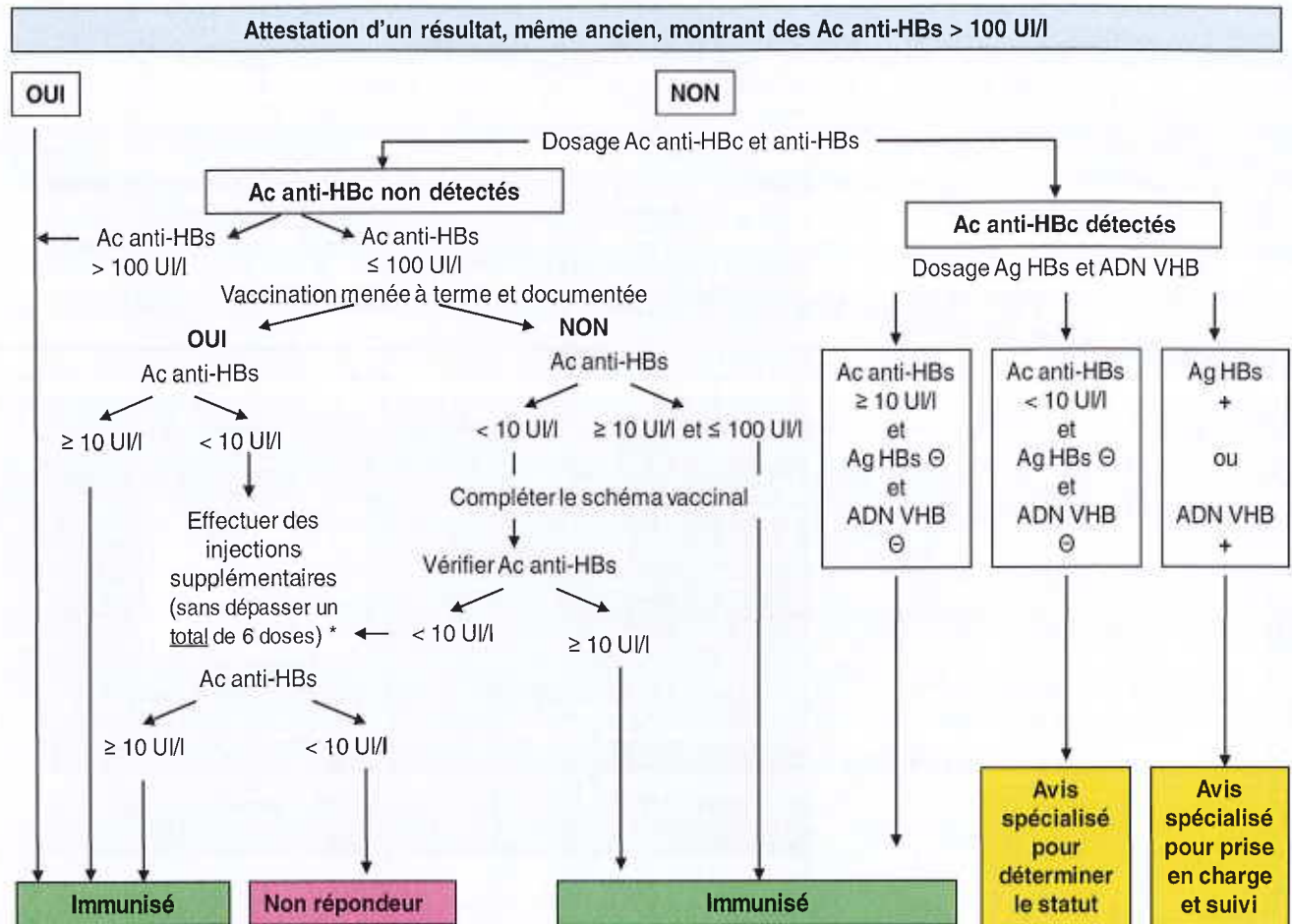
• **Par le BCG** (*obligatoire aussi pour d'autres filières d'études*) :

Vaccin intradermique ou Monovax®	Date (dernier vaccin)	N° lot
IDR à la tuberculine	date	Résultat ( <i>en mm</i> )

**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 rubéole, la varicelle et la grippe saisonnière.

**Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 et dont les conditions sont fixées par l'arrêté du 2 août 2013**



\* Sauf cas particulier voir 4° de l'annexe 2 de l'arrêté

Légende : Ac: anticorps ; Ag : antigène ; VHB : virus de l'hépatite B

**Textes de référence**

- Articles L.3111-1, L.3111-4 et L.3112-1 du code de la santé publique (CSP)
- Arrêté du 15 mars 1991 fixant la liste des établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins dans lesquels le personnel exposé doit être vacciné, modifié par l'arrêté du 29 mars 2005 (intégration des services d'incendie et de secours)
- Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiques
- Arrêté du 6 mars 2007 relatif à la liste des élèves et étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des autres professions de santé pris en application de l'article L.3111-4 du CSP
- Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux (Titre III)
- Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L.3111-4 du CSP
- Calendrier vaccinal en vigueur (cf. Site du ministère chargé de la santé : <http://www.sante.gouv.fr/vaccinations-vaccins-politique-vaccinale.html> )