



IRFSS Bourgogne Franche Comté  
Site de Quétigny

croix-rouge française  
PARTOUT OÙ VOUS AVEZ BESOIN DE NOUS



## Formation d'Aide-Soignant(e)

### Circulaire de rentrée 2021-2022

**IMPORTANT** : Le contexte sanitaire actuel ne permet pas l'organisation d'une pré-rentrée avec accueil des élèves dans les locaux de l'institut de formation.

La **pré-rentrée** se fera sous forme de visio-conférence par « zoom » le **vendredi 27 août**  
**de 10 h à 12 h30**  
**et de 13 h30 à 16 h.**

- Tutoriel pour télécharger l'application « zoom » : <https://www.youtube.com/watch?v=FczmyqSrN-g>
- **Lien** pour vous connecter à la réunion pré-rentrée le 27 août à 10 h puis à 13 h30 :  
<https://croix-rouge.zoom.us/j/85498865798>

En cas de difficultés pour télécharger l'application zoom, veuillez faire un mail aux formatrices à partir du 23 août :

Françoise SAINTECROIX: [francoise.saintecroix@croix-rouge.fr](mailto:francoise.saintecroix@croix-rouge.fr)

Pauline ROGER : [pauline.roger@croix-rouge.fr](mailto:pauline.roger@croix-rouge.fr)

Candice BOUILLOT : [candice.bouillot@croix-rouge.fr](mailto:candice.bouillot@croix-rouge.fr)

Au cours de cette réunion **de pré-rentrée**, l'organisation de la formation et de la rentrée seront présentées et toutes informations utiles vous seront communiquées.

- Date de rentrée pour les cursus complets de formation (c'est-à-dire les élèves sans dispense ni allègement de formation) : **lundi 30 août**
- Date de rentrée pour les cursus partiels Bac Pro, c'est-à-dire les élèves titulaires d'un **Bac Pro ASSP ou SAPAT** ou actuellement **en terminale ASSP ou SAPAT** (*sous réserve de réussite au baccalauréat 2021*) ayant fait le choix d'être en cursus partiel : **vendredi 10 septembre**
- Date de rentrée pour les cursus partiels-Niv V, c'est-à-dire les titulaires d'un Diplôme d'État d'Auxiliaire de Puériculture, ou d'un Diplôme d'État d'Ambulancier, ou d'un Diplôme d'État d'Accompagnement Éducatif et Social (ou titulaire d'un Diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale ou mention complémentaire d'aide à domicile ou d'un Diplôme d'État d'Aide Médico-Psychologique), ou du Titre Professionnel d'Assistant de Vie aux Familles, ou du Titre Professionnel d'Agent de Service Médico-Social, ou titulaire du Diplôme d'Assistant de Régulation Médicale : **vendredi 10 septembre**
- Pour les personnes en formation post-VAE ou revalidantes, la date de rentrée sera communiquée en fonction du profil.

*Remarque* : votre adresse mail doit contenir vos **nom prénom OU prénom nom lisiblement écrits**. Si ce n'est pas le cas, veuillez créer une nouvelle adresse et noter celle-ci sur la fiche d'inscription (ex. dupont.marie@..... ou marie.dupont@.....)

**ATTENTION :**  
**LE SECRÉTARIAT DE L'INSTITUT SERA FERMÉ DU 24 JUILLET AU 8 AOÛT 2021 inclus**

**INSTITUT REGIONAL DE FORMATION SANITAIRE ET SOCIALE BOURGOGNE FRANCHE-COMTE**

#### Site de QUETIGNY

2 rue du Golf

21800 QUETIGNY

Tél : 03.80.48.17.35

E-mail : [irfss.quetigny@croix-rouge.fr](mailto:irfss.quetigny@croix-rouge.fr)

N° SIRET : 77567227233851

N° Déclaration activité : 11 93 062 03 93

<https://irfss-bourgogne-franche-comte.croix-rouge.fr>

#### Siège social

IRFSS BFC site de Lons Le Saunier

155 chemin de Chaudon

39000 LONS LE SAUNIER

REGION  
BOURGOGNE  
FRANCHE  
COMTE







IRFSS Bourgogne Franche Comté  
Site de Quétigny



Formation Aide-Soignant

## Pièces constituant le dossier administratif, médical et financier

- Circulaire de rentrée (à imprimer et à conserver par l'élève)
- Règlement intérieur (à imprimer et à conserver par l'élève)
- Informations bourses sanitaires et sociales pour les élèves en formation initiale en cursus complet
- Formulaire de demande de prise en charge par le Conseil Régional (à imprimer pour les élèves demandeurs d'emploi concernés selon tableau des Modalités de Financement et à transmettre au Conseil Régional)

### Documents à imprimer et à remettre à l'Institut avec les pièces exigées :

- La **fiche d'inscription** dûment remplie et signée, avec photo collée + 1 photo à joindre (écrire votre nom et prénom au dos)
- La **fiche d'informations économiques et financières** dûment remplie et signée
- Un **chèque de validation de votre inscription de 184 €** - Chèque à l'ordre de : « IRFSS FI Quétigny ». Ne pas fournir ce chèque si la formation est avec contrat d'Apprentissage. A fournir pour toutes les autres situations.
- Une **photocopie lisible de l'un des documents suivants** :  
carte nationale d'identité en cours de validité (photocopie recto-verso) ou passeport en cours de validité. Les élèves ressortissants d'un pays hors Union Européenne doivent fournir l'un des documents suivants en cours de validité : une carte de séjour ou une carte de résident ou un passeport avec traduction française par un traducteur assermenté ou une carte d'identité avec traduction française par un traducteur assermenté.
- Une **photocopie du diplôme vous permettant l'accès, le cas échéant, au cursus partiel de formation** (DEAP - DEA - DEAVS - MCAD - DEAES - DEAMP - TPAVF - DARM - TPASMS Baccalauréat ASSP / SAPAT ou relevé de notes pour la session 2021 - attestation de VAE etc...).
- Les conditions médicales et conditions d'assurance annuelle obligatoires.**
- Le dossier médical complet** (*certificat d'aptitude à faire remplir par un médecin agréé par l'ARS + attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires*).  
Un délai pour fournir ce dossier médical est accordé jusqu'au 30 août 2021.
- L'attestation d'assurance** couvrant la responsabilité civile individuelle professionnelle et les risques professionnels.  
La MACSF, partenaire de l'IRFSS CRF BFC, propose cette assurance au tarif de 15 euros, mais aucune obligation de souscription auprès de cette compagnie en particulier. Voir également avec assurance « LA MEDICALE » agence à Dijon.  
Les attestations d'assurance scolaire ne sont pas valables.
- Une **attestation de prise en charge du coût de formation** pour les élèves financés par leur employeur ou un organisme.
- Un **avis de situation / notification d'ARE** délivré par Pôle Emploi datant de moins d'un mois avant la rentrée pour les élèves demandeurs d'emploi (document disponible sur votre espace personnel Pôle Emploi).
- L'autorisation de captation et de diffusion d'image (imprimé « Droit à l'image ») complétée.

DOSSIER A ENVOYER OU DEPOSER A L'INSTITUT AU PLUS TARD POUR LE 23 AOÛT 2021

**ATTENTION : Le Secrétariat de l'institut sera fermé du 24 JUILLET au 8 AOÛT 2021 inclus.**

INSTITUT REGIONAL DE FORMATION SANITAIRE ET SOCIALE BOURGOGNE FRANCHE-COMTE

#### Site de QUÉTIGNY

2 rue du Golf  
21800 QUÉTIGNY  
Tél : 03.80.48.17.35  
E-mail : irfss.quetigny@croix-rouge.fr  
N° SIRET : 77567227233851  
N° Déclaration activité : 11 93 062 03 93

#### Siège social

IRFSS BFC site de Lons Le Saunier  
155 chemin de Chaudon  
39000 LONS LE SAUNIER

REGION  
BOURGOGNE  
FRANCHE  
COMTE





## Fiche d'inscription Formation Initiale

### Formation d'Aide-Soignant(e)

- Elève en cursus complet       Elève en report de scolarité       Elève en Apprentissage
- Elève en cursus partiel :     Bac Pro ASSP ou SAPAT     Passerelle     Post VAE     Complément de formation (ou redoublant)

### Etat civil

NOM DE NAISSANCE : ..... NOM D'USAGE : .....

PRÉNOMS (Notez tous vos prénoms) : .....

NÉ(E) LE : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      Lieu de naissance : .....

SEXE :      FEMININ       MASCULIN

NATIONALITE :

ADRESSE (N°1) : .....

ADRESSE PENDANT LA FORMATION (N°2) : .....

⇒ Vous souhaitez recevoir vos courriers à l'adresse :     N° 1     N° 2

Téléphone fixe : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      Téléphone portable : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

E-mail : .....@.....

**Si vos coordonnées changent pendant la formation, veuillez prévenir le secrétariat.**

Personne à prévenir en cas de besoin : (L'apprenant s'engage à informer la personne ci-dessous que ses coordonnées ont été transmises à la CRf) : M. ou Mme .....

Téléphone fixe : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      Téléphone portable : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

#### Si l'apprenant est mineur :

NOM Prénom du père : ..... NOM Prénom de la mère : .....

Adresse du père : ..... Adresse de la mère : .....

Téléphone du père : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      Téléphone de la mère : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

*Vous êtes en situation de handicap et vous souhaitez intégrer l'une de nos formations : Dans chaque établissement, un référent handicap est à votre écoute pour répondre à vos questions et étudier vos besoins.*

Souhaitez-vous rencontrer notre référent handicap ?     OUI     NON

#### INSTITUT REGIONAL DE FORMATION SANITAIRE ET SOCIALE BOURGOGNE FRANCHE-COMTE

##### Site de QUETIGNY

2 rue du Golf  
21800 QUETIGNY  
Tél : 03.80.48.17.35  
E-mail : irfss.quetigny@croix-rouge.fr  
N° SIRET : 77567227233851  
N° Déclaration activité : 11 93 062 03 93

Siège social  
IRFSS BFC site de Lons Le Saunier  
155 chemin de Chaudon  
39000 LONS LE SAUNIER

REGION  
BOURGOGNE  
FRANCHE  
COMTE





## Parcours scolaire

Dernière classe suivie et date : ..... (JJ/MM/AAAA)

Année d'entrée en formation à l'institut : .....

Institut de formation déjà fréquenté :

NON

OUI : Adresse de l'institut :

Dates de la formation :

Pour la formation infirmière, précisez les semestres effectués :

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations indiquées ci-dessus.

J'atteste avoir pris connaissance sur le site internet [www.irfss-bfc.croix-rouge.fr](http://www.irfss-bfc.croix-rouge.fr), du programme de formation et de sa durée, des modalités d'évaluation et du règlement intérieur ; et de l'ensemble des éléments d'information portés dans le dossier administratif et médical.

Je m'engage à respecter toutes les clauses du règlement intérieur et accepte par avance les conséquences découlant de toute inobservation.

Signature (de l'apprenant ou de son représentant légal) :

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

### EN CAS DE DESISTEMENT, LES FRAIS D'INSCRIPTION RESTENT ACQUIS A LA CROIX-ROUGE

L'institut de formation Bourgogne Franche Comté collecte des données personnelles vous concernant, elles sont utilisées par la Croix rouge française pour la gestion du dossier administratif et pédagogique sur le fondement de son intérêt légitime. Elles ne sont en aucun cas cédées à des tiers à des fins commerciales. Les destinataires sont les parties intéressées (CRf, université) et la CNIL en cas de contrôle et à la demande de cette dernière. Ces données seront conservées le temps de la réalisation de la finalité précitée et conservées le cas échéant le temps de la Durée d'Utilité Administrative.

Le responsable de traitement est le président de la CRf et par délégation son Directeur Général. Conformément au Règlement général sur la protection des données personnelles (règlement UE n° 2016/679 du 27 avril 2016), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, de suppression de vos données et d'un droit d'opposition pour motif légitime de limitation du traitement qui vous concerne. Vous pouvez exercer vos droits en vous adressant à la Direction de l'IRFSS : [qualite.irfss-bfc@croix-rouge.fr](mailto:qualite.irfss-bfc@croix-rouge.fr). En cas de difficulté, vous pouvez contacter le Délégué à la protection des données personnelles, au siège de la CRf au 98 rue Didot -75014 Paris ou à l'adresse suivant : [DPO@croix-rouge.fr](mailto:DPO@croix-rouge.fr). Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

#### INSTITUT REGIONAL DE FORMATION SANITAIRE ET SOCIALE BOURGOGNE FRANCHE-COMTE

##### Site de QUETIGNY

2 rue du Golf  
21800 QUETIGNY  
Tél : 03.80.48.17.35  
E-mail : [irfss.quetigny@croix-rouge.fr](mailto:irfss.quetigny@croix-rouge.fr)  
N° SIRET : 77567227233851  
N° Déclaration activité : 11 93 062 03 93

##### Siège social

IRFSS BFC site de Lons Le Saunier  
155 chemin de Chaudon  
39000 LONS LE SAUNIER

REGION  
BOURGOGNE  
FRANCHE  
COMTE





## INFORMATIONS ÉCONOMIQUES ET FINANCIÈRES

### Formation d'Aide-Soignant(e)

- Elève en cursus complet       Elève en report de scolarité       Elève en Apprentissage
- Elève en cursus partiel :     Bac Pro ASSP ou SAPAT     Passerelle     Post VAE     Complément de formation (ou redoublant)

NOM DE NAISSANCE : ..... NOM D'USAGE : .....

PRÉNOMS (Notez tous vos prénoms) : .....

### Modalités de prise en charge financière

- Salarié    Demandeur d'emploi    Formation initiale (poursuite du cursus scolaire)    Autre (à préciser) : .....

Situation familiale :    Célibataire     Marié(e) / Pacsé (e)     Vie maritale     Divorcé(e)

Numéro de sécurité sociale : / / / / / / / / / / / / / / / / /

#### Si vous êtes demandeur d'emploi :

#### **→ Joindre un avis de situation datant de moins d'un mois**

Etes-vous inscrit(e) à Pôle Emploi :  OUI       Demande en cours

Date de votre dernière inscription à Pôle Emploi : ..... (JJ/MM/AAAA)

N° Identifiant Demandeur d'Emploi : ..... Agence de : .....

Percevez-vous une allocation ?  OUI Jusqu'à quelle date : .....  NON

#### Si vous bénéficiez d'une prise en charge employeur et / ou OPCO (Opco Santé ; ANFH ; Transitions Pro...) :

#### **→ Joindre une attestation de prise en charge**

Type de contrat :  CDI     CDD     Autre (à préciser) : .....

Employeur : ..... Nom du contact : .....

Adresse : .....

Téléphone : / / / / / / / / / /

OPCO : ..... Nom du contact : .....

Adresse : .....

Téléphone : / / / / / / / / / /

#### INSTITUT REGIONAL DE FORMATION SANITAIRE ET SOCIALE BOURGOGNE FRANCHE-COMTE

##### Site de QUETIGNY

2 rue du Golf  
21800 QUETIGNY  
Tél : 03.80.48.17.35  
E-mail : irfss.quetigny@croix-rouge.fr  
N° SIRET : 77567227233851  
N° Déclaration activité : 11 93 062 03 93

Siège social  
IRFSS BFC site de Lons Le Saunier  
155 chemin de Chaudon  
39000 LONS LE SAUNIER





J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations indiquées ci-dessus.

Signature (de l'apprenant ou de son représentant légal) :

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

*L'institut de formation Bourgogne Franche Comté collecte des données personnelles vous concernant, elles sont utilisées par la Croix rouge française pour la gestion du dossier administratif et financier sur le fondement de son intérêt légitime. Elles ne sont en aucun cas cédées à des tiers à des fins commerciales. Les destinataires sont les parties intéressées (CRf et Financeurs, ...) et la CNIL en cas de contrôle et à la demande de cette dernière. Ces données seront conservées le temps de la réalisation de la finalité précitée et conservées le cas échéant le temps de la Durée d'Utilité Administrative.*

*Le responsable de traitement est le président de la CRf et par délégation son Directeur Général. Conformément au Règlement général sur la protection des données personnelles (règlement UE n° 2016/679 du 27 avril 2016), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, de suppression de vos données et d'un droit d'opposition pour motif légitime de limitation du traitement qui vous concerne. Vous pouvez exercer vos droits en vous adressant à la Direction de l'IRFSS : [qualite.irfss-bfc@croix-rouge.fr](mailto:qualite.irfss-bfc@croix-rouge.fr). En cas de difficulté, vous pouvez contacter le Délégué à la protection des données personnelles, au siège de la CRf au 98 rue Didot -75014 Paris ou à l'adresse suivant : [DPO@croix-rouge.fr](mailto:DPO@croix-rouge.fr). Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).*

**INSTITUT REGIONAL DE FORMATION SANITAIRE ET SOCIALE BOURGOGNE FRANCHE-COMTE**

**Site de QUETIGNY**

2 rue du Golf  
21800 QUETIGNY  
Tél : 03.80.48.17.35  
E-mail : [irfss.quetigny@croix-rouge.fr](mailto:irfss.quetigny@croix-rouge.fr)  
N° SIRET : 77567227233851  
N° Déclaration activité : 11 93 062 03 93

**Siège social**

IRFSS BFC site de Lons Le Saunier  
155 chemin de Chaudon  
39000 LONS LE SAUNIER

**REGION  
BOURGOGNE  
FRANCHE  
COMTE**





## Conditions Médicales et Conditions d'Assurance annuelle obligatoire

**NOM :** ----- **ép.** ----- **Prénom :** -----  
(de naissance pour les femmes mariées)

admis(e) à entrer en formation d'Aide-Soignant(e) - Promotion 2021 / 2022  
à l'IRFSS-CRf site de Quétigny

**atteste avoir pris connaissance des conditions médicales à remplir au plus tard le jour de la rentrée :**

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

1 - A la production, au plus tard le jour de la rentrée, d'un **certificat médical établi par un médecin agréé** 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 première entrée en stage, d'un certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France. »

► Le dossier médical est à remettre au secrétariat de l'Institut **au plus tard** le jour de la rentrée.

Vous trouverez la liste des médecins généralistes agréés sur internet : à partir d'un navigateur internet, saisir : « médecins agréés ARS + N° de département de votre lieu de résidence » (Ex : *médecins agréés ARS 21*).

**atteste avoir pris connaissance des conditions d'assurance à justifier au plus tard le jour de la rentrée.**

« L'admission définitive à l'institut de formation d'aides-soignants est subordonnée :

A la production, au plus tard le jour de la rentrée, d'une attestation d'assurance annuelle couvrant la responsabilité civile individuelle professionnelle. »

► L'attestation est à joindre au dossier administratif.

Date :

Signature :

**INSTITUT REGIONAL DE FORMATION SANITAIRE ET SOCIALE BOURGOGNE FRANCHE-COMTE**

**Site de QUETIGNY**

2 rue du Golf

21800 QUETIGNY

Tél : 03.80.48.17.35

E-mail : irfss.quetigny@croix-rouge.fr

N° SIRET : 77567227233851

N° Déclaration activité : 11 93 062 03 93

<https://irfss-bourgogne-franche-comte.croix-rouge.fr>

**Siège social**

IRFSS BFC site de Lons Le Saunier

155 chemin de Chaudon

39000 LONS LE SAUNIER

**REGION  
BOURGOGNE  
FRANCHE  
COMTE**





## INFORMATIONS CONCERNANT LE DOSSIER MEDICAL CI-JOINT

**L'admission définitive dans un institut de formation d'aide-soignant est subordonnée :**

- 1 – A la production, au plus tard le premier jour de la rentrée, **d'un certificat médical établi par un médecin agréé par l'ARS.**
- 2 – A la production, au plus tard le jour de la première entrée en stage, d'un certificat médical de vaccinations conformes à la réglementation en vigueur (cf. schéma vaccinal joint au verso).

### **A RESPECTER OBLIGATOIREMENT :**

**Il est impératif que le nom du médecin auprès duquel vous prendrez rendez-vous figure bien sur la liste des médecins généralistes agréés par l'Agence Régionale de Santé.**

Cette liste est réactualisée régulièrement ; **il vous appartient donc de vérifier qu'elle mentionne bien son nom.** → à partir de Google, veuillez saisir : « médecins agréés ARS + le numéro de département souhaité » - Ex : médecins agréés ARS 21

Par ailleurs, avant la remise des documents à l'Institut, et afin d'éviter plusieurs consultations, **vous devrez vérifier que le certificat d'aptitude (recto) et le certificat de vaccinations (verso) soient bien datés, signés et tamponnés par le médecin agréé.**

### **RAPPEL CONCERNANT LA VACCINATION DE L'HEPATITE B :**

- 1 Si vous n'êtes pas encore vacciné contre l'Hépatite B, deux injections vous seront demandées **impérativement** avant le départ en stage. La deuxième injection devra alors être réalisée au plus tard 1 mois avant le début du premier stage.
- 2 Si vous avez débuté votre vaccination (au minimum deux injections), le médecin agréé mentionne l'ensemble des noms, dates et numéros de lots pour chaque injection, coche sur le certificat « en cours de vaccination », **et** renseigne la date de la prochaine injection.
- 3 Si vous avez eu entre trois et cinq injections, le médecin agréé mentionne l'ensemble des noms, dates et numéros de lots pour chaque injection.
  - Si immunisé, le médecin agréé complète le résultat de la sérologie et coche « oui » pour immunisé(e).
  - Si non immunisé, poursuivre le schéma vaccinal. Le médecin agréé indique la date de la prochaine injection.
- 4 Si vous avez eu six injections, le médecin agréé mentionne l'ensemble des noms, dates et numéros de lots pour chaque injection.
  - Si immunisé, le médecin agréé complète le résultat de la sérologie et coche « oui » pour immunisé(e).
  - Si non immunisé, le médecin agréé coche « non » pour immunisé(e) contre l'Hépatite B et « oui » pour non répondeur(se) à la vaccination.

#### **INSTITUT REGIONAL DE FORMATION SANITAIRE ET SOCIALE BOURGOGNE FRANCHE-COMTE**

##### **Site de QUETIGNY**

2 rue du Golf  
21800 QUETIGNY  
Tél : 03.80.48.17.35  
E-mail : [irfss.quetigny@croix-rouge.fr](mailto:irfss.quetigny@croix-rouge.fr)  
N° SIRET : 77567227233851  
N° Déclaration activité : 11 93 062 03 93

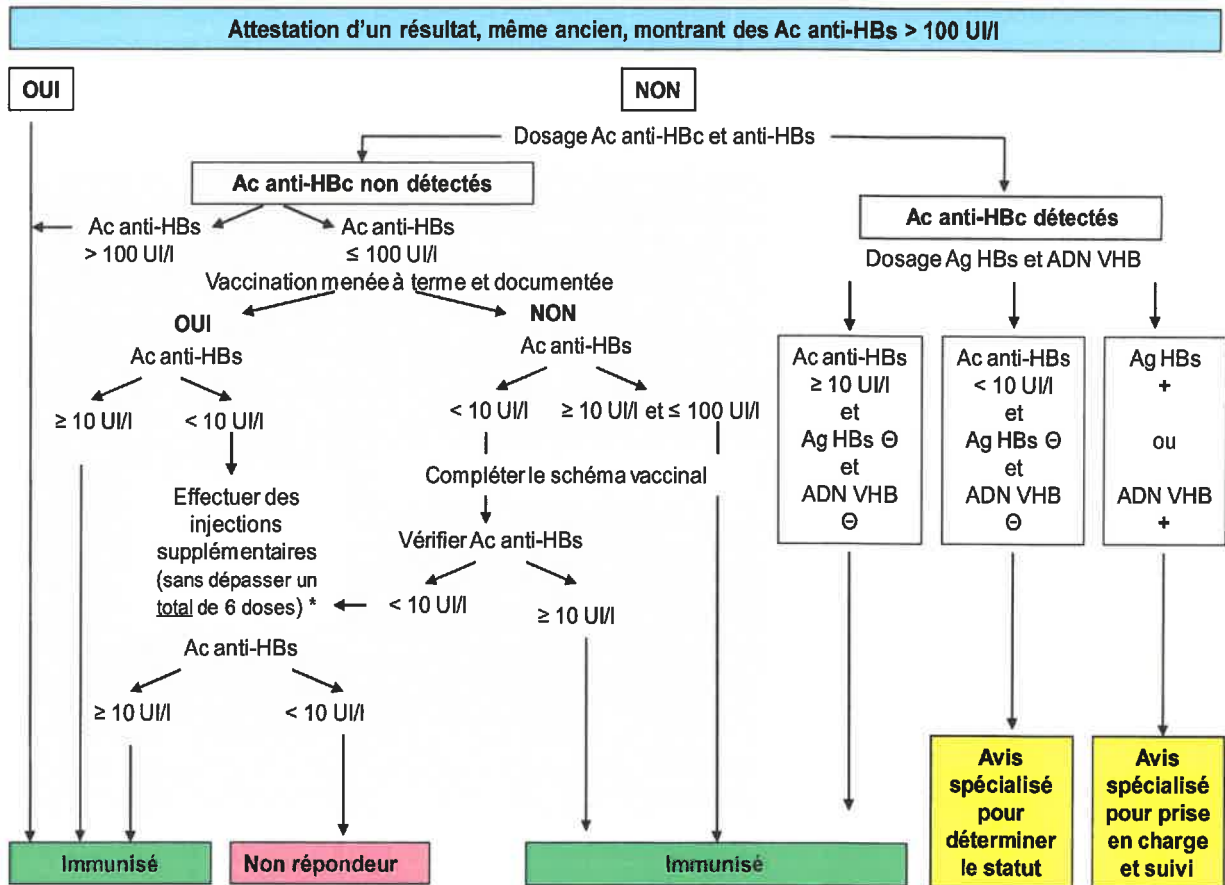
<https://irfss-bourgogne-franche-comte.croix-rouge.fr>

**Siège social**  
IRFSS BFC site de Lons Le Saunier  
155 chemin de Chaudon  
39000 LONS LE SAUNIER

**REGION  
BOURGOGNE  
FRANCHE  
COMTE**



**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>

**IRFSS Bourgogne Franche Comté**  
**Site de Quétigny**

**DOSSIER MEDICAL**

**FORMATION AIDE-SOIGNANT**

**CERTIFICAT D'APTITUDES**

Le certificat établi par un **médecin agréé** attestant que le stagiaire n'est atteint d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession doit être remis, au plus tard, **le premier jour de la rentrée.**

*Conformément à l'arrêté du 6 mars 2007, l'article L. 3111-4 et l'article R. 3112-4 du Code de la Santé Publique.*

**→ Je soussigné(e) :**

\_\_\_\_\_, docteur en médecine,

**certifie que l'examen clinique et psychologique de**

Mme, M. \_\_\_\_\_, né(e) le \_\_\_\_\_

demeurant \_\_\_\_\_

n'est atteint d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession d'**aide-soignant(e)** à laquelle elle/il se destine.

**→ Remis à l'intéressé(e) pour faire valoir ce que de droit :**

Tampon, date et signature du médecin agréé :

# ATTESTATION MEDICALE D'IMMUNISATION ET DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES

Je, soussigné(e) Dr ..... , certifie que M / Mme  
Nom : ..... Prénom : ..... Né(e) le .....  
Candidat(e) à l'inscription à la formation d'aide-soignant

**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** (Pour les élèves non encore immunisés, la couverture vaccinale prévoit 2 injections de vaccins à un mois d'intervalle, la 2<sup>ème</sup> au plus tard un mois avant le début du 1<sup>er</sup> stage) :

Nom du vaccin	Date	N° lot
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		

selon les conditions définies sur le schéma, il/elle est considéré(e) comme (cocher la case correspondante) :

- vaccination en cours :
  - ↳ Résultats de sérologie .....
  - ↳ Date de prochaine injection.....
- immunisé(e) contre l'hépatite B :       oui     non
- non répondeur(se) à la vaccination :     oui     non

**a subi un test tuberculinique :**

IDR à la tuberculine	date	Résultat (en mm)

**→ Remis à l'intéressé(e) pour faire valoir ce que de droit :**

Tampon, date et signature du médecin agréé :

**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.



## Formation



# Droit à l'image

### AUTORISATION (majeurs)

Je soussigné(e) ....., promotion.....

demeurant à .....

Donne l'autorisation à la Croix-Rouge française de publier et de diffuser les photographies et les vidéos me représentant pour tous les usages suivants :

- trombinoscope ;
- annuaire ;
- production de travaux ;
- communication externe.

Ne donne pas l'autorisation à la Croix-Rouge française de publier et de diffuser les photographies et les vidéos me représentant pour les usages susvisés.

Cette autorisation est consentie à titre gratuit et est valable pour une durée de 5 ans.

Les légendes accompagnant la diffusion de la/les photographies et vidéos ne devront pas porter atteinte à ma réputation ou à ma vie privée.

Le ..... à .....

Signature\*

\* précédée de la mention 'lu et approuvé'

*Je suis informé(e) de ce que le Président de la Croix-Rouge française et par délégation, son Directeur général, en sa qualité de responsable de traitement, met en œuvre un traitement de données à caractère personnel à des fins de gestion de trombinoscope et des organigrammes, de production étudiante et de la communication externe de l'IFRSS sur la base de mon consentement. Ces données sont destinées au personnel habilité de l'IFRSS ainsi que le cas échéant, à ses partenaires contractuels ou commerciaux ; elles seront conservées selon les modalités suivantes :*

- pendant le temps de ma formation puis supprimées pour la gestion du trombinoscope et des organigrammes ;
- pendant 5 ans à compter de ma sortie pour les autres finalités précitées.

*Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement général sur la protection des données (règlement UE n° 2016/679 du 27 avril 2016), je dispose d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, de portabilité de mes données, du droit d'obtenir la limitation de leur traitement ainsi que du droit de retirer mon consentement à tout moment. Je dispose également du droit de définir des directives relatives au sort de mes données et à la manière dont je souhaite que mes droits soient exercés après mon décès.*

*Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de mes données dans ce cadre, je peux contacter ou par courrier postal au siège de la Croix-Rouge française au 98, rue Didot – 75014 PARIS.*

*Je peux adresser une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (« CNIL ») si j'estime que le traitement de mes données n'est pas effectué conformément à la réglementation applicable en matière de protection des données.*