

Tout dossier administratif retourné après le 07 août 2026 invalidera votre inscription à l'IFAS.

**À RETOURNER
À PARTIR DU
06 juillet 2026**

ET

**AU PLUS TARD
LE
07 août 2026**

A FOURNIR :

Pour tous les candidats :

- ☐ Attestation d'assurance de Responsabilité Civile
- ☐ Frais d'inscription obligatoires : joindre un chèque de 100 € * à l'ordre de « IFSI – IFAS Étampes ».
Si le chèque n'est pas au nom du candidat, merci de mettre le nom et prénom au dos du chèque
En cas de désistement après l'inscription le montant des droits reste acquis à l'IFAS.
Aucun remboursement ne sera possible quel qu'en soit le motif.
Tout chèque non signé ou manquant au dossier invalidera votre inscription à l'IFAS.
- ☐ La photocopie de l'attestation vitale à jour.
- ☐ Justificatif de votre situation : PRISE EN CHARGE DU TARIF DE LA FORMATION (page 2).
- ☐ Les personnes bénéficiant de la reconnaissance d'un handicap permettant un aménagement d'épreuves, souhaitant le faire valoir, doivent en fournir le justificatif au référent handicap identifié sur l'institut : referent.handicap.FSI.FAS@eps-etampes.fr
- ☐ Au regard de l'article 14 de l'arrêté du 10 juin 2021, les personnes titulaires des diplômes : DEAP, ARM, DEA, SAPAT, ASSP, TPAVF, TPASMS, DEAES (DEAES 2021 fusion spécialités, DEAES 2016 spécialités, les titulaires du DEAVS, CAFAD, MCAD, DEAMP ou CAFAMP sont titulaires de droit du DEAES 2016) peuvent bénéficier des équivalences de compétences ou des allègements partiels ou complets de certains modules de formation et fournir une copie des justificatifs au moment de l'inscription.

A REMPLIR :

- ☐ le certificat médical d'aptitude (page 4) par un médecin agréé ARS
Nom du médecin devant figurer sur la liste de l'ARS
Un certificat médical non établi par un médecin agréé ARS invalidera votre inscription en formation aide-soignant.
- ☐ Le certificat médical des vaccinations obligatoires (page 5-6) par un médecin traitant
La conformité des vaccinations conditionnera le départ en stage
- ☐ Droit à l'image » renseigné et signé (page 7)
- ☐ Personne à prévenir » renseigné et signé (page 8)
- ☐ Conditions d'accès réseau wifi » renseigné et signé (page 9)
- ☐ Attestation assurance professionnelle stage paramédicaux (page 10)

Si vous n'avez pas passé les épreuves de sélection à l'IFAS Barthélemy DURAND :

- ☐ Copie de la carte nationale d'identité en cours de validité (recto/verso)
ou copie du titre de séjour de séjour (recto/verso) ET du passeport en cours de validité pour toute la période de formation.
- ☐ L'attestation de réussite aux épreuves de sélection

Demande de bourse : Si vous pensez pouvoir prétendre à une demande de bourse d'études, veuillez vous connecter sur le site www.iledefrance.fr/fss

PRÉ-RENTRÉE

**PRÉSENCE
OBLIGATOIRE**

21/08/2026

- Accueil des élèves, présentation de la formation.
- Stands : Administratifs, Finances, Mutuelle ...
- Distribution des cartes de self.
- Signature convention d'auto financement pour le tarif de la formation si aucune autre prise en charge possible.
- Tenues professionnelles obligatoire : Essayage (prévoir un chèque pour l'achat de 5 tenues) : 85€

LA RENTRÉE AURA LIEU LE LUNDI 24 AOÛT 2026 à 9h00

PRISE EN CHARGE DU TARIF DE LA FORMATION

La formation en Institut de Formation Aide-Soignant a un coût.

Pour l'année 2026 - 2027, le tarif est de 9000 €uros pour l'année de formation.

Le tarif de la formation peut être pris en charge à différents titres :

- ☐ **Soit à titre individuel** : le tarif de la formation sera à votre charge, pour l'année de formation, vous devrez faire un courrier manuscrit stipulant que vous en avez pris connaissance et que vous vous engagez à régler le tarif. Ensuite, **il vous sera demandé de signer un engagement d'autofinancement le jour de la pré-rentree**. Ce tarif sera réévalué chaque année.
- ☐ **Soit par un employeur ou un OPCO** : en produisant **l'attestation de prise en charge des frais de formation**
- ☐ **Soit par le Conseil Régional d'Ile de France**, vous pouvez en être bénéficiaire si vous remplissez une des conditions suivantes :

Sont éligibles à la subvention régionale

Seuls les effectifs inscrits, suivant une formation à temps plein et présents au 15 octobre de l'année n-1 sont éligibles à la subvention régionale.

Le statut est considéré à l'entrée en formation et vaut pour toute la durée de la formation.

La situation des élèves est examinée individuellement au cas par cas :

- les jeunes de **moins de 26 ans en poursuite d'études sans interruption** (y compris ceux ayant un contrat de travail étudiant) ; **Fournir un certificat de scolarité**
- les jeunes de **moins de 26 ans avec interruption de scolarité de moins de 2 ans** avant le démarrage de la formation ; **Fournir un certificat de scolarité**
- les jeunes dont le **service civique s'est achevé dans un délai d'un an avant** l'entrée en formation ; **Fournir le justificatif**
- les **demandeurs d'emploi** (catégories A et B), inscrits à Pôle emploi à l'entrée en formation, dont le coût de formation n'est pas pris en charge par Pôle emploi ; **Fournir la décision d'inscription au Pôle Emploi**
- les **bénéficiaires d'un PEC** (Parcours Emploi Compétences) ; **Fournir le justificatif**
- les **bénéficiaires du RSA** (Revenu de Solidarité Active), **Fournir le justificatif**
- Les apprenants relevant du **SPRF** (service public régional de formation) **Fournir le justificatif**

Par exception, les élèves issus des Baccalauréats professionnels « accompagnement, soins, services à la personne » et « services aux personnes et aux territoires », et inscrits en parcours partiel tel que défini dans l'arrêté du 21 mai 2014, ainsi que les élèves titulaires d'un CAP « accompagnant éducatif de la petite enfance » sont éligibles à la subvention régionale à condition qu'ils respectent les critères d'éligibilité.

La Présidente peut accorder une dérogation pour prendre en charge le financement de la formation à titre exceptionnel et après examen du dossier du candidat. La demande de dérogation doit exclusivement être formulée par le centre de formation.

Le justificatif, en fonction de votre situation est demandé dès votre inscription

Ne sont pas éligibles à la subvention régionale :

- les agents publics (y compris en disponibilité) ;
- les salariés du secteur privé ;
- toute personne ayant bénéficié d'une prise en charge partielle par Transitions Pro ;
- les abandons de formation intervenus dans le mois suivant l'entrée en formation ;
- les apprentis ;
- les personnes en validation des acquis de l'expérience ;
- les cursus partiels ;
- les médecins et les sages-femmes diplômés à l'étranger.

Les tarifs de formation des publics non éligibles doivent être pris en charge par l'employeur ou par un autre financeur

Date :

Signature :

INFORMATIONS RELATIVES AUX ÉQUIVALENCES DE COMPÉTENCES ET ALLÈGEMENTS DE FORMATION

Arrêté du 10 juin 2021 modifié par les arrêtés des 28 octobre 2022 et 9 juin 2023 relatif à la formation conduisant au diplôme d'état d'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux

- Art.14 : Sous réserve d'être admis à suivre la formation dans les conditions fixées par l'arrêté du 7 avril 2020 modifié susvisé, des équivalences de compétences, de blocs de compétences ou des allègements partiels ou complètes de certains modules de formation sont accordées aux élèves titulaires des titres ou diplômes suivant :
- Le diplôme d'état d'auxiliaire de puériculture
 - Le diplôme d'assistant de régulation médicale
 - Le diplôme d'état d'ambulancier
 - Le baccalauréat professionnel services aux personnes et aux territoires (SAPAT)
 - Le baccalauréat professionnel accompagnement, soins et services à la personne (ASSP)
 - Les diplômes ou certificats mentionnés aux articles D. 451-88 et D. 451-925 du code de l'action sociale et des familles
 - Le titre professionnel d'assistant de vie aux familles
 - Le titre professionnel d'agent de service médico-social

Les personnes susmentionnées bénéficient des mesures d'équivalences ou d'allègement de suivi ou de validation de certains blocs de compétences selon les modalités fixées à l'annexe VII du présent arrêté. Leur parcours de formation et les modalités d'évaluation des blocs compétences ou des compétences manquantes en vue de l'obtention du diplôme d'état d'aide-soignant sont définies dans ladite annexe.

- Art.15 Les agents des services hospitaliers qualifiés de la fonction publique hospitalière et les agents de service mentionnés au 2° de l'article 11 de l'arrêté du 7 avril 2020 modifié susvisé sont dispensés de la réalisation d'une période de stage de cinq semaines mentionnée à l'article 3 du présent arrêté.

CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE

Je soussigné Docteur

Médecin agréé ARS (*figurant sur la liste des médecins agréés*) atteste, que :

Madame, Monsieur.

☐ ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession d'aide-soignante

ET

☐ Est à jour des vaccinations obligatoires *

Ou

☐ Ne présente pas de contre-indication aux vaccinations obligatoires *

A, le

Signature et Cachet du Médecin agréé

** Une contre-indication à la vaccination correspond de fait à une inaptitude vers les professions médicales, pharmaceutiques ou paramédicales*

Ce certificat médical est exigible au plus tard le premier jour de la rentrée

CERTIFICAT MÉDICAL

Ce certificat médical de vaccination conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France, afin de pouvoir effectuer les stages proposés par l'IFSI doit être produit au plus tard le : **9 octobre 2026**

Je soussigné DocteurMédecin, atteste que :

Madame, Monsieur.....

- est à jour de ses vaccinations protégeant de la Diphtérie, du Tétanos et de la Poliomyélite.
Le vaccin antioquelucheux associé est recommandé.

Dernier Rappel effectué	
Nom du vaccin	Date

- est vacciné-e contre l'hépatite B (vaccination menée à son terme selon le schéma recommandé) + Établissement de la preuve d'immunisation pour un contrôle sérologique **SYSTEMATIQUE** : Dosage AC anti HBs :

Si vacciné-e : Hépatite B		
Nom du vaccin :	Date :	Résultats ≥ 10 UI/l
1 ^{ère} injection :		
2 ^{ème} injection :		
3 ^{ème} injection :		
Dosage : Résultats ≥ 10 UI/l	/2026	

OU

- est en cours de vaccination contre l'hépatite B (2 injections + Dosage AC anti HBs)

Si en cours de vaccination Hépatite B Si au moins 2 injections ont été faites, établir la preuve d'immunisation pour un contrôle sérologique systématique : Dosage AC anti HBs		
Nom du vaccin :	Date :	Résultats ≥ 10 UI/l
1 ^{ère} injection :		
2 ^{ème} injection :		
Dosage : Résultats ≥ 10 UI/l	/2026	

VACCINATIONS RECOMMANDÉES

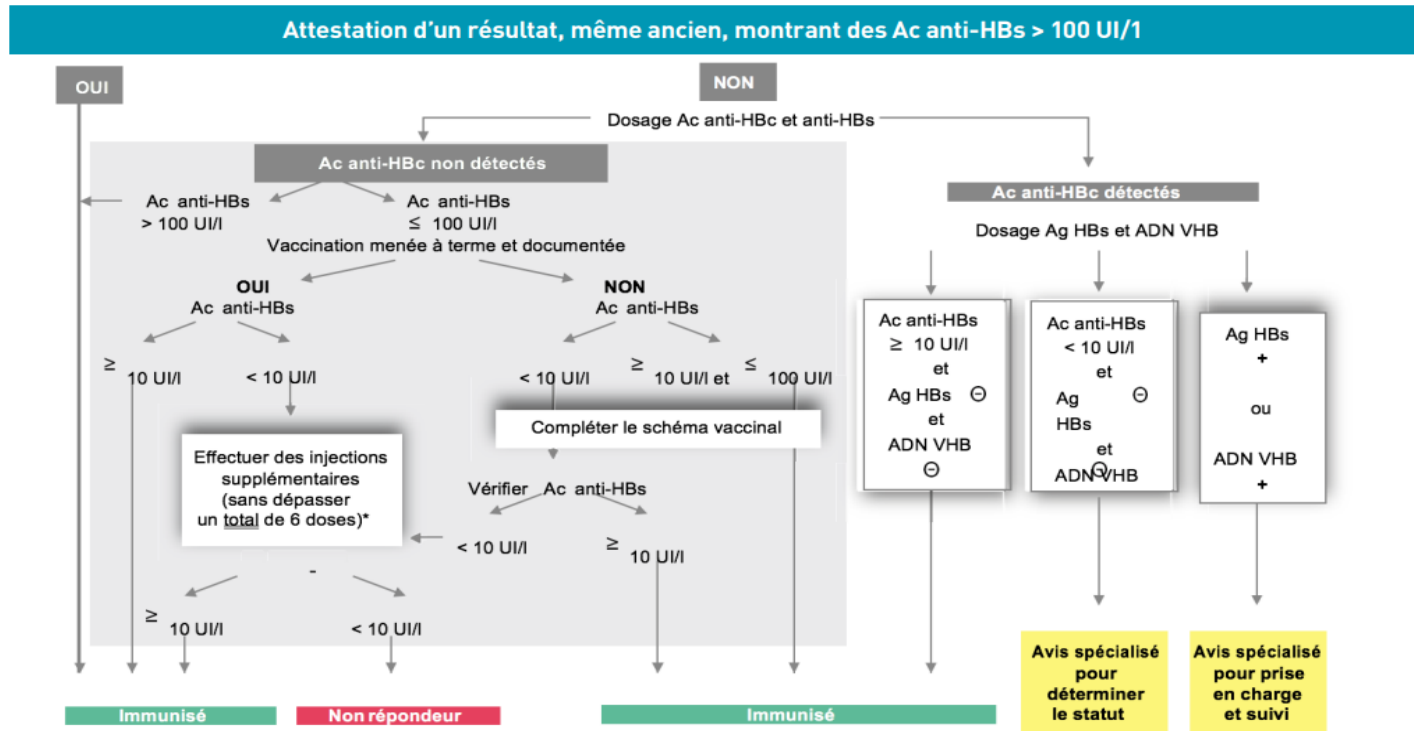
- Coqueluche
- ROR (y compris si nés avant 1980, sans ATCD)
- Varicelle (sans ATCD, Séronégatif)
- Grippe saisonnière
- COVID-19

Date : / /

Signature et cachet du Médecin

4.9 Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des professionnels de santé

Instruction no DGS/RI1/RI2/2014/21 du 21 janvier 2014 relative aux modalités d'application 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 <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027830751&categorieLien=id>



* Sauf cas particulier voir 4* de l'annexe 2 de l'arrêté Légende : Ac : anticorps ; Ag : antigène ; VHB : virus de l'hépatite B

7R

Juillet 2021

INFORMATION UTILE

Nous attirons votre attention sur le fait que l'entrée en formation est conditionnée à 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.

Afin de ne pas voir invalidée votre entrée en stage, nous vous conseillons d'être vigilants et d'anticiper la mise à jour des vaccinations obligatoires.

4.4 Tableau 2025 des vaccinations pour les populations spécifiques

4.4.1 Tableau 2025 des vaccinations en milieu professionnel*

SANTÉ	D T P	Coque-luche	Grippe	Covid-19	Hépatite A	Hépatite B	Leptospirose	Rage	ROR	Varicelle	FJ	IIM
Étudiants des professions médicales, paramédicales ou pharmaceutiques assistant dentaire	Obl	Rec	Rec	Rec		Obl						
Professionnels des établissements ou organismes de prévention et/ou de soins (liste selon arrêté du 15 mars 1991) dont les services communaux d'hygiène et de santé et les entreprises de transports sanitaires	Obl	Rec	Rec	Rec		Obl (si exposés)			Rec y compris si nés avant 1980, sans ATCD	Rec sans ATCD, séronégatif		
Professionnels libéraux n'exerçant pas en établissements ou organismes de prévention et/ou de soins	Rec	Rec	Rec	Rec		Rec (si exposés)						
Personnels des laboratoires d'analyses médicales exposés aux risques de contamination : manipulant du matériel contaminé ou susceptible de l'être	Obl					Obl (si exposés)		Rec (si exposés)				
Personnel de laboratoire exposé au virus de la fièvre jaune	Obl					Obl (si exposés)					Rec*	
Personnel de laboratoire de recherche travaillant sur le méningocoque												Rec

* Le décret suspendant l'obligation de vaccination par le BCG pour les professionnels qui y étaient antérieurement soumis a été publié le 1er mars 2019. Depuis cette date, la vaccination par le BCG n'est plus exigée lors de la formation ou de l'embauche de ces personnes. Toutefois, il appartient aux médecins du travail d'évaluer ce risque et de proposer, le cas échéant, une vaccination par le vaccin antituberculeux BCG.

* Le décret n°2020-28 du 14 janvier 2020 suspendant l'obligation de vaccination contre la fièvre typhoïde des personnes exerçant une activité professionnelle dans un laboratoire de biologie médicale est entré en vigueur le 1er mars 2020. La vaccination contre la fièvre typhoïde n'est dès lors plus exigée pour ces personnes.

* Une seconde dose est recommandée 10 ans après la primovaccination en Guyane, pour les personnels de laboratoire susceptibles d'être exposés au virus de la fièvre jaune.

Obl = obligatoire Rec = recommandé Exposés = exposés à un risque professionnel évalué par médecin du travail ATCD = antécédents FJ = Fièvre jaune

IIM = Infection invasive à méningocoque ROR = Rougeole, Oreillons, Rubéole D T P = Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite

AUTORISATION DE DROIT À L'IMAGE
(Loi n° 2018-493 du 20 juin 2018- CODE CIVIL Article 9 –
CODE PÉNAL Article 226-1)

DOCUMENT À REMETTRE AU SECRÉTARIAT

Conformément à la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles le libre accès aux données photographiques qui me concernent est garanti.

Les données renseignées par les apprenants lors de l'**inscription administrative** sont utilisées dans le logiciel de gestion FORMEIS. Elles permettent la saisie individuelle des apprenants dans SOLSTISS, par les organismes de formation, nécessitent un traitement de données personnelles sous la responsabilité de la Région Île-de-France qui héberge cette application. Le référent RGPD (Référént de Garantie de Protection des Données personnelles), est chargé de veiller au respect des obligations des contrôles et des procédures RGPD au sein des instituts des formations paramédicales.

JE SOUSSIGNÉ-E : **Prénom** : **Nom** :

Je reconnais avoir été informé-e que l'Institut de Formation en soins infirmiers: (cocher la case correspondante)

☐

Site Étampes

☐

Site Sainte Geneviève des Bois

Je reconnais avoir été informé-e que l'Institut de Formation aide-soignant: (cocher la case correspondante) :

☐

Élève aide-soignant.e

- ✓ Pourra effectuer, dans le cadre de différentes activités pédagogiques, des photographies et vidéos de ma personne
- ✓ Pourra exploiter la/les photographies/vidéos sur laquelle je suis reproduit-e dans un cadre exclusivement pédagogique

À compter de la rentrée scolaire et pendant la totalité de mon cursus de formation.

Je pourrai à tout moment vérifier l'usage qui est fait des photographies/vidéos et disposer du droit de retrait si je le juge utile

Je l'autorise ☐

Je ne l'autorise pas ☐

Je m'engage également à :

- ✓ Ne pas faire usage des images de groupe ou d'image d'autres étudiants à l'extérieur de l'Institut (réseaux sociaux...)
- ✓ Ne pas diffuser, de quelque manière que ce soit, l'image des personnels et apprenants de l'Institut de formation et/ou des personnels et patients des secteurs d'activités de soins (lieu de stage).

Je dégage la responsabilité de l'Institut en cas de non-respect de ces dispositions.

J'en accepte les conditions citées ci-dessus

Si mineur-e:

Fait le

Signature Représentant légal 1

Signature Apprenant :

Signature Représentant légal 2

PERSONNE À PRÉVENIR

COUPON À REMETTRE AU SECRÉTARIAT

Prénom : Nom :

- ☐ Étudiante-e
☐ Élève aide-soignant de la promotion :

- ☐ Barthélemy Durand site ÉTAMPES
☐ Barthélemy Durand sur Orge site SAINTE GENEVIÈVE DES BOIS

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom

Prénom

Lien de parenté :

Téléphone :

Si mineur-e:

Signature Représentant légal 1

Fait le

Signature Représentant légal 2

Signature Apprenant:

CONDITIONS D'ACCÈS AU RÉSEAU WIFI

DOCUMENT À REMETTRE AU SECRÉTARIAT

JE SOUSSIGNÉ-E : **Prénom** : **Nom** :

Je reconnais avoir été informé-e que l'Institut de Formation en soins infirmiers: (cocher la case correspondante)

☐ Site Étampes

☐ Site Sainte Geneviève des Bois

Je reconnais avoir été informé-e que l'Institut de Formation aide-soignant: (cocher la case correspondante)

☐ Élève aide-soignant.e

Le système WIFI est un outil pédagogique mis à la disposition des apprenants.

À compter de la rentrée scolaire et pendant la totalité de mon cursus de formation, je m'engage à en respecter les conditions d'utilisation explicitées ci-dessous :

- ✓ Les sites autorisés sont à but pédagogique. Ainsi, l'étudiant-e peut utiliser le système WIFI pour des travaux de recherches (en groupe, individuellement ou au regard des apprentissages en cours). Il pourra approfondir ses connaissances, faire des liens ou répondre à un travail de recherche.
- ✓ L'accès sera individuel et la connexion se fera par l'utilisateur seul, avec son LOGIN et un mot de passe personnel.

Le non-respect des conditions d'accès pourra entraîner une suspension, la résiliation de l'accès WIFI, voire une sanction disciplinaire.

Je dégage la responsabilité de l'Institut en cas de non-respect de ces dispositions.
J'en accepte les conditions citées ci-dessus

Si mineur-e:

Signature Représentant légal 1

Fait le

Signature Représentant légal 2

Signature Apprenant :

ATTESTATION D'ASSURANCE

Nous soussignés, Relyens Mutual Insurance, 18 rue Edouard Rochet - 69372 LYON CEDEX 08

Certifions que notre sociétaire, ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE BARTHELEMY DURAND, dont le Siège Social est situé AVENUE DU 8 MAI 1945 91152 ETAMPES (91 Essonne)

Est titulaire auprès de notre société,

D'un contrat d'assurance Assurance Responsabilité Civile et Risques Annexes n° 174548

Garantissant :

Les élèves des Centres de formation de l'établissement, dans le cadre des études et des stages qu'ils effectuent, aux conditions suivantes :

Nom Prénom : _____

Année Scolaire : _____

Assurance Responsabilité Civile et Risques Annexes n° 174548

Sont garanties les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile de l'élève susnommé, **pour les dommages corporels ou matériels qu'il peut occasionner au cours de ses études, ou stages effectués durant sa scolarité, en particulier à l'extérieur de l'Etablissement assuré, dans les termes et conditions du contrat.**

- Les garanties du présent contrat s'exercent au profit des Etablissements et Institutions situés en France Métropolitaine, dans les départements et Territoires d'Outre-Mer, à Andorre et dans la Principauté de Monaco.
- Elles sont étendues au **Monde Entier**, sans déclaration du Sociétaire, pour les élèves assurés effectuant des études, missions, stages, accompagnements de malades, pour autant que la durée du séjour n'excède pas trois mois.
Dans le cas où la garantie est accordée au profit des étudiants sages-femmes, la garantie est étendue aux stages effectués dans le cadre des études, dans le monde entier pour autant que la durée du séjour n'excède pas 6 mois.
- **CETTE EXTENSION NE S'APPLIQUE PAS AUX CONSEQUENCES D'ACTES MEDICAUX OU DE SOINS EFFECTUES AUX ETATS-UNIS ET AU CANADA, AINSI QU'AUX DOMMAGES CAUSES PAR LES PRODUITS LIVRES DANS CES DEUX PAYS.**
-

Les garanties sont accordées selon les termes et conditions du contrat susvisé en cas d'accident survenant, pendant les cours, stages et activités.

Les garanties de ce contrat prennent fin automatiquement à l'expiration de la session ou de l'année d'études au titre de laquelle l'étudiant a été inscrit et en toute hypothèse à la fin de la période d'assurance ci-dessous.

La présente attestation est délivrée sous réserve des dispositions concernant la suspension ou la résiliation dudit contrat.

L'attestation est délivrée pour servir ce que de droit, et ne peut engager l'Assureur au-delà des limites et conditions du contrat auquel elle se réfère.

La présente attestation est délivrée pour la période du 01/01/2025 au 31/12/2026.

Fait à Lyon, le 8 Décembre 2025.



Isabelle QUEREZ

Responsable de la direction Marché

Groupements Hospitaliers de Territoires