

INFORMATIONS

RENTREE EN FORMATION AIDE-SOIGNANTE

Réunion d'accueil le 19 août 2025

PRISE EN CHARGE FINANCIERE :

➤ Le coût de formation (6 930 euros en 2025-2026) est intégralement pris en charge par la Région des Pays de la Loire.

Il ne reste à la charge des personnes en formation que :

- Les frais de déplacement vers l'institut de formation ou les lieux de stage,
- Les repas (3,30 euros le repas au self du Centre Hospitalier, tarif CROUS 2025),
- Les frais de logement (location de studio ou appartement sur Châteaubriant).

➤ Cette mesure ne s'applique pas aux personnes dont la formation est déjà prise en charge par leur employeur ou un fonds de formation (O.P.C.O.*) ou ayant gardé un lien avec un employeur.

➤ Sont éligibles à la gratuité de la formation, les personnes :

- qui ont réussi les épreuves de sélection à l'entrée en formation,
- qui suivent une formation dans un institut de formation d'aides-soignants situé en Région des Pays de la Loire (pas de critère de résidence en Région des Pays de la Loire),
- qui respectent un délai de carence de 2 ans minimum entre le terme de la formation sanitaire et sociale précédente et la date d'entrée dans la nouvelle formation (formations sanitaires et sociales financées par le Conseil Régional).

➤ En cas de besoin et suivant les situations personnelles, les personnes dont la formation n'est pas prise en charge par la Région Pays de la Loire, s'adressent au secrétariat de l'IFAS.

➤ Une « aide individuelle à la formation » peut être demandée à la Région Pays de la Loire.

Pour plus d'informations, consulter le site internet suivant : www.paysdelaloire.fr

➤ Aide à la garde d'enfant pour parents isolés (A.G.E.P.I.), consulter France Travail.

* O.P.C.O. : Opérateurs de compétences (ANFH, Transi Pro...)

TSVP

REUNION D'ACCUEIL ADMINISTRATIF :

Le mardi 19 août 2025 de 13H30 à 17H30

Objets :

- Formalités administratives,
- Participation de France Travail,
- Intervention relative aux vaccinations obligatoires,
- Prise de photographie individuelle pour dossier scolaire,
- Remise du déroulement de la formation (périodes de stages...),
- Présence des partenaires : MACSF, MNH, GMF...
- Réponses à vos questions.

DATE RETREE :

LUNDI 25 AOUT 2025 A 9 H 30

*N'hésitez pas à consulter notre site internet
pour toutes informations complémentaires*

<https://www.ch-cnp.fr/>

LISTE DES PIÈCES A FOURNIR

DOCUMENTS ADMINISTRATIFS :

- ➔ « Fiche d'inscription » ci-jointe à compléter.

- ➔ Curriculum vitae actualisé.

- ➔ Pour les bacheliers, fournir votre relevé de notes au baccalauréat où figure votre numéro d'identifiant national étudiant (I.N.E.) ou numéro de base élève académique (B.E.A.).

- ➔ Photocopie de l'attestation sécurité sociale jointe à la carte vitale justifiant vos droits.
(document à demander à votre CPAM)

- ➔ Copie de la pièce d'identité recto-verso.

- ➔ Attestation d'assurance responsabilité civile.
Les élèves doivent être garantis pour l'ensemble des risques suivants couvrant la responsabilité civile, tant lors du stage que des trajets occasionnés par celui-ci :
 - accidents corporels causés aux tiers ;
 - accidents matériels causés aux tiers ;
 - dommages immatériels.*(Cf note d'information jointe)*
Fournir une attestation mentionnant explicitement la couverture de ces risques.

- ➔ Si obtention : photocopie de l'Attestation de Formation aux Premiers Secours ou Premiers Secours Civils niveau 1 ou Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgences niveau 1.

DOCUMENTS MEDICAUX :

- ➔ Un certificat médical délivré par **un médecin agréé** attestant que le candidat ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession. (*document joint à compléter par le médecin agréé*)
Liste des médecins agréés de Loire-Atlantique accessible sur internet :
<https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/consulter-la-liste-des-medecins-agrees-en-pays-de-la-loire>
ou demander cette liste à la mairie de votre domicile.

➔ Un certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France.

Le document sur les « Conditions médicales d'admission à l'entrée à l'IFAS » ci-joint à compléter par le médecin agréé ou votre médecin traitant.

Pour rappel les vaccins obligatoires : tout élève d'un établissement préparant à l'exercice des professions médicales et des autres professions de 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 :

- l'hépatite B (**preuve sérologique avec dosage des anticorps anti-HBs**),
- la diphtérie,
- le tétanos,
- la poliomyélite.

➔ Une sérologie Hépatite B récente.

➔ Photocopie du carnet de santé avec les pages concernant les vaccinations, les maladies infantiles.

Toutes ces pages doivent comporter vos nom, prénom et date de naissance.

DOCUMENTS FINANCIERS :

➔ Document de la région : « éligibilité au financement des coûts de formation », ci-joint à compléter.

Concernant l'éligibilité à la gratuité du coût de formation, il est rappelé que dans tous les cas pour bénéficier du co-financement France Travail / Région, les demandeurs d'emploi doivent être inscrits à France Travail, au moins une journée avant l'entrée en formation et ne plus avoir de lien avec un employeur.

Tout dossier administratif et/ou médical incomplet ou non conforme entraîne un refus d'accès à la formation, en cours et/ou en stage.

FICHE D'INSCRIPTION

NOM de famille :	<input type="text"/>
NOM d'usage :	<input type="text"/>
Prénoms :	<input type="text"/>
Date et lieu de naissance :	<input type="text"/>
N° Sécurité sociale :	<input type="text"/>
Situation de famille :	<input type="text"/>
Profession du conjoint :	<input type="text"/>
Nombre d'enfants :	<input type="text"/>
Adresse Personnelle :	<input type="text"/>
N° téléphone personnel :	<input type="text"/>
N° téléphone portable :	<input type="text"/>
Activité professionnelle antérieure :	<input type="text"/>
Coordonnées de la personne à prévenir en cas de problème (nom et n° de téléphone) :	<input type="text"/>
Adresse Mail personnelle :	<input type="text"/>
Adresse Mail pour l'IFAS (gmail)	<input type="text"/>
Adresse des parents :	<input type="text"/>
N° téléphone parents :	<input type="text"/>
Profession du père :	<input type="text"/>
Profession de la mère :	<input type="text"/>
Nombre de frères et soeurs :	<input type="text"/>
Assurance maladie des parents :	<input type="text"/>

Permis de conduire : Oui Non
Véhicule personnel : Oui Non

Possibilités d'hébergement :

Ancenis	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Angers	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Blain	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Châteaubriant	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Nantes	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Redon	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Rennes	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Autres (à préciser)		

Aides financières demandées :

➤ France travail	<input type="checkbox"/>	
➤ Promotion professionnelle des établissements de santé publics	<input type="checkbox"/>	Préciser nom et adresse de l'établissement :
➤ C.I.F / D.I.F.	<input type="checkbox"/>	Préciser l'organisme :
➤ Aide individuelle à la formation du Conseil régional Pays de la Loire	<input type="checkbox"/>	
➤ Autres (à préciser)	<input type="checkbox"/>

Situation au moment du remplissage du dossier :

En formation	<input type="checkbox"/>	préciser type et lieu :.....
Salarié(e)	<input type="checkbox"/>	préciser l'établissement et l'activité :
Autre :	<input type="checkbox"/>	à préciser.....

Pour les bacheliers, veuillez noter votre numéro d'identifiant national étudiant (I.N.E.) ou numéro de base élève académique (B.E.A.) :

Nous vous remercions de préciser, pourquoi vous avez choisi l'Institut de Formation Aides-Soignants de Châteaubriant pour suivre votre formation ?

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

La Région des Pays de la Loire prévoit une prise en charge partielle ou totale des coûts de formation pour les personnes **éligibles**, c'est-à-dire les **personnes en poursuite de scolarité** ou **à la recherche d'un emploi** dans le respect du règlement d'éligibilité. Des délais de carence peuvent s'appliquer également entre deux formations sanitaires et sociales financées par la Région (*cf. règlement d'éligibilité*).

Votre institut de formation tient à votre disposition le **règlement d'éligibilité**. Votre éligibilité sera appréciée en fonction du présent **questionnaire** et des **justificatifs** apportés. La direction de l'institut de formation, au nom de la Région des Pays de la Loire, vous notifiera la prise en charge ou non des coûts de formation.

Votre institut est votre seul interlocuteur pour toutes les questions relatives à l'éligibilité au financement total ou partiel des coûts de formation.

INSTITUT DE FORMATION
Institut de formation : IFAS DU CENTRE HOSPITALIER CHATEAUBRIANT NOZAY POUANCE
Site : CHATEAUBRIANT
Formation : FORMATION AIDE-SOIGNANTE
Année d'étude (cycle de formation) : 1^{ère} année
Date de rentrée : Lundi 25 août 2025
APPRENANT
Nom de naissance : _____
Nom d'usage : _____
Prénoms : _____
Date de naissance : _____

Seules les personnes éligibles à la prise en charge partielle ou totale des frais de formation peuvent bénéficier, si elles en respectent les critères d'attribution, des aides aux conditions de vie attribuées par la Région (bourses, rémunération publique de stage...).

Situation avant votre entrée en formation (N-1)

En poursuite de scolarité :

Formation suivie : _____

Dernier établissement scolaire fréquenté : _____

J'ai suivi une formation sanitaire ou sociale

Nom du diplôme : _____ Date d'obtention : ___/___/___

Sous quel statut : _____ Financée par : _____

Situation à la date de votre entrée en formation

Je serai :

- en emploi
Nombre d'heures hebdomadaires : _____
- en recherche d'emploi :
- sans activité professionnelle
- auto-entrepreneur(se)
- titulaire ou stagiaire de la fonction publique en disponibilité ou dans une autre position statutaire
- J'ai fait une demande de congé de formation professionnelle : oui non
- J'ai fait une demande de rupture conventionnelle : oui non
Pour laquelle j'ai obtenu une réponse favorable défavorable

Je suis dans une autre situation :

- en congé parental, en congé maternité,
- en parcours emploi compétences (PEC),
- démissionnaire d'un CDI ou d'un emploi public.
⇒ J'ai déposé une demande pour l'accès à une indemnisation chômage en raison de la démission. J'ai reçu un avis de la commission paritaire interprofessionnelle auprès de l'association Transitions Pro Pays de la Loire
 favorable défavorable en attente de décision
- bénéficiaire d'une allocation d'étude versée par un centre hospitalier ou un autre employeur couvrant les frais de formation et apportant une rémunération
- autre situation : _____

Prise en charge de votre formation

J'ai fait une demande de prise en charge par :

- le Compte personnel de formation de Transition professionnelle
- auprès de mon employeur : _____
- dans le cadre des actions de formation de reconversion/promotion ou contrat de professionnalisation
 - oui
 - non
- autre(s) financement(s). Précisez : _____

Avertissement

Sanction en cas de fausse déclaration : Est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende le fait de fournir sciemment une fausse déclaration ou une déclaration incomplète en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir, de faire obtenir ou de tenter de faire obtenir d'une personne publique, d'un organisme de protection sociale ou d'un organisme chargé d'une mission de service public une allocation, une prestation, un paiement ou un avantage indu (article 441-6 du code pénal).

Je soussigné.e Mme / M. _____, certifie l'exactitude des renseignements portés sur ce formulaire sachant que toute erreur ou omission dans ces renseignements peut entraîner le rejet ou le retrait de l'aide accordée par la Région des Pays de la Loire.

Je m'engage à signaler, auprès de l'institut, tout changement dans ma situation.

Fait à _____, le _____

Signature du demandeur précédée de la mention « Lu et approuvé » :

Liste des pièces justificatives à fournir en fonction des cases cochées précédemment

- Copie du dernier diplôme ou certificat de scolarité
- Curriculum Vitæ
- Contrat(s) de travail ou certificat(s) de travail ou attestation employeur justifiant votre statut
- Copie de rupture du contrat (démission, rupture conventionnelle, fin de CDD...)
- Copie de l'avis pour l'indemnisation et/ou courrier d'attribution d'une bourse d'étude
- Copie de la notification de l'organisme prenant en charge votre formation (opérateurs de compétence association transitions pro),
- Arrêté de nomination et notification de l'organisme prenant en charge votre formation
- Attestation d'inscription France Travail
- Arrêté de mise en disponibilité ou autres positions
- Autre(s) justificatif(s)

Au moment de l'admission, au vu des renseignements et justificatifs fournis, M./Mme _____
directeur/directrice de l'institut, certifie que M. / Mme _____ :

- remplit les conditions pour bénéficier du financement régional des coûts de formation,
- ne peut pas bénéficier du financement régional des coûts de formation,
- demande un examen de ce dossier par les services de la Région des Pays de la Loire au regard d'une situation particulière.

Le ____ / ____ / ____

Cachet de l'institut :

Signature du directeur de l'institut de formation :

Les informations recueillies dans ce document seront conservées par l'institut de formation qui vous accueille et pourront faire l'objet d'un traitement par les services régionaux dans le cadre de vérification de la prise en charge des coûts de formation ainsi qu'à des fins administratives et statistiques. Pour tout renseignement, contactez la direction de l'institut de formation, auprès duquel vous pourrez également exercer vos droits (accès, modification, oubli, opposition, portabilité...) aux informations vous concernant, conformément à la loi « Informatique et Libertés » et au RGPD applicable depuis le 25 mai 2018. Dans le cadre de la convention liant la Région des Pays de la Loire à votre centre de formation, les informations recueillies peuvent être transmises par l'institut de formation et conservées informatiquement par la Région.

CERTIFICAT D'APTITUDE

A compléter par un médecin agréé par l'ARS (Agence Régionale de Santé)

Conformément à l'Article 8 ter de l'arrêté du 7 avril 2020 modifié par l'arrêté du 9 juin 2023
relatif aux modalités d'admission à la formation conduisant au DEAS

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE A LA FONCTION D'AIDE-SOIGNANT(E)

Je soussigné(e), **Médecin Agréé** par l'ARS, Dr.....,

certifie avoir examiné ce jour Mme – M.

né(e) le à

et avoir constaté « *que le candidat ne présente pas de contre-indication physique ou psychologique à l'exercice de la profession aide-soignante* ».

« *qu'il est à jour de ses vaccinations obligatoires et notamment de la vaccination contre l'hépatite B (dosage des anticorps anti-HBs à UI).*

Fait à,

Le.....

Cachet et Signature du médecin agréé

- Est immunisé contre l' HEPATITE B conformément à l'arrêté du 2 août 2013 Compléter dûment le tableau ci-après et notamment le taux d'Anticorps anti-HBs

Dénomination de la spécialité	N° de lot	Doses	Dates d'injections	Taux d'Anticorps anti-HBs

⊗ Les résultats des sérologies sont couverts par le secret médical, néanmoins **nous vous remercions de fournir le justificatif rendant compte que votre sérologie antihépatite B correspond aux normes préconisées conformément à l'arrêté du 2 août 2013, annexe I.**

- Présente une preuve de la vaccination par le B.C.G (**pour ceux ayant réalisé la vaccination**) : Compléter dûment le tableau ci-après

Dénomination de la spécialité	N° de lot	Doses	Dates d'injections

Fait à

le

CACHET DU MEDECIN

SIGNATURE DU MEDECIN

**NOTE D'INFORMATION RELATIVE A L'ASSURANCE
DES ETUDIANTS INFIRMIERS ET ELEVES AIDES-SOIGNANTS**

En référence à l'instruction DGOS/RH1 n° 2010-243 du 5 juillet 2010 concernant l'assurance couvrant les risques professionnels et la responsabilité civile des étudiants et des élèves : les frais d'assurance de responsabilité civile sont à la charge des élèves et étudiants.

Il vous appartient de souscrire un **avenant limité** dans le temps auprès de la compagnie d'assurance qui gère votre contrat « multirisque habitation-responsabilité civile » ou celui de vos parents. Le choix du montant des garanties assurées relève de **votre seule responsabilité**.

Vous devez être garantis pour l'ensemble des risques couvrant la responsabilité civile, tant **lors du stage qu'à l'institut et lors des trajets** en lien avec ces activités :

- accidents corporels causés au tiers,
- accidents matériels causés au tiers,
- dommages immatériels.

Une attestation mentionnant explicitement la couverture de ces risques est à transmettre.

Classiquement, les conventions de stage signées entre l'IFSI/IFAS et les établissements sanitaires et médico-sociaux prévoient la souscription – **par l'élève ou l'étudiant** – d'une police d'assurance responsabilité civile pour chaque année universitaire.

A l'exception des promotions professionnelles, l'élève ou l'étudiant n'est ni un agent titulaire, ni un contractuel ; de sorte, qu'il est indispensable qu'il s'assure contre la mise en cause de sa responsabilité civile du fait de ses actes ou agissements.

Il est important cependant de préciser que le contrat responsabilité civile « vie privée » n'aura pas vocation à s'appliquer en présence d'un éventuel dommage causé par un élève ou étudiant.

La souscription du **contrat responsabilité civile spécifique « élève ou étudiant en santé »** permet d'assurer une pratique sereine et ce, même si celle-ci n'est pas obligatoire en tant que telle. Car, un contrat d'assurance spécifique souscrit par l'étudiant permet – en cas de faute d'une particulière gravité ou détachable du service – de prendre en charge les éventuelles **conséquences pécuniaires** ainsi que la prise en charge des **frais de défense** devant les juridictions civiles, administratives et pénales.

Vous êtes en formation professionnelle paramédicale, votre assureur doit le mentionner sans aucune ambiguïté en soulignant la référence à l'instruction citée ci-dessus.

Vous engagez personnellement votre responsabilité sur la nature même de votre assurance.

La Directrice,

Caroline DEROCHE