

DOSSIER ADMINISTRATIF
FORMATION AIDE-SOIGNANT(E)- ANNEE 2010/2011 - CURSUS INTEGRAL
du 01 septembre 2010 au 01 juillet 2011

Documents à imprimer (de façon lisible et sans recto verso) et à retourner complétés et signés:

- Fiche de renseignements confidentiels (ci-jointe)
- Acceptation d'accompagnement des malades en stage (ci-jointe)
- Acceptation de stages (ci-jointe)
- Fiche médicale de Vaccinations (ci-jointe)
- La fiche individuelle statistique (ci-jointe)

Documents à joindre au dossier :

- 1 photocopie de la Carte Nationale d'Identité valide (recto verso)
- 1 photocopie de votre attestation d'immatriculation à la Sécurité Sociale
- 2 photographies d'identité en couleur (nom et prénom au dos de chaque photo)
- 2 enveloppes format 11,5 x16 libellées à vos nom et adresse et timbrées au tarif en vigueur
- Un certificat médical par un Médecin Agréé attestant que le candidat ne présente aucune contre indication physique et psychologique à l'exercice de la profession.

N° d'immatriculation de l'élève : /

Niveau scolaire :

Diplôme d'instruction générale (*préciser la spécialité et l'année d'obtention*) :

C. A. P. : B. E. P. C. :

B. E. P. Sanitaire Et Social : Baccalauréat :

C. F. E. S. : Autres :

Saisie obligatoire

Statut (prise en charge financière) à l'entrée en formation :

(1 seule case à cocher)

- Promotion professionnelle hospitalière
- Boursiers (du Conseil Régional)
- Congé individuel de formation « CIF » à préciser :
- Demandeur d'emploi (inscrit au Pôle Emploi)
- Demandeur d'emploi (inscrit au Pôle Emploi et bénéficiant d'une allocation)
- Autre aide (Conseil Général - Mission Locale), à préciser :
- Aucune aide financière

Père : Nom et Prénom :

Adresse :

 :

Mère : Nom et Prénom :

Adresse :

 :

Acceptation d'accompagnement des patients ou des résidents

Je soussigné(e)

M.....

demeurant à

.....

accepte d' accompagner des patients ou des résidents hors de leur structure d'accueil, à la demande du responsable du stage, à bord des véhicules dédiés et après en avoir informé l'I.F.S.I.L.

Fait à

Le

Signature,

Acceptation de stages

Je soussigné(e),

M.....

accepte de me rendre en stage dans les divers établissements sanitaires et sociaux du département et hors département, stages nécessaires à ma formation.

Il est bien entendu que les frais engendrés par ces déplacements restent à ma charge.

Fait à

Le.....

Signature,

(à faire compléter par un Médecin et à joindre obligatoirement au dossier administratif)

Nom :

Nom d'épouse :

Prénom :

Date de naissance :

- Diphtérie - Tétanos - Polio - Coqueluche (obligatoire):

1^{ère} injection le :

2^{ème} injection le :

3^{ème} injection le :

rappel le :

- Hépatite B (obligatoire) :

1^{ère} injection le :

2^{ème} injection le :

3^{ème} injection le :

rappel le :

-Titrage anticorps anti-HBS (obligatoire) :

Réalisé le :

Résultat en mU/ml:

(cet examen doit avoir été réalisé en 2010)

- Rubéole - Oreillon - Rougeole (obligatoire):

Réalisé le :

(Obligatoire pour entrer en formation)

- Examen RADIO Radio Pulmonaire

oui

non

- B.C.G (obligatoire) :

Réalisé le :

- I.D.R. (Intra Dermo Réaction) (obligatoire)

Réalisé le :

Résultat en mm :

(cet examen doit dater de moins de 3 mois au 1^{er} septembre 2010)

Date :

Nom du Médecin :

Cachet du Médecin

Signature du Médecin