



Institut de Formation  
en Soins Infirmiers  
Lozérien



**DOSSIER ADMINISTRATIF**  
**FORMATION AIDE-SOIGNANT(E)- ANNEE 2009/2010 - CURSUS PARTIEL**  
**du 01 septembre 2010 au 01 juillet 2011**

**Documents à imprimer (de façon lisible et sans recto et verso) et à retourner**

**complétés et signés:**

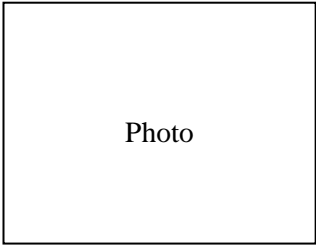
- Fiche de renseignements confidentiels (ci-jointe)
- Acceptation d'accompagnement des malades en stage (ci-jointe)
- Acceptation de stages (ci-jointe)
- Fiche médicale de vaccinations (ci-jointe)
- Fiche individuelle statistique (ci-jointe)

**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), ne pas joindre si déjà fournies.
- 2 enveloppes format 11,5x16 libellées à votre nom et adresse pendant les études 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.



**FORMATION AIDE-SOIGNANT(E)  
CURSUS PARTIEL**



Institut de Formation  
en Soins Infirmiers  
Lozérien



PASSERELLE  .....

Modules à valider .....

VAE

Modules à valider .....

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELS**  
**Promotion 2010/2011**

Nom : .....

Nom épouse : .....

Prénom : .....

Date et lieu de naissance (*indiquer avec précision le département et le pays d'origine si le candidat n'est pas né en France Métropolitaine*) : .....

Nationalité : .....

Célibataire - Concubinage - Vie Maritale - Marié(e) - Divorcé(e) - Veuf ou Veuve (*rayez les mentions inutiles*) ou autre (*préciser*) : .....

Nombre d'enfant(s) à charge : .....

Nom et prénom du conjoint(e) ou du concubin(e) : .....

Adresse personnelle	Adresse pendant les études
.....	.....
.....	.....
.....	.....
<b>☎ :</b>	<b>☎ :</b>
<b>☎ Portable :</b>	<b>☎ Portable :</b>
<b>Courriel :</b>	<b>Courriel :</b>

Permis de conduire B :                                    oui                    non

Véhicule personnel :                                    oui                    non

Nom de la Caisse d'Assurance Maladie et adresse:  
.....  
.....

Numéro d'immatriculation de l'élève :           /

Niveau scolaire : .....

Diplômes Universitaires ou Professionnels (*préciser la spécialité et l'année d'obtention*) :  
.....

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) :**

*(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 la direction de 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<sup>ère</sup> injection le .....

2<sup>ème</sup> injection le : .....

3<sup>ème</sup> injection le : .....

rappel le : .....

**- Hépatite B (obligatoire) :**

1<sup>ère</sup> injection le : .....

2<sup>ème</sup> injection le : .....

3<sup>ème</sup> injection le : .....

rappel le : .....

**- Titrage anticorps anti - HBS (obligatoire) :**

Réalisé le : .....

Résultat en mU/ml : .....

(cet examen doit avoir été réalisé en 2010)

**- RUBEOLE - OREILLON - ROUGEOLE (obligatoire) :**

Réalisé le .....

(obligatoire pour entrer en formation)

**➤ Examen RADIO Radio Pulmonaire**

oui

non

**➤ B.C.G (obligatoire) :**

Réalisé le : .....

**IDR (Intra Dermo Réaction) (obligatoire) :**

Réalisé le : .....

Résultat en mm : .....

(cet examen doit dater de moins de 3 mois au 1<sup>er</sup> septembre 2010)

Date : .....

Nom du Médecin : .....

Cachet du Médecin

Signature du Médecin