DOSSIER D'INSCRIPTION
RENTRÉE DU 1ER SEPTEMBRE 2025

Écoles et Instituts de Formation en Santé
CHR Metz-Thionville | CH de Briey

INSTITUTS DE FORMATION AIDES-SOIGNANTS
DU C.H.R. METZ-THIONVILLE ET DU C.H. DE BRIEY

INSTITUTS DE FORMATION AIDES-SOIGNANTS
THIONVILLE

Site	☑ **I.F.A.S. THIONVILLE**
Dossier à remettre en main propre ou à renvoyer par voie postale	C.H.R. METZ-THIONVILLE I.F.A.S. 1-3 Rue du Friscaty BP 60327 57126 THIONVILLE CEDEX
Téléphone	03.82.55.85.26
Courriel	ifsi-ifas.secretariat.belair@chr-metz-thionville.fr
Etablissement support	C.H.R. METZ-THIONVILLE
Directeur	Marie-Joseph ALLEAUME
Responsable de site	Corinne MEYER
Secrétaire référente	Léa DE MARREZ

ATTENTION : places ouvertes pour la rentrée du 1er septembre 2025 :

- **41 places financées Région Grand Est**
- **9 places non financées : financement OPCO, employeur, autofinancement, …**

MERCI DE NE PAS IMPRIMER CE DOSSIER EN RECTO VERSO. Certains documents seront transmis dans d'autres services et NE PAS UTILISER D'AGRAFE

Soyez vigilants quant aux pièces à nous joindre à votre dossier d'inscription : un dossier incomplet ne pourra être traité.

Vous recevrez un mail de confirmation d'inscription suite à la réception d'un dossier complet.

Pas d'envoi de dossier complet par mail.

PIECES A FOURNIR EN COMPLEMENT DE LA DEMANDE D'INSCRIPTION

Pièces à fournir pour acter votre inscription
À envoyer ou à déposer au secrétariat de l'IFAS au plus tard le 16 juillet 2025

☐ Fiche de situation administrative (Annexe 1)

☐ **Les frais d'inscription correspondant aux droits annuels d'inscriptions sont à régler directement à la régie de l'hôpital Bel Air - CHR Metz Thionville** (règlement en espèces ou CB ou par chèque : à l'ordre du Centre des Finances Publiques). **Le récépissé de paiement des 100 €** est à joindre à ce dossier.

☐ 1 copies recto/verso de la carte d'identité ou du titre de séjour en cours de validité pour les élèves de nationalité étrangère portant obligatoirement les mentions « *vie familiale et professionnelle […] travail autorisé selon la législation en vigueur* »

☐ Attestation d'assurance Responsabilité Civile **et Professionnelle** 2025/2026, **date d'effet au 01/09/2025** (voir « Informations générales » page 4)

☐ Copie du diplôme ou relevé de notes du **Baccalauréat** (ou équivalent) – **à nous transmettre dès réception**

☐ Curriculum Vitae à jour

☐ Le certificat de scolarité 2024/2025 ou 2023/2024 (si concerné)

☐ **Si prise en charge de l'employeur**, attestation employeur

☐ Créer une adresse mail valide Yahoo.com – **obligatoire** sous le format : **prenom.nomdenaissance@yahoo.com** (possibilité de rajouter **un** chiffre après le nom si adresse existante) **-> consultez votre boîte mail régulièrement après création (ainsi que vos courriers indésirables)**

…… …… @yahoo.com

Pièces à fournir au plus tard le jour de la rentrée, le 1er septembre 2025

☐ Le dossier Apprenant fiche de renseignements Région GRAND-EST (Annexe 2) (joindre les pièces justificatives demandées, cf page 15.)

☐ Certificat médical dûment établi et signé par un Médecin Agréé ARS (Annexe 3) (liste des médecins agréés ARS consultable sur https://www.grand-est.ars.sante.fr/annuaires-des-professionnels-et-etablissements)

☐ Les informations sur le suivi médical et attestation médicale de vaccinations (page 18/19). (peut être renseigné par votre médecin traitant ou le médecin agréé ARS)

INFORMATIONS GENERALES

CAPACITE D'ACCUEIL

Les places ouvertes pour la rentrée du 1er septembre 2025 sont :

- de 50 places pour l'I.F.A.S. THIONVILLE ;

Le nombre de places au sein de chaque Instituts de Formation ne peut excéder cette capacité d'accueil.

FRAIS D'INSCRIPTION

- Les droits d'inscription s'élèvent à 100 € : chèque à fournir établi à l'ordre du Centre des Finances Publiques correspondant aux droits annuels d'inscriptions. Ces frais d'inscription sont à régler directement à la Régie du CHR METZ THIONVILLE Bel Air.

BOURSES REGIONALES (Annexe 5)

La Région attribue des bourses régionales d'étude sur critères sociaux pour les élèves et étudiants en formations sanitaires et sociales. La transmission et le traitement des demandes se fait en mode dématérialisé. Vous pouvez déposer votre demande de bourse sur le site de la Région Grand Est : https://messervices.grandest.fr. **Le code d'accès spécifique à l'IFSI et la notice pour déposer une demande de bourse sont consultables sur notre site internet www.ecolesantemetz.com dans la rubrique « Accéder à la formation ». Vous aurez un mois à compter de la date de la rentrée pour déposer votre demande.**

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE ET PROFESSIONNELLE

Dans le cadre de vos études, vous êtes amenés à réaliser des stages dans des établissements de santé publics ou privés. Les responsabilités auxquelles vous êtes exposés du fait de la réalisation ou de votre participation à des actes lors des stages, sont les mêmes que celles auxquelles sont exposés les professionnels de santé diplômés et en fonction. C'est pourquoi vous devez être couvert par l'assurance Responsabilité Civile **Professionnelle. ATTENTION : vous devez transmettre une attestation concernant l'année 2025/2026.**

➔ **Compagnies gratuites pour les élèves aides-soignants :**

- **La Médicale de France**
- **MACSF**
- **MNH**
- **Groupe Pasteur Mutuelle**

Ces assurances sont gratuites, faites votre dossier en ligne et imprimez l'attestation que vous transmettrez au secrétariat.

DOSSIER MEDICAL (Dossier à rendre au plus tard le premier jour de la rentrée)

- **CERTIFICAT D'APTITUDE PHYSIQUE ET PSYCHOLOGIQUE (voir Annexe 3) :** selon l'Article 8 ter de l'Arrêté du 7 avril 2020 modifié relatif aux modalités d'admission aux formations conduisant aux diplôme d'Etat d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture, l'apprenant devra transmettre au secrétariat, **au plus tard le premier jour de la rentrée**, un certificat d'aptitude physique et psychologique à l'exercice de la profession établi par un médecin agréé ARS. (liste des médecins agréés ARS consultable sur https://www.grand-est.ars.sante.fr/annuaires-des-professionnels-et-etablissements)
- **INFORMATIONS SUIVI MEDICAL (voir Annexe 4) :** l'apprenant devra transmettre au secrétariat, **au plus tard le premier jour de la rentrée**, les informations de suivi médical (attestation médicale de vaccinations obligatoires pour l'entrée en formation, la photocopie lisible du carnet de vaccinations à jour (annotez votre nom et prénom), un dosage des anticorps anti-Hbs). Ce dossier permettra d'établir un certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur nécessaire pour le départ en stage. **Attention, aucun départ en stage ne pourra se faire si vous ne répondez pas aux exigences de vaccinations.**
- **VACCINATIONS COVID-19 et Grippe** : Vaccinations fortement recommandées mais non obligatoires.
- ***VACCINATION HEPATITE B : Si l'élève n'est pas vacciné, un schéma accéléré de vaccinations est possible. Posez la question à votre médecin traitant.***

INFORMATIONS IMPORTANTES

La rentrée aura lieu le lundi 1er septembre 2025 à 8h30 dans les locaux de l'IFAS.
Consultez quotidiennement votre boite mail Yahoo afin d'avoir les dernières informations.
Une carte d'accès au self du CHR Bel Air sera délivrée au mieux le jour de la rentrée.

Annexe 1
Fiche de situation administrative

Pôle Ressources et support
Direction des Ecoles

www.ecolesantemetz.com

CESU 57
Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence
Tél : 03 87 55 36 22
CESU57.secretariat.mercy@chr-metz-thionville.fr

CFPPH
Centre de Formation des Préparateurs en Pharmacie Hospitalière
Tél : 03 87 76 40 44
cfpph.secretariat@chr-metz-thionville.fr

IFAP
Institut de Formation des Auxiliaires de Puériculture
METZ Site de SAULCY : Tél : 03 87 55 38 99
ifap-ifip.secretariat.saulcy@chr-metz-thionville.fr

IFAS
Institut de Formation d'Aides-Soignants
BRIEY : Tél : 03 82 47 16 75
ifsi-ifas.secretariat.briey@ch-briey.fr
METZ Site de SAULCY : Tél : 03 87 55 38 99
ifas.secretariat.saulcy@chr-metz-thionville.fr
THIONVILLE : Tél : 03 82 55 85 29
ifsi-ifas.secretariat.belair@chr-metz-thionville.fr

IFIP
Institut de Formation des Infirmiers Puériculteurs
METZ Site de SAULCY : Tél : 03 87 55 38 99
ifap-ifip.secretariat.saulcy@chr-metz-thionville.fr

IFSI
Institut de Formation en Soins Infirmiers
BRIEY : Tél : 03 82 47 16 70
ifsi-ifas.secretariat.briey@ch-briey.fr
METZ Site de PELTRE : Tél : 03 87 18 61 55
ifsi.secretariat.peltre@chr-metz-thionville.fr
METZ Site de SAULCY : Tél : 03 87 55 38 91
ifsi.secretariat.saulcy@chr-metz-thionville.fr
THIONVILLE : Tél : 03 82 55 85 26
ifsi-ifas.secretariat.belair@chr-metz-thionville.fr

Qualiopi processus certifié
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

La certification qualité a été délivrée au titre de la catégorie d'actions :
Actions de formation
Actions de formation par apprentissage
Pour : CESU - IFAP - IFAS - IFIP – IFSI

IDENTITE DE L'APPRENANT

Civilité : ☐ Madame ☐ Monsieur

NOM (naissance) : .....

NOM (marital) : .....

Prénom(s) : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Pays de naissance : .....Code postal naissance : .....

Nationalité : .....

Adresse postale : .....

Complément d'adresse (bâtiment, étage, …) : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Téléphone portable (élève) : .....

E-mail (élève) : .....

N° Sécurité Sociale : .....
(noter impérativement votre numéro de sécurité sociale, pas celui de vos parents ni de votre conjoint)

Personne à contacter en cas d'urgence : .....
.....
(préciser impérativement le NOM Prénom, téléphone et lien de parenté avec l' élève)

Situation familiale : .....
(préciser Marié(e) ou Divorcé(e) ou Célibataire ou Pacsé(e) ou Veuf(ve) ou Concubinage)

Nombre d'enfants à charge : .....
(préciser la date de naissance)

Permis de conduire : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, noter la plaque d'immatriculation : .....

Moyen de locomotion : .....

SITUATION DE HANDICAP (si vous êtes concerné(e))

Présentez-vous une situation de handicap ? ☐ Oui ☐ Non

Reconnaissance travailleur handicapé : ☐ Oui ☐ Non

Besoins aménagement scolaire et/ou pédagogique : .....

Si oui, le ou lesquels ? : .....

Joindre la notification RQTH en cas de situation de handicap déclaré.

Annexe 1
Fiche de situation administrative

Pôle Ressources et support
Direction des Ecoles

www.ecolesantemetz.com

CESU 57
Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence
Tél : 03 87 55 36 22
CESU57.secretariat.mercy@chr-metz-thionville.fr

CFPPH
Centre de Formation des Préparateurs en Pharmacie Hospitalière
Tél : 03 87 76 40 44
cfpph.secretariat@chr-metz-thionville.fr

IFAP
Institut de Formation des Auxiliaires de Puériculture
METZ Site de SAULCY : Tél : 03 87 55 38 99
ifap-ifip.secretariat.saulcy@chr-metz-thionville.fr

IFAS
Institut de Formation d'Aides-Soignants
BRIEY : Tél : 03 82 47 16 75
ifsi-ifas.secretariat.briey@ch-briey.fr
METZ Site de SAULCY : Tél : 03 87 55 38 99
ifas.secretariat.saulcy@chr-metz-thionville.fr
THIONVILLE : Tél : 03 82 55 85 29
ifsi-ifas.secretariat.belair@chr-metz-thionville.fr

IFIP
Institut de Formation des Infirmiers Puériculteurs
METZ Site de SAULCY : Tél : 03 87 55 38 99
ifap-ifip.secretariat.saulcy@chr-metz-thionville.fr

IFSI
Institut de Formation en Soins Infirmiers
BRIEY : Tél : 03 82 47 16 70
ifsi-ifas.secretariat.briey@ch-briey.fr
METZ Site de PELTRE : Tél : 03 87 18 61 55
ifsi.secretariat.peltre@chr-metz-thionville.fr
METZ Site de SAULCY : Tél : 03 87 55 38 91
ifsi.secretariat.saulcy@chr-metz-thionville.fr
THIONVILLE : Tél : 03 82 55 85 26
ifsi-ifas.secretariat.belair@chr-metz-thionville.fr

Qualiopi processus certifié
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

La certification qualité a été délivrée au titre de la catégorie d'actions :
Actions de formation
Actions de formation par apprentissage
Pour : CESU - IFAP - IFAS - IFIP – IFSI

SITUATION AVANT L'ENTREE EN FORMATION

○ Apprenant en poursuite d'étude (si vous êtes concerné(e))

Si vous avez – de 26 ans et un certificat de scolarité de l'année 2023/2024 ou 2024/2025, vous êtes dans cette situation

Agé de moins de 26 ans : ☐ Oui ☐ Non

Diplômes obtenus (préciser l'année et la spécialité) :

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

Avez-vous un certificat de scolarité de l'année 2023/2024 ou 2024/2025 ? :
☐ Oui (les joindre au dossier d'inscription en 2 exemplaires) ☐ Non

○ Vie professionnelle (si vous êtes concerné(e))

Salarié(e) : ☐ Oui ☐ Non

Si oui :

Emploi actuel : .....

Nom et adresse de l'employeur : .....

.....

Depuis le : .....

☐ CDD ☐ CDI ☐ Titulaire F. P. ☐ Intérim ☐ Contrat étudiant

Autre : .....

Temps de travail : ☐ Temps complet ☐ Temps partiel

Si temps partiel, nombre d'heures par semaine : .....

Si non :

Rupture de contrat :

☐ Démission, préciser la date : .....

☐ Licenciement (préciser la date et fournir justificatif) : .....

☐ Rupture conventionnelle (préciser la date et fournir justificatif) : .....

☐ Autre (précisez) : .....

Annexe 1
Fiche de situation administrative

Pôle Ressources et support
Direction des Ecoles

www.ecolesantemetz.com

CESU 57
Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence
Tél : 03 87 55 36 22
CESU57.secretariat.mercy@chr-metz-thionville.fr

CFPPH
Centre de Formation des Préparateurs en Pharmacie Hospitalière
Tél : 03 87 76 40 44
cfpph.secretariat@chr-metz-thionville.fr

IFAP
Institut de Formation des Auxiliaires de Puériculture
METZ Site de SAULCY : Tél : 03 87 55 38 99
ifap-ifip.secretariat.saulcy@chr-metz-thionville.fr

IFAS
Institut de Formation d'Aides-Soignants
BRIEY : Tél : 03 82 47 16 75
ifsi-ifas.secretariat.briey@ch-briey.fr
METZ Site de SAULCY : Tél : 03 87 55 38 99
ifas.secretariat.saulcy@chr-metz-thionville.fr
THIONVILLE : Tél : 03 82 55 85 29
ifsi-ifas.secretariat.belair@chr-metz-thionville.fr

IFIP
Institut de Formation des Infirmiers Puériculteurs
METZ Site de SAULCY : Tél : 03 87 55 38 99
ifap-ifip.secretariat.saulcy@chr-metz-thionville.fr

IFSI
Institut de Formation en Soins Infirmiers
BRIEY : Tél : 03 82 47 16 70
ifsi-ifas.secretariat.briey@ch-briey.fr
METZ Site de PELTRE : Tél : 03 87 18 61 55
ifsi.secretariat.peltre@chr-metz-thionville.fr
METZ Site de SAULCY : Tél : 03 87 55 38 91
ifsi.secretariat.saulcy@chr-metz-thionville.fr
THIONVILLE : Tél : 03 82 55 85 26
ifsi-ifas.secretariat.belair@chr-metz-thionville.fr

Qualiopi processus certifié
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

La certification qualité a été délivrée au titre de la catégorie d'actions :
Actions de formation
Actions de formation par apprentissage
Pour : CESU - IFAP - IFAS - IFIP – IFSI

FRANCE TRAVAIL (si vous êtes concerné(e))

Inscrit France Travail : ☐ Oui (depuis le : .....) ☐ Non

Numéro Identifiant France Travail : .....

Bénéficiez-vous d'indemnités ? : ☐ Oui ☐ Non

Joindre une attestation au dossier d'inscription

FINANCEMENT (si vous êtes concerné(e))

Ferez-vous une demande de Congé Professionnel de Formation (CPF) ? :
☐ Oui ☐ Non

Votre formation sera-t-elle prise en charge par un organisme payeur ? :
☐ Oui (lequel ? : .....) ☐ Non

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), ...

atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés dans ce dossier.

Fait à ..... le .....

Signature :

DOSSIER APPRENANT SECTEUR SANITAIRE et SOCIAL

Les informations figurant dans le présent dossier sont destinées à la Région Grand Est et sont à renseigner par l'ensemble des apprenants admis en formation à la rentrée 2025/2026.

La Région participe au financement du fonctionnement des instituts de formations sanitaires en fonction des places agréées et financées.

Ne bénéficient de la gratuité du coût pédagogique de leur formation que les apprenants qui remplissent les conditions d'éligibilité fixées par la Région.

Ces conditions sont rappelées dans les fiches récapitulatives "Conditions générales et conditions spécifiques de prise en charge des formations" qui sont téléchargeables sur le site institutionnel de la Région Grand Est via le lien suivant :

http://www.grandest.fr/actions/formations-sanitaires-sociales/

****

Le dossier APPRENANT comporte 3 fiches à renseigner selon le code couleur suivant :

Renseignements à remplir par l'apprenant	
Renseignements à remplir par l'institut	
Renseignements à remplir par France Travail	

Fiche 1	*Fiche de renseignements - Situation de l'apprenant : à remplir par tout apprenant*
Fiche 2	*Attestation sur l'honneur : à remplir par tout apprenant*
Fiche 3	*Attestation de France Travail : à remplir par tout apprenant ayant le profil de demandeur d'emploi*
Onglet 4	*Documents demandés en cas de contrôle*

****

Ces documents sont à remettre à l'institut de formation, dûment complétés et accompagnés de l'ensemble des justificatifs demandés, impérativement avant le démarrage de la formation.

Tout dossier mal renseigné ou incomplet sera rejeté par l'Institut ; et de ce fait, les frais de formation resteront à la charge de l'apprenant.

Toute fausse déclaration est passible de peines et d'amendes prévues par les articles 441-1, 441-6 et 441-7 du code

Les données personnelles recueillies sont exclusivement collectées pour un usage interne à la Région et sont destinées à la vérification du respect des critères d'éligibilité de la prise en charge du coût des formations.

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, tout utilisateur du présent document dispose d'un droit d'accès, de rectification et de radiation portant sur ses données personnelles sur simple demande à l'adresse suivante :

Conseil Régional Grand Est - Direction de l'Orientation, de la Formation pour l'Emploi
Service des Formations Sanitaires et Sociales
1 place Adrien Zeller - BP 91006 - 67070 STRASBOURG Cedex
Tél. 03 87 33 64 19 - mail : fss@grandest.fr

Fiche 1

FICHE DE RENSEIGNEMENTS - SITUATION DE L'APPRENANT

IDENTITE DE L'APPRENANT

Civilité :

Nom de naissance : Nom d'usage (marital) :

Prénoms :

Adresse postale :

CP : Ville :

Etat civil : (cochez la case correspondant à votre situation)

- Célibataire
- Marié(e)/Pacsé(e)
- Vie maritale
- Veuf(ve)
- Divorcé(e)

Date de naissance :

Téléphone :

Personne reconnue travailleur handicapé (O/N) ?

Adresse électronique :

PARCOURS SCOLAIRES

Dernier diplôme obtenu (niveau le plus élevé) :

Année d'obtention	Intitulé du diplôme	Spécialité/discipline/série

Date de sortie de formation initiale (études) :

Année scolaire	Cursus de formation	Etablissement

ANTECEDENTS PROFESSIONNELS DE L'APPRENANT AVANT L'ENTREE EN FORMATION (si concerné)

ANTECEDENTS PROFESSIONNELS (à compléter obligatoirement pour toutes les formations même s'il n'y a plus de période de référence pour les AS et AP)

Dernier emploi exercé avant l'entrée en formation (employeur principal en cas de cumul d'activités) **POUR TOUTES LES FORMATIONS**

Situation au regard des derniers emplois occupés sur l'année 2025

Date d'embauche (jj/mm/aaaa)	**Employeur et lieu de travail**	**Emploi occupé**	**Type de contrat** (CDD-CDI-Fonctionnaire-Intérimaire-Contrat en alternance-Contrat aidé-Contrat civique-Contrat volontariat…)	**Temps de travail**	**Nature de la fin du contrat** (fin de contrat-fin d'intérim-licenciement-rupture conventionnelle-démission-rupture d'un commun	**Date de fin ou de rupture de contrat** (jj/mm/aaaa)

Toute fausse déclaration est passible de peines et d'amendes prévues par les articles 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal.

Je certifie exact les renseignements fournis.

Fait à : **Le :**

Signature de l'apprenant ou du responsable légal

Fiche 2

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) : _____ **déclare avoir pris connaissance :**

- du coût pédagogique de la formation :

Tarif applicable par année ou par session de formation : _____

Autres frais à charge de l'apprenant : 100 €

- des conditions de prise en charge fixées par la Région Grand Est (voir fiches synthétiques relatives aux conditions générales et aux conditions spécifiques de prise en charge des formations)

- et j'atteste :

☐ **remplir les conditions pour bénéficier d'une prise en charge régionale en tant que :**

- ☐ Jeune de -26 ans en poursuite d'études (certificat de scolarité 2023/2024 ou 2024/2025) **à transmettre à l'institut à l'entrée en formation**
- ☐ Demandeur d'emploi non démissionnaire durant la période de référence qui démarre **6 mois avant la date de rentrée de l'année de sélection et jusqu'à la date de rentrée effective (y compris en cas de report) - (hors formation AS et AP)**
- ☐ Salarié(e) bénéficiant d'un financement à titre dérogatoire pour les formations d'AS, AP et d'AMBU
- ☐ Salarié(e) en situation précaire dont le contrat de travail est inférieur à 18 heures par semaine ou 78 heures par mois dans les 9 mois avant l'entrée en formation
- ☐ Salarié(e) en tant que Vendeur à Domicile Indépendant (VDI) ou auto-entrepreneur dont le salaire moyen dans les 6 mois avant l'entrée en formation n'excéde pas 720 € par mois

☐ **financer la formation à titre personnel étant donné que je ne remplis pas les conditions d'éligibilité fixées par la Région**

☐ **bénéficier de la prise en charge du *coût pédagogique* par le biais d'un dispositif de formation professionnelle continue (Transition Pro, CFP, OPCO, ANFH, France Travail, plan de formation employeur...)**

☐ **mobilisation de mon CPF + le reste à charge à titre personnel**

Coordonnées du financeur : _____

Je m'engage à :

- signaler au plus tôt tout changement de situation qui serait susceptible de remettre en cause ou d'impacter le financement de la Région Grand Est ;
- m'acquitter des frais à titre personnel en cas d'omission ou d'erreur dans la présente déclaration, de non production des pièces demandées par l'institut de
- remettre toute pièce demandée par la Région en cas de contrôle ;
- être assidu durant toute la formation et respecter le règlement intérieur de l'institut de formation.

Toute fausse déclaration est passible de peines et d'amendes prévues par les articles 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal.

Je certifie exact les renseignements fournis.

Fait à : _____ **Le :** _____

Signature de l'apprenant ou du responsable légal

Annexe 2
Dossier apprenant secteur sanitaire Région GRAND EST

Fiche 3

ATTESTATION FRANCE TRAVAIL

FORMATIONS SANITAIRES et SOCIALES

Document à renseigner pour toutes les personnes inscrites comme demandeur d'emploi

IDENTITE DE L'APPRENANT

Nom de naissance et/ou nom d'usage :	
Prénoms :	
Date de naissance :	

PROJET DE FORMATION

Etablissement de formation :	IFAS CHR METZ-THIONVILLE. Site de Thionville
Formation suivie :	Aide soignante
Lieu de formation :	Thionville
Année scolaire ou universitaire :	2025/2026
Année de réussite aux sélections :	2025
Date de la rentrée :	01/09/2025

ANTECEDENTS PROFESSIONNELS (à compléter pour toutes les formations)

Situation au regard des derniers emplois occupés sur l'année 2025

Date d'embauche (jj/mm/aaaa)	**Employeur**	**Lieu de travail**	**Emploi occupé**	**Type de contrat** (CDD-CDI-Fonctionnaire-Intérimaire-Contrat en alternance-Contrat aidé-Contrat civique-Contrat volontariat...)	**Temps de travail**	**Nature de la fin du contrat** (fin de contrat-fin d'intérim-licenciement-rupture conventionnelle-démission-rupture d'un commun accord,...)	**Date de fin ou de rupture de contrat** (jj/mm/aaaa)

Le changement de situation lié à l'entrée en formation doit être signalé à France Travail dans le mois qui précède la rentrée.

Je soussigné(e) :

- **atteste remplir les critères d'éligibilité fixés par la Région Grand Est - tels que rappelés dans les fiches récapitulatives "Conditions générales et conditions spécifiques de prise en charge des formations",**
- **déclare avoir cessé toute activité professionnelle salariée ou non salariée et ne plus être lié contractuellement à un employeur (sauf en cas d'activité réduite si la quotité de travail n'excède pas 18h/semaine ou 78h/mois dans les 9 mois avant l'entrée en formation ,**
- **et ne pas être placé(e) soit en disponibilité de la fonction publique, soit en congé (congé de formation, congé sabbatique, congé parental...) .**

J'autorise France Travail à transmettre les informations ci-après à la Région.

Toute fausse déclaration est passible de peines et d'amendes prévues par les articles 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal.

Fait à : **Le :**

Signature de l'apprenant ou du responsable légal

PARTIE A RENSEIGNER PAR FRANCE TRAVAIL

Attestation à remplir dans le mois précédent l'entrée en formation

Nom de naissance et/ou nom d'usage :

Prénoms :

- l'apprenant est inscrit en tant que demandeur d'emploi (à compléter obligatoirement pour toutes les formations):

N° d'identifiant France Travail :

depuis le :

est inscrit en catégorie :

depuis le :

dernier jour d'actualisation :

justifie d'une activité déclarée à cette date (O/N) :

- son projet de formation professionnelle a fait l'objet d'une validation auprès d'un conseiller de France Travail.

Signature et cachet de France Travail

Nom du signataire :

Prénom :

Qualité :

Agence :

Lieu :

Date :

Onglet 4

DOCUMENTS QUI VOUS SERONT DEMANDES

EN CAS DE CONTROLE

POUR LES JEUNES EN POURSUITE D'ETUDES

- Certificat de scolarité 2023-2024 ou 2024-2025

POUR LES DEMANDEURS D'EMPLOI

- Dossier apprenant + attestation UNEDIC ou à défaut les contrats de travail pendant la période de référence
- Micro-entrepreneur : dossier apprenant + revenus déclarés à l'URSSAF des 6 derniers mois avant l'entrée en formation

POUR LES NON-FINANCES

- Attestation sur l'honneur du dossier apprenant pour le financement à titre personnel
- Attestation de mobilisation du Compte CPF (avec le montant)

POUR LES APPRENANTS HORS UNION EUROPENNE

- Titre de séjour en vigueur à la date de la rentrée en formation

Annexe 3

Certificat d'aptitude physique et psychologique à l'exercice de la profession

Pôle Ressources et support
Direction des Ecoles

www.ecolesantemetz.com

CESU 57
Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence
Tél : 03 87 55 36 22
CESU57.secretariat.mercy@chr-metz-thionville.fr

CFPPH
Centre de Formation des Préparateurs en Pharmacie Hospitalière
Tél : 03 87 76 40 44
cfpph.secretariat@chr-metz-thionville.fr

IFAP
Institut de Formation des Auxiliaires de Puériculture
METZ Site de SAULCY : Tél : 03 87 55 38 99
ifap-ifip.secretariat.saulcy@chr-metz-thionville.fr

IFAS
Institut de Formation d'Aides-Soignants
BRIEY : Tél : 03 82 47 16 75
ifsi-ifas.secretariat.briey@ch-briey.fr
METZ Site de SAULCY : Tél : 03 87 55 38 99
ifas.secretariat.saulcy@chr-metz-thionville.fr
THIONVILLE : Tél : 03 82 55 85 29
ifsi-ifas.secretariat.belair@chr-metz-thionville.fr

IFIP
Institut de Formation des Infirmiers Puériculteurs
METZ Site de SAULCY : Tél : 03 87 55 38 99
ifap-ifip.secretariat.saulcy@chr-metz-thionville.fr

IFSI
Institut de Formation en Soins Infirmiers
BRIEY : Tél : 03 82 47 16 70
ifsi-ifas.secretariat.briey@ch-briey.fr
METZ Site de PELTRE : Tél : 03 87 18 61 55
ifsi.secretariat.peltre@chr-metz-thionville.fr
METZ Site de SAULCY : Tél : 03 87 55 38 91
ifsi.secretariat.saulcy@chr-metz-thionville.fr
THIONVILLE : Tél : 03 82 55 85 26
ifsi-ifas.secretariat.belair@chr-metz-thionville.fr

La certification qualité a été délivrée au titre de la catégorie d'actions :
Actions de formation
Actions de formation par apprentissage
Pour : CESU - IFAP - IFAS - IFIP – IFSI

A FAIRE COMPLETER PAR UN MEDECIN AGREE ARS
(liste des médecins agréés ARS consultable sur https://www.grand-est.ars.sante.fr/annuaires-des-professionnels-et-etablissements)

Je soussigné(e),

Nom Prénom du Praticien : .....

Titre de qualification : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : .....

certifie que

Civilité, NOM, Prénom de l'élève: .....

.....

Né(e) le : .....

Candidat à l'inscription à la filière **Aide-Soignante** ne présente pas de contre-indication physique (carnet de vaccination à jour notamment l'hépatite B) et psychologique à l'exercice de la profession.

Fait à : ..... Le : .....

SIGNATURE + CACHET DU PRATICIEN :

Annexe 4
Information sur le suivi médical

Pôle Ressources et support
Direction des Ecoles

www.ecolesantemetz.com

CESU 57
Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence
Tél : 03 87 55 36 22
CESU57.secretariat.mercy@chr-metz-thionville.fr

CFPPH
Centre de Formation des Préparateurs en Pharmacie Hospitalière
Tél : 03 87 76 40 44
cfpph.secretariat@chr-metz-thionville.fr

IFAP
Institut de Formation des Auxiliaires de Puériculture
METZ Site de SAULCY : Tél : 03 87 55 38 99
ifap-ifip.secretariat.saulcy@chr-metz-thionville.fr

IFAS
Institut de Formation d'Aides-Soignants
BRIEY : Tél : 03 82 47 16 75
ifsi-ifas.secretariat.briey@ch-briey.fr
METZ Site de SAULCY : Tél : 03 87 55 38 99
ifas.secretariat.saulcy@chr-metz-thionville.fr
THIONVILLE : Tél : 03 82 55 85 29
ifsi-ifas.secretariat.belair@chr-metz-thionville.fr

IFIP
Institut de Formation des Infirmiers Puériculteurs
METZ Site de SAULCY : Tél : 03 87 55 38 99
ifap-ifip.secretariat.saulcy@chr-metz-thionville.fr

IFSI
Institut de Formation en Soins Infirmiers
BRIEY : Tél : 03 82 47 16 70
ifsi-ifas.secretariat.briey@ch-briey.fr
METZ Site de PELTRE : Tél : 03 87 18 61 55
ifsi.secretariat.peltre@chr-metz-thionville.fr
METZ Site de SAULCY : Tél : 03 87 55 38 91
ifsi.secretariat.saulcy@chr-metz-thionville.fr
THIONVILLE : Tél : 03 82 55 85 26
ifsi-ifas.secretariat.belair@chr-metz-thionville.fr

Qualiopi processus certifié
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

La certification qualité a été délivrée au titre de la catégorie d'actions :
Actions de formation
Actions de formation par apprentissage
Pour : CESU - IFAP - IFAS - IFIP – IFSI

NOM : .....

Prénom : .....

A remettre au plus tard le premier jour de la rentrée :

- **L'attestation médicale** de vaccinations obligatoires pour l'entrée en formation en Aide-Soignant ;
- La **photocopie lisible du carnet de vaccinations, après la mise à jour des vaccinations ;**
- Un **dosage** des anticorps **anti-Hbs ;**
- **Vaccination COVID et grippe recommandée mais non obligatoire**

Département des Politiques de Ressources Humaines en Santé **Direction de l'Offre Sanitaire**	**ATTESTATION MÉDICALE DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES POUR L'ENTRÉE EN FORMATION**	V8-05/2025

CETTE ATTESTATION EST À REMPLIR PAR VOTRE MÉDECIN TRAITANT ET À REMETTRE AU CENTRE DE FORMATION AU PLUS TARD LE 1er JOUR DE LA RENTREE

Nom de l'étudiant / élève :……

Nom de naissance :……

Prénom :……

Date de naissance :……/……/……..

Âge : ……..

Compléter impérativement les dates en précisant JJ/MM/AA

DIPHTÉRIE-TÉTANOS-POLIO-COQUELUCHE (DTPC)

1ère injection le : …. /…. /…..
2ème injection le : …. /…. /…..
3ème injection le : …. /…. /…..

1er Rappel : …. /…. /….. Âge :
2ème Rappel : …. /…. /….. Âge :
3ème Rappel : …. /…. /….. Âge :
4ème Rappel : …. /…. /….. Âge :
5ème Rappel : …. /…. /….. Âge :

HÉPATITE B

La **vérification de l'immunisation et de l'absence d'infection par le VHB est obligatoire** pour tous les étudiants et personnels de santé relevant de la vaccination obligatoire contre le VHB.

Taux d'anticorps : ……

Joindre les résultats sérologiques quelle que soit la date

Taux d'anticorps anti Hbs	**>100 UI/L**	**Immunisé**
	10 -100 UI/L	**Réaliser Ag HBs** (si Ag HBs négatif : immunisé)
	<10	**Non protégé :** Reprendre le schéma vaccinal
En cas de doute : CONSULTER LE MÉDECIN AGRÉE RÉFÉRENT ARS		

Immunisation : ☐ Oui ☐ Non

VACCINS RECOMMANDÉS*

Vaccins	Oui / Date	Non
ROR		
Rougeole		
Rubéole		
Varicelle		
Coqueluche		
Hépatite A		
Grippe (annuellement)		
Infections à méningocoques (rattrapage ACWY de 15 à 24 ans)**		

Cf. recommandations et modalités sur https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Recommandations-vaccinales-specifiques/Professionnels-exposes-a-des-risques-specifiques/Professionnels-de-sante
***Méningites et septicémies à méningocoques | Vaccination Info Service*

BCG - pour information

Le décret n°2019-149 du 27 février 2019 **suspend l'obligation de vaccination contre la tuberculose des professionnels** visés aux articles R.3112-1 C et R.3112.2 du code de la santé publique.
La vaccination par le BCG n'est plus exigée lors de la formation ou de l'embauche de ces professionnels depuis le 1er avril 2019. Toutefois, il appartiendra **aux médecins du travail** d'évaluer ce risque et de proposer, le cas échéant, une vaccination par le vaccin antituberculeux BCG au cas par cas aux professionnels du secteur sanitaire et social non antérieurement vaccinés, ayant un test immunologique de référence négatif et susceptibles d'être très exposés.

FIÈVRE TYPHOÏDE - A vérifier avant une entrée en stage à risque

Recommandé : pour les élèves, étudiants ou professionnels de santé ayant un stage ou une activité à risque de contamination (i.e. lors de la manipulation d'échantillons biologiques, en particulier de selles, susceptibles de contenir des salmonelles).

Le décret n° 2020-28 du 14 janvier 2020 suspend l'obligation vaccinale contre la fièvre typhoïde.

ATTENTION : le certificat d'aptitude de l'étudiant / élève à l'entrée en formation dépend de ces indications.

Je soussigné(e), Docteur ……

Certifie que Mme – Mr ……

a répondu à ses obligations vaccinales selon le texte en vigueur et a reçu les vaccinations obligatoires précédentes.

Fait à ……., le ……

SIGNATURE DU MÉDECIN : **CACHET :**

Pour toute information, vous pouvez vous rendre sur le site Vaccination InfoService.fr
https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Recommandations-vaccinales-specifiques/Professionnels-exposes-a-des-risques-specifiques/Professionnels-de-sante

Pôle Ressources et support
Direction des Ecoles

EIFS
CHR Metz-Thionville | CH de Briey

www.ecolesantemetz.com

CESU 57
Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence
Tél : 03 87 55 36 22
CESU57.secretariat.mercy@chr-metz-thionville.fr

CFPPH
Centre de Formation des Préparateurs en Pharmacie Hospitalière
Tél : 03 87 76 40 44
cfpph.secretariat@chr-metz-thionville.fr

IFAP
Institut de Formation des Auxiliaires de Puériculture
METZ Site de SAULCY : Tél : 03 87 55 38 99
ifap-ifip.secretariat.saulcy@chr-metz-thionville.fr

IFAS
Institut de Formation d'Aides-Soignants
BRIEY : Tél : 03 82 47 16 75
ifsi-ifas.secretariat.briey@ch-briey.fr
METZ Site de SAULCY : Tél : 03 87 55 38 99
ifas.secretariat.saulcy@chr-metz-thionville.fr
THIONVILLE : Tél : 03 82 55 85 29
ifsi-ifas.secretariat.belair@chr-metz-thionville.fr

IFIP
Institut de Formation des Infirmiers Puériculteurs
METZ Site de SAULCY : Tél : 03 87 55 38 99
ifap-ifip.secretariat.saulcy@chr-metz-thionville.fr

IFSI
Institut de Formation en Soins Infirmiers
BRIEY : Tél : 03 82 47 16 70
ifsi-ifas.secretariat.briey@ch-briey.fr
METZ Site de PELTRE : Tél : 03 87 18 61 55
ifsi.secretariat.peltre@chr-metz-thionville.fr
METZ Site de SAULCY : Tél : 03 87 55 38 91
ifsi.secretariat.saulcy@chr-metz-thionville.fr
THIONVILLE : Tél : 03 82 55 85 26
ifsi-ifas.secretariat.belair@chr-metz-thionville.fr

Qualiopi
processus certifié
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

La certification qualité a été délivrée au titre de la catégorie d'actions :
Actions de formation
Actions de formation par apprentissage
Pour : CESU - IFAP - IFAS - IFIP – IFSI

TELE DECLARATION
DEMANDE DE BOURSE
FORMATIONS SANITAIRES ET SOCIALES

ANNEE SCOLAIRE 2025 / 2026

Documents indispensables pour la demande de bourses :
Merci de vous référer à la notice sur notre site internet www.ecolesantemetz.com dans la rubrique « Accéder à la formation ».

Dans le cadre de la mise en place de la télé déclaration des dossiers de bourse régionale d'études pour les formations sanitaires et sociales, l'extranet est accessible sur le site de la Région Grand Est :

https://messervices.grandest.fr

Le code d'accès spécifique à l'IFAS est : -zMwe08

Dates de formation IFAS :
du 01/09/2025 au 24/07/2026
Nombre d'heures pour l'année scolaire 2025 / 2026 pour un cursus complet : 1540 heures

Retrouvez les dates de dépôt des dossiers sur :

https://www.grandest.fr/vos-aides-regionales/bourse-secteur-sanitaire-social/

Pour toutes questions sur l'instruction de votre dossier, vous pouvez joindre le service des formations sanitaires et sociales par :

Mail : brss@grandest.fr

Tél : 03 87 54 32 01 (permanence tous les jours de 09h à 13h)

Le secrétariat de l'IFAS validera les demandes dès l'entrée en formation. Les demandes de bourse sont validées ensuite par une commission qui se réunit au moins une fois par mois.