

**DOSSIER D'INSCRIPTION  
RENTREE DU 26 AOUT 2024  
PAR LA VOIE DE L'APPRENTISSAGE**



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

## INSTITUTS DE FORMATION AIDES-SOIGNANTS THIONVILLE

Site	<input checked="" type="checkbox"/> I.F.A.S. BRIEY
Dossier à renvoyer par voie postale	C.H. BRIEY I.F.A.S. 31 Avenue Albert de Briey CS 70099 54151 BRIEY CEDEX
Téléphone	03.82.47.16.75
Courriel	ifsi-ifas.secretariat.briey@ch-briey.fr
Etablissement support	C.H. BRIEY
Directeur	Marc FIORETTI
Adjointe à la direction	Nadine BARTHEL
Secrétaire référente	Peggy PAGELOT

**ATTENTION** : places ouvertes pour la rentrée du 26 août 2024 : 10 places



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

## MODALITES D'INSCRIPTION

Arrêté du 7 avril 2020 modifié par l'arrêté du 9 juin 2023 relatif aux modalités d'admission aux formations conduisant aux diplômes d'Etat d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture.

### Art. 10

*I. Les personnes ayant déjà été sélectionnées à l'issue d'un entretien avec un employeur pour un **contrat d'apprentissage** sollicitent une inscription auprès d'un institut de formation de leur choix, habilité à délivrer des actions de formation par apprentissage.*

Les candidats doivent être âgés de 17 ans au moins à la date d'entrée en formation le **26 août 2024**.

### Coursus par la voie de l'apprentissage :

- ▶ Être âgés de 17 ans le jour de la rentrée et avoir moins de 30 ans. Pour les personnes reconnues travailleur handicapé, il n'y a pas de limite d'âge.
- ▶ Trouver un employeur pour la signature du contrat d'apprentissage.

## CALENDRIER

Ouverture des inscriptions : Mardi 02 avril 2024

Clôture des inscriptions : Lundi 26 août 2024

## PIECES A FOURNIR POUR LA CONSTITUTION DE VOTRE DOSSIER

**Pièces à fournir le plus rapidement possible pour acter votre inscription**  
**A envoyer par courrier (voir adresse page 2 du dossier)**

- Fiche de situation administrative (Annexe 1)
- 2 copies recto/verso de la carte d'identité ou du titre de séjour en cours de validité.
- Une lettre de motivation avec description du projet professionnel de l'apprenti
- Curriculum Vitae à jour
- Copie des diplômes
- Une copie du contrat d'apprentissage signé ou tout document justifiant de l'effectivité des démarches réalisées en vue de la signature imminente du contrat d'apprentissage (promesse d'embauche de l'employeur signée). **Voir avec le CFA Sant'Est**

### **Pieces à fournir au plus tard le jour de la rentrée**

- Attestation d'assurance Responsabilité Civile **et Professionnelle** (voir « Informations générales » page 5)
- Le dossier Apprenant fiche de renseignements Région GRAND-EST (Annexe 2) (joindre les pièces justificatives demandées.)
- 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/annuaire-des-professionnels-et-etablissements>)
- Les informations sur le suivi médical et attestation médicale de vaccinations (Annexe 4). (peut être renseigné par votre médecin traitant ou le médecin agréé ARS)
- Adresse mail valide Yahoo.com – **obligatoire** sous le format :  
[prenom.nomdenaissance@yahoo.com](mailto: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

## INFORMATIONS GENERALES

### CAPACITE D'ACCUEIL

Les places ouvertes pour la rentrée du 26 août 2024 sont :

- de 10 places pour l'I.F.A.S. de BRIEY

### 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 couverts par l'assurance Responsabilité Civile Professionnelle. **ATTENTION : vous devez transmettre une attestation concernant l'année 2024/2025.**

→ Assurances gratuites pour les élèves :

- La Médicale de France
- MACSF
- Groupe Pasteur Mutuelle

Ces assurances sont **gratuites**, faites votre dossier en ligne et imprimez l'attestation à transmettre au secrétariat.

### DOSSIER MEDICAL

- **CERTIFICAT D'APTITUDE PHYSIQUE ET PSYCHOLOGIQUE (voir Annexe 3)** : selon l'Article 8 ter de l'Arrêté du 7 avril 2020 modifié par l'arrêté du 9 juin 2023- relatif aux modalités d'admission aux formations conduisant aux diplômes d'État 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 médical émanant d'un médecin agréé attestant que le candidat n'est atteint d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession à laquelle il se destine. (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.

## INFORMATIONS IMPORTANTES

La **rentrée aura lieu le lundi 26 août 2024**. Les informations de rentrée seront transmises par mail.

Les horaires de cours sont du lundi au vendredi 8 h à 17 h.

Consultez quotidiennement votre boîte mail Yahoo afin d'avoir les dernières informations.

Un accès au self de l'hôpital est possible.

Une carte nationale d'apprenti sera transmise par le CFA.

## Fiche de situation administrative

Pôle Ressources et support  
Direction des Ecoles



### CESU 57

Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence  
Tél : 03 87 55 36 22  
[CESU57.secretariat.mercy@chr-metz-thionville.fr](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto:ifsi-ifas.secretariat.briey@ch-briey.fr)  
METZ Site de SAULCY : Tél : 03 87 55 38 99  
[ifas.secretariat.saulcy@chr-metz-thionville.fr](mailto:ifas.secretariat.saulcy@chr-metz-thionville.fr)  
THONVILLE : Tél : 03 82 55 85 29  
[ifsi-ifas.secretariat.belair@chr-metz-thionville.fr](mailto: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](mailto: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](mailto:ifsi-ifas.secretariat.briey@ch-briey.fr)  
METZ Site de PELTRE : Tél : 03 87 18 61 55  
[ifsi.secretariat.peltre@chr-metz-thionville.fr](mailto:ifsi.secretariat.peltre@chr-metz-thionville.fr)  
METZ Site de SAULCY : Tél : 03 87 55 38 91  
[ifsi.secretariat.saulcy@chr-metz-thionville.fr](mailto:ifsi.secretariat.saulcy@chr-metz-thionville.fr)  
THONVILLE : Tél : 03 82 55 85 26  
[ifsi-ifas.secretariat.belair@chr-metz-thionville.fr](mailto:ifsi-ifas.secretariat.belair@chr-metz-thionville.fr)

### 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 (apprenant) : .....

E-mail (apprenant) : .....

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'apprenant)

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

Moyen de locomotion : .....



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

Pôle Ressources et support  
Direction des Ecoles



**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  
**THONVILLE** : 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  
**THONVILLE** : 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

### ✚ 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.**

### ✚ ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), .....

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

Fait à..... le .....

**Signature :**



# Annexe 2

## Dossier apprenant secteur sanitaire Région GRAND EST



### DOSSIER APPRENANT SECTEUR SANITAIRE

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 2024/2025.

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 sanitaires et sociales" 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 Pôle Emploi



**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 Pole Emploi : à remplir par tout apprenant ayant le profil de demandeur d'emploi

\*\*\*\*\*

**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 pénal.**

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 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les apprenants disposent d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données les concernant.

Pour l'exercer, ils s'adressent à : REGION GRAND EST - 1 place Adrien Zeller - BP 91006 - 67070 STRASBOURG Cedex -  
Tél : 03 88 15 68 67 – infolib@grandest.fr



# Annexe 2

## Dossier apprenant secteur sanitaire Région GRAND EST

PERFORMANCE  
EMPLOI

**Grand Est**  
ALSACE CHAMPAGNE-ARDENNE LORRAINE  
*L'Europe s'invente chez nous*

Fiche 1

### FICHE DE RENSEIGNEMENTS - SITUATION DE L'APPRENANT

#### IDENTITE DE L'APPRENANT

Civilité :

Nom patronymique :  Nom d'usage (marital) :

Prénoms :

Adresse postale :

CP :  Ville :

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

<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Veuf(ve)
<input type="checkbox"/> Marié(e)/Pacsé(e)	<input type="checkbox"/> Divorcé(e)
<input type="checkbox"/> Vie maritale	

Date de naissance :

Téléphone :

Personne reconnue travailleur handicapé (O/N) ?

Adresse électronique :

Statut avant l'entrée en formation : (cochez la case correspondant à votre situation)

<input type="checkbox"/> Etudiant(e) en poursuite d'études	<input type="checkbox"/> Salarié(e)
<input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi	<input type="checkbox"/> Autres .....

Frais de formation pris en charge par : (cochez la case correspondant à votre situation)

<input type="checkbox"/> Région Grand Est	<input type="checkbox"/> OPCO ...
<input type="checkbox"/> Région Grand Est (dérogatoire)	<input type="checkbox"/> Employeur
<input type="checkbox"/> A titre personnel	<input type="checkbox"/> Autres (par exemple CPF/DIF) : .....

Coordonnées de l'organisme finançant les frais de formation :  
(sauf si REGION GRAND EST)

Rémunération et autres aides dont je bénéficie ou suis susceptible de bénéficier durant la formation : (cochez la case correspondant à votre situation)

<input type="checkbox"/> Bourse de la Région	<input type="checkbox"/> Contrat en alternance (apprentissage, contrat professionnalisation)
<input type="checkbox"/> Indemnités de chômage (ARE, ASS, RFF, ASR,...)	<input type="checkbox"/> Allocations d'études
<input type="checkbox"/> Minima sociaux et autres allocations (RSA,...)	<input type="checkbox"/> Autres types d'aides publiques (LADOM...)
<input type="checkbox"/> Promotion professionnelle hospitalière	<input type="checkbox"/> Aucune aide financière
<input type="checkbox"/> Plan de formation de l'employeur	<input type="checkbox"/> Autre(s) prise(s) en charge
<input type="checkbox"/> Transition Pro (ex CIF)	

Coordonnées de l'organisme finançant ou sollicité pour financer la rémunération et/ou d'autres aides (sauf si REGION GRAND EST) :

# Annexe 2

## Dossier apprenant secteur sanitaire Région GRAND EST

### SITUATION DE L'APPRENANT AVANT L'ENTREE EN FORMATION

Pièces à produire à l'institut quel que soit le profil de l'apprenant :

- curriculum vitae actualisé récapitulant les antécédents professionnels depuis la sortie du système scolaire
- copie du dernier diplôme

#### 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

Dernier emploi exercé avant l'entrée en formation (employeur principal en cas de cumul d'activités) :

Date d'embauche	Employeur et lieu de travail	Emploi occupé	Type de contrat	Temps de travail	Motif de fin ou de rupture de contrat	Date de fin ou de rupture de contrat

Situation au regard des derniers emplois occupés durant la période de référence :

- pour AS-AP : 6 mois avant l'entrée en formation de l'année de réussite à la sélection et le démarrage effectif de la formation
- pour AMBULANCIER : entre la date de clôture des inscriptions aux épreuves de sélection et le démarrage de la formation
- pour les niveaux post-bac quelles que soient les modalités de sélection : entre le 25 février 2024 et le démarrage effectif de la formation

soit : du : 25 février 2024 au : 25 août 2024

Date d'embauche	Employeur et lieu de travail	Emploi occupé	Type de contrat	Temps de travail	Motif de fin ou de rupture de contrat	Date de fin ou de rupture de contrat

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

PERFORMANCE  
EMPLOI



Fiche 2

### ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) :  déclare avoir pris connaissance :

#### - du coût de la formation :

Tarif applicable par année ou par session de formation :

Autres frais à charge de l'apprenant :

- 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 sanitaires)

#### - 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
- Demandeur d'emploi non démissionnaire durant la période de référence :
  - pour AS-AP : 6 mois avant l'entrée en formation de l'année de réussite aux épreuves de sélection et le démarrage effectif de la formation
  - pour AMBULANCIER : entre la date de clôture des inscriptions aux concours ou épreuves de sélection et le démarrage de la formation
  - pour les niveaux post-bac quelles que soient les modalités de sélection : entre le 7 avril 2022 et le démarrage effectif de la formation
- Salarié(e) bénéficiant d'un financement à titre dérogatoire
- 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'excède pas 610 € par mois

financer la formation à titre personnel selon les modalités de règlement définies par l'institut de formation, étant donné que je ne remplis pas les conditions d'éligibilité fixées par la Région

bénéficier d'une prise en charge par le biais d'un dispositif de formation professionnelle continue (Transition Pro, CFP, plan de formation employeur...)

- intégrale
- partielle et m'engage à financer le reste à charge à titre personnel

Coordonnées du financeur :

# Annexe 2

## Dossier apprenant secteur sanitaire Région GRAND EST

---

### 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 formation ou par la Région dans un délai de 15 jours ;
- 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

Pôle Ressources et support  
Direction des Ecoles



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

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

Je soussigné(e),

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

Nom Prénom du Praticien : .....

**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

Titre de qualification : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

certifie que

**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

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

Né(e) le : .....

**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

Candidat à l'inscription à la filière **aide-soignante** ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession.

**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

Fait à : ..... Le : .....

**SIGNATURE + CACHET DU PRATICIEN :**



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

Pôle Ressources et support  
Direction des Ecoles



### 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  
THONVILLE : 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  
THONVILLE : 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

NOM : .....

Prénom : .....

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

- **L'attestation médicale** de vaccinations obligatoires pour l'entrée en formation aide-soignante ;
- **La photocopie lisible du carnet de vaccinations, après la mise à jour des vaccinations** ;
- Un **dosage** des anticorps **anti-Hbs** ;
- Vaccinations COVID et grippe recommandées mais non obligatoires.



**ATTESTATION MEDICALE DE VACCINATIONS  
OBLIGATOIRES POUR L'ENTREE EN FORMATION DE  
(NOM Prénom de l'étudiant) :**

DRHS/PNM  
P-002  
V7-03/2021

Département des Ressources  
Humaines en Santé

CETTE ATTESTATION EST A REMPLIR PAR VOTRE MEDECIN TRAITANT ET A REMETTRE AU CENTRE DE FORMATION au plus tard le premier jour de la rentrée.

**Compléter impérativement les dates sous le format JJ/MM/AA**

**DIPHTERIE-TETANOS-POLIO-COQUELUCHE**

1 <sup>ère</sup> injection le : ...../...../.....	1 <sup>er</sup> Rappel : ...../...../.....	Age : .....
2 <sup>ème</sup> injection le : ...../...../.....	2 <sup>ème</sup> Rappel : ...../...../.....	Age : .....
3 <sup>ème</sup> injection le : ...../...../.....	3 <sup>ème</sup> Rappel : ...../...../.....	Age : .....
4 <sup>ème</sup> injection le : ...../...../.....	4 <sup>ème</sup> Rappel : ...../...../.....	Age : .....
5 <sup>ème</sup> injection le : ...../...../.....	5 <sup>ème</sup> Rappel : ...../...../.....	Age : .....

**HEPATITE 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 :

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 MEDECIN AGREE REFERENT ARS**

Immunisation :  Oui  Non

**FIEVRE TYPHOIDE - 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.



**VACCINS RECOMMANDES\***

Vaccins	Oui / Date	Non
ROR		
Rougeole		
Rubéole		
Varicelle		
Coqueluche		
Hépatite A		
Grippe (annuellement)		

\*Cf. recommandations et modalités sur <https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Recommandations-vaccinales-specifiques/Professionnels-exposes-a-des-risques-specifiques/Professionnels-de-sante>

**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.

**Ainsi, la vaccination par le BCG ne sera plus exigée lors de la formation ou de l'embauche de ces professionnels dès le 1<sup>er</sup> 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

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

Je soussigné(e), Docteur .....

Certifie que (Civilité – NOM – Prénom de l'étudiant) .....

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

**SIGNATURE DU MEDECIN +CACHET :**

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

