



# Écoles et Instituts de Formation en Santé

CHR Metz-Thionville | CH de Briey



# IFAP

INSTITUT DE FORMATION  
D'AUXILIAIRE DE PUÉRICULTURE

---

Dossier d'inscription

---

**Rentrée du 16 mars 2026 (apprentissage)**

<b>Site</b>	<b>I.F.A.P. METZ</b>
<b>Situation géographique</b>	Campus universitaire du Saulcy Bâtiment S. VEIL
<b>Dossier à renvoyer par voie postale</b>	C.H.R. METZ-THONVILLE I.F.A.P. METZ BAL 83 1 ALLEE DU CHATEAU CS 45001 57085 METZ CEDEX 03
<b>Téléphone</b>	03.87.55.38.99
<b>Courriel</b>	<a href="mailto:ifap-ifip.secretariat.saulcy@chr-metz-thionville.fr">ifap-ifip.secretariat.saulcy@chr-metz-thionville.fr</a>
<b>Etablissement support</b>	C.H.R. METZ-THONVILLE
<b>Directeur</b>	Marie-Joseph ALLEAUME
<b>Responsable pédagogique</b>	Céline DUBOIS
<b>Secrétaire pédagogique</b>	Isabelle MARCHAL

**ATTENTION : les places ouvertes pour la rentrée de 16 mars 2026 sont de 10 places pour Metz.**

**Soyez vigilants quant aux pièces à nous joindre à votre dossier d'inscription :  
UN DOSSIER INCOMPLET NE POURRA ETRE TRAITE ET SERA RENVOYE AU CANDIDAT.**

**MERCI DE NE PAS IMPRIMER LE DOSSIER EN RECTO-VERSO, certains documents seront transmis à différents services et NE PAS UTILISER D'AGRAFE  
Et uniquement des formats A4**

## PIECES A FOURNIR POUR LA DEMANDE D'INSCRIPTION

### A envoyer le plus rapidement possible pour acter votre inscription :

- Fiche de situation administrative (annexe 1 page 6).
- 1 copie recto-verso de la pièce d'identité ou du titre de séjour français en cours de validité pour les étudiants de nationalité étrangère portant obligatoirement les mentions « *vie familiale et professionnelle [...] travail autorisé selon la législation en vigueur* »
- Une lettre de motivation avec description du projet professionnel de l'apprenti
- Un curriculum vitae
- Une copie des diplômes (et/ou relevé de notes)
- 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 SANTEST de Nancy
- 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

### A transmettre à l'IFAP au plus tard le 16 mars 2026 :

- Attestation d'assurance Responsabilité Civile Vie Privée 2026/2027, **date d'effet au 16/03/2026**
- Le dossier Apprenant secteur sanitaire et social (annexe 2 page 8)
- Le dossier médical (annexe 3 page 13)

## INFORMATIONS GENERALES

### ACCES A LA FORMATION

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'auxiliaire de puériculture et d'auxiliaire de puériculture.

*Art. 10 : 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, soit le **16 mars 2026**.

#### Cursus 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.

### CAPACITE D'ACCUEIL

Les places ouvertes pour la rentrée du 16 mars 2026 sont de 10 places pour Metz.

### CALENDRIER

**Ouverture des inscriptions :** Dès l'obtention d'une promesse d'embauche

**Clôture des inscriptions :** Lundi 16 mars 2026

### DOSSIER MEDICAL (Annexe 4)

**VACCINATION COVID-19 :** Vaccination conseillée.

**CERTIFICAT D'APTITUDE PHYSIQUE ET PSYCHOLOGIQUE :** selon l'Article 91 de l'Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, 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, **sous peine d'être refusé en cours.** (liste des médecins agréés ARS consultable sur <https://www.grand-est.ars.sante.fr/annuaires-des-professionnels-et-établissements>)

**INFORMATIONS SUIVI MEDICAL** : 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. Un médecin examinera les étudiants en cours d'études au moins une fois par an.

## RECOMMANDATIONS VACCINALES AVANT L'ENTREE EN FORMATION POUR POUVOIR EFFECTUER LES STAGES

Il est impératif que vous soyez à jour avant l'arrivée en stage sous peine de ne pouvoir effectuer votre stage.

Les vaccins obligatoires pour effectuer la formation sont les suivants : la vaccination hépatite B qui doit être complète avec une sérologie hépatite B (Anticorps antihbs >100 ou anticorps anti hbs >10 et ac anti hbc négatifs et antigène hbs négatif). La vaccination Diphtérie Tétanos Poliomyélite (DTP).

La vaccination COVID 19 est conseillée.

Les vaccins ROR (rougeole oreillons rubéole), Méningite ACWY et B sont fortement recommandés

**Vous devez consulter votre médecin traitant et un médecin agréé par l'ARS pour s'assurer que vous êtes aptes à suivre la formation auxiliaire de puériculture (annexe 4)**

## INFORMATIONS IMPORTANTES

La rentrée aura lieu le lundi 16 mars 2026 à 09h00 dans les locaux de l'IFAP – Campus universitaire du Saulcy – Bâtiment S. VEIL – 3<sup>ème</sup> étage. Les informations de rentrée seront transmises par mail.

Les horaires de cours sont du lundi au vendredi de 8h30 à 16h30.

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

Un accès au Restaurant Universitaire sera délivré au mieux la semaine de la rentrée.

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

**Numéro INE** : inscrire votre numéro INE dans la case prévue à cet effet à l'annexe 1

- Le N° INE est un Identifiant National Etudiant unique. Vous trouverez ce N° sur le relevé de notes du BACCALAUREAT FRANÇAIS, BACCALAUREAT etc. Il est appelé également N° BEA. (10 caractères+1clé, par ex : 1234567890G)

- Pour les apprenants qui n'ont pas d'INE, un dossier « MSE » (mes services étudiant) est à créer sur <https://www.messervices.etudiant.gouv.fr/envole/>
- Ce numéro est indispensable dans le cadre de votre formation.

## ANNEXE 1 – FICHE DE SITUATION ADMINISTRATIVE

### IDENTITE DE L'ELEVE :

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)

Situation familiale (élève) : .....

(Préciser Marié(e) ou Divorcé(e) ou Célibataire ou Pacsé(e) ou Veuf(ve) ou Concubinage)

Nombre d'enfants à charge (élève) : .....

(Préciser la date de naissance)

Permis de conduire :  Oui       Non

Moyen de locomotion : .....

Personne à contacter en cas d'urgence : .....

.....

(Préciser impérativement le NOM Prénom, téléphone et lien de parenté avec l'étudiant)

### SITUATION AVANT L'ENTREE EN FORMATION :

N° INE : .....

(Identifiant National Elève, figure sur le relevé de notes du baccalauréat)

## SITUATION DE HANDICAP (SI VOUS ETES CONCERNE(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 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 2026/2027.

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

Ne bénéficiant 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 DE RENSEIGNEMENTS - SITUATION DE L'APPRENANT**

**IDENTITE DE L'APPRENANT**

Civilité :	<input type="text"/>		
Nom de naissance :	<input type="text"/>	Nom d'usage (marital) :	<input type="text"/>
Prénoms :	<input type="text"/>		
Adresse postale :	<input type="text"/>		
CP :	<input type="text"/>	Ville :	<input type="text"/>
Etat civil : (cochez la case correspondant à votre situation)			
<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Marié(e)/Pacsé(e)	<input type="checkbox"/> Vie maritale	<input type="checkbox"/> Veuf(ve)
<input type="checkbox"/> Divorcé(e)			
Date de naissance :	<input type="text"/>		
Téléphone :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Personne reconnue travailleur handicapé (O/N) ?	<input type="text"/>		
Adresse électronique :	<input type="text"/>		

**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 A COMPLETER OBLIGATOIREMENT SUR LES DEUX DERNIERES ANNEES AVANT L'ENTREE EN FORMATION  
POUR TOUTES LES FORMATIONS**

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-llicenciement-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

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 :

Tarif vu avec le CFA

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)

- 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 2024/2025 ou 2025/2026) 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'excède 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 formation ;
- 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 3 – DOSSIER MEDICAL POUR L'ENTREE EN INSTITUT DE FORMATION EN SANTE

Date d'entrée en institut de formation : \_\_\_\_\_

Site de l'institut de formation : \_\_\_\_\_

Identification de l'élève :

- Nom de famille \_\_\_\_\_
- Nom d'usage \_\_\_\_\_
- Prénom(s) \_\_\_\_\_
- Date de naissance \_\_\_\_\_
- Adresse postale \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

- **Le certificat d'aptitude physique et psychologique (page 16)** à l'exercice de la profession, sous peine d'être refusé en cours ;
- **L'attestation médicale (page 17)** de vaccinations obligatoires pour l'entrée en formation en soins infirmiers ;
- **La photocopie lisible du carnet de vaccinations, après la mise à jour des vaccinations** ;
- Un dosage des anticorps anti-Hbs ;
- Vaccination COVID conseillée.

---

Attention : Vous devez **impérativement** conserver une photocopie de ce « dossier médical » afin de produire ce document s'il vous est demandé sur vos lieux de stage.

---

## CERTIFICAT D'APTITUDE PHYSIQUE ET PSYCHOLOGIE A L'EXERCICE DE LA PROFESSION

### 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-établissements>)

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 **auxiliaire de puériculture** 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 :**

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

**CETTE ATTESTATION EST À REMPLIR PAR VOTRE MÉDECIN TRAITANT ET À REMETTRE AU  
CENTRE DE FORMATION AU PLUS TARD LE 1<sup>er</sup> 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)**

1<sup>ère</sup> injection le : .... /.... /....      1<sup>er</sup> Rappel : .... /.... /....      Âge :

2<sup>ème</sup> injection le : .... /.... /....      2<sup>ème</sup> Rappel : .... /.... /....      Âge :

3<sup>ème</sup> injection le : .... /.... /....      3<sup>ème</sup> Rappel : .... /.... /....      Âge :

4<sup>ème</sup> Rappel : .... /.... /....      Âge :

5<sup>ème</sup> 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**

<b>Taux d'anticorps anti Hb</b>	<b>&gt;100 UI/L</b>	<b>Immunisé</b>
	<b>10 -100 UI/L</b>	<b>Réaliser Ag HBs (si Ag HBs négatif : immunisé)</b>
	<b>&lt;10</b>	<b>Non protégé : Reprendre le schéma vaccinal</b>

**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 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.

### 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>.

