



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 31 août 2026

I.F.A.P. METZ

**IFAP****INSTITUT DE FORMATION
D'AUXILIAIRE DE PUÉRICULTURE**

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

ATTENTION : les places ouvertes pour la rentrée d'août 2026 sont de 20 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**

Pas d'envoi de dossier complet par mail

PIECES A FOURNIR POUR LA DEMANDE D'INSCRIPTION

1) A envoyer avant le 15/07/2026 pour acter votre inscription :

- ☐ Fiche de situation administrative (annexe 1 page 7).
- ☐ La confirmation de l'émission du virement de paiement des frais d'inscription (voir informations générales page 4)
- ☐ 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* »
- ☐ 1 RIB **au nom de l'apprenant** (l'adresse postale doit y figurer) **si vous faites une demande de bourse.**
- ☐ Copie du diplôme ou relevé de notes du **Baccalauréat** (ou équivalent) – à nous transmettre dès réception
- ☐ Curriculum Vitae à jour
- ☐ Attestation d'assurance Responsabilité Civile Vie Privée 2026/2027, **date d'effet au 31/08/2026**
- ☐ 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**

2) A transmettre à l'IFAP au plus tard le 31 août 2026 :

- ☐ Le dossier médical (annexe 3 page 17)
- ☐ Le dossier Apprenant secteur sanitaire et social (annexe 2 page 10) et les pièces justificatives :

Pour les jeunes de moins de 26 ans en poursuite d'études :

- ☐ fiches 1 et 2 + certificat de scolarité 2024/2025 ou 2025/2026

Pour les demandeurs d'emploi :

- ☐ fiches 1, 2 et 3 + attestation UNEDIC ou à défaut l'ensemble des contrats de travail depuis le 1^{er} mars 2026

Pour les micro-entrepreneurs :

- ☐ fiches 1, 2 et 3 + revenus déclarés à l'URSSAF depuis le 1^{er} mars 2026

Pour les autres situations :

- ☐ fiches 1 et 2 + attestation de mobilisation du compte CPF (avec le montant) ou l'attestation d'accord de prise en charge de la formation par votre employeur (sauf si financement par organisme financeur comme Transition Pro ou ANFH)

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 aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture.

CAPACITE D'ACCUEIL

Les places ouvertes pour la rentrée d'août 2026 sont de 20 places pour Metz.

FRAIS D'INSCRIPTION

Le paiement des frais d'inscription **de 100€** est à réaliser par virement en précisant **obligatoirement** votre Nom - Prénom et votre école de rattachement dans le libellé de l'opération :

- **IBAN** : FR76 1007 1570 0000 0020 0546 449
- **BIC** : TRPUFRP1
- **Libellé du virement** : Nom – Prénom – **IFAP METZ**

La confirmation de l'émission du virement est à imprimer et joindre à votre dossier d'inscription pour validation de l'inscription.

Si vous n'êtes pas en possibilité de procéder à un paiement en ligne :

- Vous pouvez vous rendre aux guichets à la régie de l'hôpital de Mercy – ZONE A – Niveau 2 qui pourra encaisser les paiements sous forme d'espèces. Le récépissé du paiement en régie est à joindre à votre dossier d'inscription (le paiement en CB ou par chèque n'est pas possible).

DOSSIER MEDICAL (Annexe 3 page 16)

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'étudiant 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-etablissements>)

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.

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 stages débutent début octobre)

Les vaccins obligatoires pour effectuer la formation sont les suivants : la vaccination hépatite B qui doit être complète avec une sérologie hépatite B (Anticorps anti hbs >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 3).

INFORMATIONS IMPORTANTES

La rentrée aura lieu le **lundi 31 août 2026 à 9h00** dans les locaux de l'IFAP.

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

Une carte d'accès au restaurant universitaire sera délivrée au mieux le jour de la rentrée.

Le secrétariat sera fermé du 29 juillet au 23 août inclus

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, il faut qu'ils créent un dossier « MSE » (mes services étudiant) sur <https://www.messervices.etudiant.gouv.fr/envole/>

Ce numéro est indispensable dans le cadre de votre formation.

ATTESTATION D'HONORABILITE

En lien avec le Décret N°2024-643 du 28 juin 2024 et le Décret N°2026-324 du 28 avril 2026, tout apprenant majeur devant se rendre en stage doit fournir, au maître de stage, une attestation d'honorabilité qui contrôle les antécédents judiciaires des personnes intervenant auprès de mineurs ou des personnes âgées et handicapées.

Comment obtenir votre attestation ? : [Comment obtenir mon attestation ? | Attestation d'honorabilité](#)

Comment demander votre attestation ? : [Connexion | Espace personnel attestation d'honorabilité](#)

ANNEXE 1 – FICHE DE SITUATION ADMINISTRATIVE

IDENTITE DE L'ÉLÈVE :

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)

Numéro INE :

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.

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 2024/2025 ou 2025/2026, 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 2024/2025 ou 2025/2026 ? :

☐ Oui (le joindre au dossier d'inscription) ☐ 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) :

FRANCE TRAVAIL :

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

Numéro Identifiant France Travail :

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

Joindre une attestation au dossier d'inscription

ATTESTATION SUR L'HONNEUR :

Je soussigné(e),

Atteste sur l'honneur :

- l'exactitude des renseignements portés dans ce dossier ;
- avoir pris connaissance des informations réglementaires sur l'attestation d'honorabilité
(voir « informations générales » pages 4 et 5).

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 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 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 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 :

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

Prénoms :

Adresse postale :

CP : Ville :

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

☐ Célibataire ☐ Veuf(ve)

☐ Marié(e)/Pacsé(e) ☐ Divorcé(e)

☐ Vie maritale

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 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- 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

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 :

6 200 €

Autres frais à charge de l'apprenant :

100,00 €

- 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
- 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

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 : Institut de Formation d'Auxiliaires de Puériculture

Formation suivie : Auxiliaire de puériculture

Lieu de formation : METZ

Année scolaire ou universitaire : 2026/2027

Année de réussite aux sélections : 2026

Date de la rentrée : 31 août 2026

Période de référence :

du :

au :

ANTECEDENTS PROFESSIONNELS (à compléter pour toutes les formations)

Situation au regard des derniers emplois occupés 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 (y compris en cas de report) - (cette période ne concerne pas les formations AS et AP) :**

soit :

du :

au :

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 :	
Période de référence :	du : au :

(cette période ne concerne pas les formations AS et AP)

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

N° d'identifiant France Travail :	
depuis le :	2024/2025 ou 2025/2026
est inscrit en catégorie :	
depuis le :	
dernier jour d'actualisation :	
justifie d'une activité déclarée à cette date (O/N) :	

- l'apprenant justifie du statut suivant, au cours de la période de référence (hors formations AS et AP) :

- ☐ non démissionnaire
- ☐ démissionnaire pour motifs légitimes reconnus **exclusivement** par la Région Grand Est soit : rupture d'un contrat aidé, emploi avenir ou service civique... - pour cause de non paiement des salaires - pour suivre le conjoint suite à mutation ou mariage - pour suivre son enfant handicapé admis dans une structure d'accueil - pour cause de violences conjugales - pour cause d'actes délictueux dans le cadre du contrat de travail
- ☐ non renouvellement de CDD
- ☐ autre motif de rupture *

*Motif de fin ou de rupture de contrat - choisir parmi les options suivantes : Convention de Reclassement Personnalisé (CRP), démission, démission contrat 18 h/semaine au maximum, licenciement, rupture conventionnelle/amiable, fin de contrat, dispositif démission-reconversion

Date de la rupture :

- ☐ non défini, France Travail n'étant pas en mesure de vérifier la situation de l'apprenant et d'attester de son statut au regard des critères fixés par la Région Grand Est

- son projet de formation professionnelle a fait l'objet d'une validation auprès d'un conseiller : (France Travail, Mission locale, Cap Emploi ou Conseil Départemental).

<table border="0" style="width: 100%;"> <tr><td>Nom du signataire :</td><td style="background-color: #D3D3D3;"></td></tr> <tr><td>Prénom :</td><td style="background-color: #D3D3D3;"></td></tr> <tr><td>Qualité :</td><td style="background-color: #D3D3D3;"></td></tr> <tr><td>Agence :</td><td style="background-color: #D3D3D3;"></td></tr> <tr><td>Lieu :</td><td style="background-color: #D3D3D3;"></td></tr> <tr><td>Date :</td><td style="background-color: #D3D3D3;"></td></tr> </table>	Nom du signataire :		Prénom :		Qualité :		Agence :		Lieu :		Date :		Signature et cachet de France Travail
Nom du signataire :													
Prénom :													
Qualité :													
Agence :													
Lieu :													
Date :													
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr><td>Nom du signataire :</td><td style="background-color: #D3D3D3;"></td></tr> <tr><td>Prénom :</td><td style="background-color: #D3D3D3;"></td></tr> <tr><td>Qualité :</td><td style="background-color: #D3D3D3;"></td></tr> <tr><td>Lieu :</td><td style="background-color: #D3D3D3;"></td></tr> <tr><td>Date :</td><td style="background-color: #D3D3D3;"></td></tr> </table>	Nom du signataire :		Prénom :		Qualité :		Lieu :		Date :		Signature et cachet Mission Locale, CAP EMPLOI ou Conseil Départemental		
Nom du signataire :													
Prénom :													
Qualité :													
Lieu :													
Date :													

DOCUMENTS QUI VOUS SERONT DEMANDES
EN CAS DE CONTROLE

- Certificat de scolarité 2024-2025 ou 2025-2026
- 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
- Attestation sur l'honneur du dossier apprenant pour le financement à titre personnel
- Attestation de mobilisation du Compte CPF (avec le montant)
- Titre de séjour en vigueur à la date de la rentrée en formation

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 18) à l'exercice de la profession, sous peine d'être refusé en cours ;
- L'attestation médicale (page 19) de vaccinations obligatoires pour l'entrée en formation ;
- 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/annuaire-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 **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 :

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

**CETTE ATTESTATION EST À REMPLIR PAR VOTRE MÉDECIN TRAITANT ET À REMETTRE AU
CENTRE DE FORMATION AU PLUS TARD LE 1^{er} JOUR DE LA RENTRÉE**

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 ^{ère} injection le : /.... /....	1 ^{er} Rappel : /.... /....	Âge :
2 ^{ème} injection le : /.... /....	2 ^{ème} Rappel : /.... /....	Âge :
3 ^{ème} injection le : /.... /....	3 ^{ème} Rappel : /.... /....	Âge :
	4 ^{ème} Rappel : /.... /....	Âge :
	5 ^{ème} 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 Hb	>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 : <u>CONSULTER LE MÉDECIN AGRÉÉ RÉFÉRENT ARS</u>		

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^{er} 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>.



Campagne des bourses 2026/2027

Fiche numérique d'informations en vue de compléter votre dossier de demande de bourse

Téléservice - Portail des bourses :

<https://messervices.grandest.fr/>

Afin de bénéficier de l'ensemble des fonctionnalités de la plateforme, il convient d'utiliser un ordinateur (pas de tablette ni de téléphone portable)

Ouverture du téléservice :

- ✓ Pour les apprenants boursiers déjà en formation en 2025/2026 : 4 mai 2026
 - ✓ Pour les primo-entrants (1^{ère} année) : 1^{er} juillet 2026.

(NB : les dossiers doivent être déposés avant le 30 septembre 2026 inclus)

Page web Région Grand Est /bourses des formations sanitaire et sociale :

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

Code établissement à renseigner

Préconisation : copier puis coller le code suivant dans le dossier de bourse en vue d'éviter toute erreur de retranscription :

aZyj8Ce

Dates de référence - entrée et sortie de formation - à compléter :

(dates de référence définies sur la durée totale annuelle 2026/2027 de la formation au regard du référentiel du diplôme d'Etat – les formations respectivement **théorique et pratique** sont incluses dans la durée de la formation) : **1540h pour un cursus complet**

- ✓ Date d'entrée en formation pour l'année scolaire à venir 2026/2027 : **31/08/2026**
- ✓ Date de fin de formation pour l'année scolaire à venir 2026/2027 : **23/07/2027**

Cursus partiels :

Merci de solliciter l'institut pour disposer du volume horaire de votre formation au besoin

Rappels réglementaires :

- ✓ Seules les formations prises en charge par la Région Grand Est sont éligibles au dispositif des bourses - ce point est donc à vérifier auprès de votre école avant tout dépôt d'un dossier de bourse sur le téléservice précité
- ✓ La bourse n'est pas cumulable avec les allocations France Travail (ARE, AREF, RFF etc..)
 - ✓ La bourse n'est pas cumulable avec un contrat d'apprentissage, un contrat de professionnalisation, un Congé Individuel de Formation (CIF) ou une rémunération liée au statut de stagiaire de la formation professionnelle.
- ✓ La bourse n'est pas cumulable avec un **contrat d'allocation d'études**