

DOSSIER D'INSCRIPTION AUXILIAIRE DE PUERICULTURE SESSION APPRENTISSAGE

DATES DE SESSION : Nous contacter

Prérequis : La formation conduisant au Diplôme d'État d'Ambulancier est accessible, sans condition de diplôme.

- Avoir moins de 30 ans ;
- Avoir été sélectionnées à l'issue d'un entretien avec un employeur ;
- Avoir établi un contrat d'apprentissage avec le CFA Sanitaire et Social de DIJON.

L'admission des candidats est déterminée en fonction de leur ordre d'inscription par dépôt de l'ensemble des pièces mentionnées en page 2.

En l'absence de validité d'un contrat d'apprentissage, les candidats sont soumis au processus de sélection défini à l'article 5 et admis en formation sur la base de l'article 4.

Capacité d'accueil : 15 personnes

Tarif : Contacter le CFA

ENVOI PAR LA POSTE

IFMS
Centre Hospitalier
3 Quai de l'hôpital – BP 229
89306 JOIGNY Cedex

DEPOT DU DOSSIER A L'INSTITUT

IFMS
Place Cassini
1 avenue d'Hanover
89300 JOIGNY

Tél : 03.86.92.33.66

E-MAIL : ifms@ch-joigny.fr

SITE INTERNET : ifms-joigny.fr

CONSTITUTION DU DOSSIER D'INSCRIPTION

Tout dossier incomplet ou envoyé après la date de clôture sera refusé

PIECES À FOURNIR :

- ☐ La fiche d'inscription complétée
- ☐ 1 photographie d'identité (nom/prénom au dos)
- ☐ 1 photocopies recto/verso de votre carte d'identité en cours de validité / Pour les ressortissants étrangers un titre de séjour valide à l'entrée en formation
- ☐ **Pour les ressortissants étrangers**, une attestation de niveau de langue Française B2 (informations : www.ifms-joigny.fr)
- ☐ Attestation de sécurité sociale
- ☐ Dossier médical à fournir au plus tard le jour de l'entrée en formation (informations : www.ifms-joigny.fr)
- ☐ Un curriculum vitae
- ☐ Une lettre de motivation manuscrite
- ☐ **Si allègements** : Copie des diplômes ou titres traduits en Français (voir liste page 4)

Date de réception :

Commentaires :

FICHE DE RENSEIGNEMENTS AUXILIAIRE DE PUERICULTURE

MME/ M. NOM DE NAISSANCE
NOM D'USAGE
PRÉNOM(S)
DATE DE NAISSANCE / / VILLE ET N° DEPARTEMENT
NATIONALITÉ
TELEPHONE :
ADRESSE MAIL (EN MAJUSCULE) :@.....
SITUATION FAMILIALE
NUMERO SÉCURITÉ SOCIALE :
ADRESSE
.....
CODE POSTAL VILLE
TRAVAILLEUR HANDICAPÉ : oui ☐ / non ☐ (Si oui fournir notification MDPH)

PARCOURS DE FORMATION

- | | |
|--|---|
| ☐ Parcours Complet | ☐ Parcours CAP AEPE |
| ☐ Parcours partiel BAC PRO SAPAT | ☐ Parcours passerelle DEAS |
| ☐ Parcours partiel BAC PRO ASSP | ☐ Parcours passerelle DEA |
| ☐ Parcours passerelle DEAVS/TPAVF/DEAES/DEAMP | |

NOM DU DERNIER DIPLOME OBTENU OU EN COURS :
DATE D'OBTENTION : NIVEAU :

CONTRAT D'APPRENTISSAGE / EMPLOYEUR

NOM / PRENOM DU RESPONSABLE :
ADRESSE :
.....
CODE POSTAL : VILLE :
TELEPHONE :
ADRESSE MAIL (EN MAJUSCULE) :

AUTORISATIONS LEGALES & RGPD

☐ **J'autorise** la diffusion de mes résultats de sélection sur le site de l'IFMS, ainsi que celle de mon nom sur les sites de l'IFMS et de la DREETS (jury final). *En cas de refus, merci de ne pas cocher cette case et de joindre impérativement un courrier explicatif à votre dossier (Conformément à la loi « Informatique et Libertés » n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée).*

☐ **J'autorise** l'Institut de Formations à utiliser les photos et vidéos sur lesquelles j'apparais pour l'Intranet du Centre Hospitalier, l'illustration d'activités pédagogiques et la communication dans les médias locaux. *Si vous n'autorisez pas cette diffusion, veuillez laisser cette case décochée (Conformément à l'article 226-1 du Code Pénal et à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978).*

Je certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus et atteste avoir réglé les frais de gestion de dossiers qui s'élève à 50€ (pour rappel, ces droits restent acquis dès réception du dossier même en cas de désistement, d'absence, de non-financement ou d'échec à la sélection sur dossier ou à l'épreuve orale).¹

Date : __ / __ / 20 __

Signature

¹ Les informations recueillies par l'IFMS font l'objet d'un traitement informatique destiné à assurer la gestion administrative des candidats. L'Agence régionale de Bourgogne, le Conseil Régional de Bourgogne, France Travail et l'IFMS sont destinataires d'informations nécessaires à l'accomplissement de leur mission. Ces données informatiques font l'objet de différentes enquêtes publiques. Conformément à la loi « Informatiques et Libertés », vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser à ifms@ch-joigny.fr

CERTIFICAT MÉDICAL DE VACCINATIONS OBLIGATOIRE

A L'EXERCICE DE LA PROFESSION

A REMPLIR PAR UN MEDECIN TRAITANT

ETAPE 1

Je soussigné, Docteur

Certifie avoir examiné ce jour : M ☐, Mme ☐

Nom de naissance (de famille).....¹

Nom d'usage, si différent.....¹

Prénoms.....¹ Né(e) le __ / __ / ____

Pour la vaccination contre l'hépatite, se référer aux conditions définies par le Ministère de la Santé
(Voir les recommandations ARS page suivante)

LA. LE CANDIDAT.E	OUI	NON
EST A JOUR de ses vaccinations contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite		
A REÇU 3 vaccinations contre l'hépatite B		
A PROCÉDÉ au contrôle de sa sérologie Hépatite B		
EST IMMUNISÉ.E contre l'hépatite B selon les recommandations ARS		
EST RÉPONDEUSE.EUR à la vaccination contre l'Hépatite B		

LA. LE CANDIDAT.E QUI N'EST PAS A JOUR NE POURRA SUIVRE LA FORMATION.

Nota bene : Selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour ces professionnels de santé, il est par ailleurs recommandé d'être immunisé contre la coqueluche, la rougeole, la rubéole, la varicelle et la grippe saisonnière.

Fait à Le __ / __ / ____

SIGNATURE et CACHET DU MEDECIN OBLIGATOIRES :

¹ Nom et prénom en CAPITAL.

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE À L'EXERCICE DE LA PROFESSION
A REMPLIR PAR UN MEDECIN AGREE PAR L'ARS
ETAPE 2

- ☐ Aide-Soignant ☐ Auxiliaire de Puériculture ☐ Ambulancier
☐ Brancardier ☐ Auxiliaire Ambulancier

Je soussigné, Docteur....., Médecin agréé ARS, ¹

Certifie avoir examiné ce jour : M ☐, Mme ☐

Nom de naissance (de famille).....²

Nom d'usage, si différent.....²

Prénoms.....² Né(e) le __ / __ / ____

J'ATTESTE QUE LE- LA CANDIDAT-E (2 cases à cocher)

 ☐ PRESENTE ... ou ☐ NE PRESENTE PAS ...
... de contre-indications physique ou psychologique à l'exercice de la profession

 ☐ QU'IL OU ELLE EST IMMUNISE-E CONTRE L'HEPATITE B, sérologies contrôlées,
résultats selon le schéma joint (selon les directives de l'ARS)

Fait à Le __ / __ / ____
SIGNATURE et CACHET DU MEDECIN AGREÉ PAR L'ARS OBLIGATOIRES :

¹ Figurant sur la liste départementale des médecins agréés – à fournir par le candidat hors département 89.
Attention, comme le stipule d'article 4 du décret n°88-386 du 19 avril 1988 relatif aux conditions d'aptitude physique des agents de la fonction publique hospitalière, **les médecins agréés appelés à examiner des candidats aux emplois de la fonction publique hospitalière dont ils sont médecins traitants sont tenus de se récuser.**

² Nom et prénom en CAPITAL.