



DOSSIER D'INSCRIPTION POUR L'ENTRÉE EN FORMATION ANNÉE 2026/2027

- ☐ Aide-soignant
☐ Auxiliaire de puériculture

Date de la rentrée : Mardi 1^{er} septembre 2026 à 09 h 00

Ce dossier d'inscription concerne les candidats admis à l'IFS (CHU de Guyane) pour la rentrée de septembre 2026, ayant confirmé leur place par courriel au plus tard le mercredi 13 mai 2026 (avant minuit) ainsi que les candidats bénéficiant d'un report de formation.

L'inscription définitive à la formation conduisant au diplôme d'État d'Aide-Soignant ou d'Auxiliaire de Puériculture (*article 8 ter de l'arrêté du 12 avril 2021*) est subordonnée :

- à l'acquittement des droits d'inscription auprès de l'IFS ;
- au retour du dossier d'inscription dûment complété, accompagné des pièces demandées.

LE DÉPÔT DU DOSSIER D'INSCRIPTION S'EFFECTUERA SUR RENDEZ-VOUS

Vous serez contacté(e) par téléphone afin de convenir d'une date pour la remise de votre dossier

PÉRIODE DE RÉCEPTION DES DOSSIERS : DU 11 AU 30 JUIN 2026 (jusqu'à 12 h 00)



TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA REJETÉ

DOSSIER D'INSCRIPTION POUR L'ENTRÉE EN FORMATION AS /AP

Veuillez écrire en lettres majuscules et joindre les documents suivants :

Nom – Prénom :

LISTE DES PIÈCES À FOURNIR		Réservé à l'IFS
1	Fiche administrative à compléter et à signer	☐
2	Photo d'identité récente en couleur (nom et prénom indiqués au dos)	☐
3	Photocopie d'une pièce d'identité recto-verso en cours de validité (carte d'identité ou passeport)	☐
	Pour les candidats étrangers : copie du titre de séjour ou de la carte de résident (la validité doit couvrir toute la durée de la formation)	☐
4	Attestation d'assurance responsabilité civile en cours de validité, comportant la mention « STAGES 2026-2027 »	☐
5	Certificat médical établi par un médecin agréé (liste disponible sur le site de l'ARS), attestant que l'élève « ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession d'aide-soignant ou d'auxiliaire de puériculture »	☐
	Fiche médicale de vaccinations, remplie par un médecin agréé (Annexe 1)	☐
6	Justificatif de paiement des frais d'inscription à l'IFS d'un montant de 220 euros. Le règlement peut s'effectuer en espèces ou par carte bancaire auprès de la régie du CHU (site de Cayenne), ou par virement bancaire (Annexes 2 et 3)	☐
7	Attestation de demande d'aménagement de la formation à faire remplir par la MDPH en cas de situation de handicap (Annexe 4)	☐
8	Droit à l'image (Annexe 5)	☐



FICHE ADMINISTRATIVE

Document à remplir en lettres majuscules

1 - Identité

Madame ☐ Monsieur ☐

Nom :

Prénom :

Nom d'usage :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Nationalité : Française ☐ Autre :

Coordonnées :

➤ Adresse durant la formation :

➤ Portable :

➤ Adresse e-mail :

Situation familiale :

➤ Célibataire ☐ Marié ☐ Pacsé ☐ Veuf ☐ Divorcé ☐

➤ Nombre d'enfants : ____ Parent isolé : OUI ☐ NON ☐

➤ N° Sécurité Sociale (n°INSEE) : | | | | | | | | | | | | | | | |

Situation à l'entrée en formation :

Poursuite d'étude ☐ Salarié ☐ Demandeur d'emploi ☐

N° France Travail : (Joindre l'attestation d'inscription à France Travail)

Mission locale : ☐ Nom et coordonnées du référent :

Moyen de locomotion :

➤ Permis de conduire OUI ☐ NON ☐

➤ Voiture ☐ Co-voiturage ☐ Scooter ☐ Vélo ☐

➤ Transport en commun ☐ Autre :



Possibilité d'hébergement pour les stages :

La formation se déroule en alternance sur l'ensemble du territoire. Merci d'indiquer les communes où un hébergement peut être assuré. _____

Suivi du présentéisme :

- Percevez-vous une rémunération pendant la formation : OUI ☐ NON ☐ EN COURS ☐

Reconnaissance Handicap : OUI ☐ NON ☐

- Aménagement d'épreuve OUI ☐ (si oui, fournir le document de la MDPH) NON ☐

2 – Personnes à contacter en cas d'urgence

	Personne 1	Personne 2
Nom / Prénom		
Téléphone		
Mail		
Lien de parenté		

3 – Parcours scolaire

Titre d'admission :

☐ Baccalauréat	Série : _____ Année : _____ Dépt d'obtention : _____
☐ DEAS	Année : _____ Dépt d'obtention : _____
☐ DEAP	Année : _____ Dépt d'obtention : _____
☐ Autre	Intitulé : _____ Année : _____ Dépt d'obtention : _____

Type de suivi de la formation :

Parcours complet ☐ Parcours partiel ☐

4 - Financement

- ☐ Financement personnel (*autofinancement*)
☐ CTG
☐ Transitions Pro
☐ Promotion professionnelle
☐ Autre :



PASSEPORT MEDICAL

Votre admission définitive est subordonnée à la production d'un dossier médical complet comportant, au plus tard le jour de la rentrée :

- Un certificat médical établi par un médecin agréé (liste disponible sur le site de l'ARS), attestant que « L'ÉLÈVE NE PRÉSENTE PAS DE CONTRE-INDICATION PHYSIQUE ET PSYCHOLOGIQUE À L'EXERCICE DE LA PROFESSION D'AIDE-SOIGNANT ou D'AUXILIAIRE DE PUÉRICULTURE »
- La fiche médicale de vaccinations, remplie par un médecin agréé (**Annexe 1**), conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France (cf. article 44 de l'arrêté du 21 avril 2007 modifié)

RAPPEL : Ces deux documents doivent être établis par un médecin agréé figurant sur la liste de l'ARS : <https://www.guyane.ars.sante.fr/media/127772/download?inline>



Seuls les élèves à jour de leurs vaccinations pourront être admis en formation

ANNEXE 1

Inscription des étudiants en santé – Fiche médicale à valider par un médecin

Filière universitaire :	NOM :	NOM de naissance :
...Médecine	Prénom :	Date de naissance : .. / .. /
...Odontologie	Tél. :	Email :
...Pharmacie	Département de naissance :	Code postal lieu de résidence :
...Sage-femme		
ou Institut de formation :		

Année d'admission : Commune de naissance ou pays si né(e) à l'étranger :

Avant votre entrée en formation, vous devez apporter la preuve que vous êtes vacciné(e) contre différents risques infectieux. **Si vous n'êtes pas à jour des vaccinations obligatoires, vous ne serez pas autorisé(e) à aller en stage. Les tableaux suivants devront être complétés par votre médecin sauf si le carnet de vaccination électronique a été créé sur www.mesvaccins.net et validé par un professionnel de santé. Cette fiche devra être communiquée, avec les résultats**, en même temps que votre dossier d'inscription (article L3111.4 du Code de la Santé Publique).**

Si carnet de vaccination électronique créé et validé par un professionnel de santé : code de partage

Le médecin n'a rien de plus à compléter. Joindre uniquement les résultats demandés sous pli confidentiel.

Diphtérie-Tétanos-Polio (dTP)* / Diphtérie-Tétanos-Polio-Coqueluche (dTPca)

Rappel dTPca si un vaccin coquelucheux n'a pas été administré dans les 5 dernières années (respecter un délai de 1 mois après le dernier dTP). Lors des rappels à âge fixe (25, 45 et 65 ans), sera réalisé systématiquement un dTPca.

Dernier rappel dTP => Date : .. / .. / Nom : Dernier rappel dTPca => Date : .. / .. / Nom :

Hépatite B*

Joindre les résultats sérologiques quelle que soit la date**

Rappel des conditions d'immunisation :

- 1) **Ac anti-HBs** > 100 UI/l (quels que soient l'historique vaccinal et l'ancienneté des résultats)
- 2) **Ac anti-HBs** ≥ 10 UI/l et **Ac anti-HBc** négatif (si schéma vaccinal complet)

Les différents schémas complets :

- soit à l'adolescence (de 11 à 15 ans) : 2 doses espacées de 6 mois } avec un vaccin contre l'hépatite B dose à 20 µg
- soit accéléré (à titre exceptionnel) : 3 doses en 21 jours, rappel à 1 an
- Première dose => Date : .. / .. / Nom :
- Deuxième dose => Date : .. / .. / Nom :
- Troisième dose => Date : .. / .. / Nom :
- Injections supplémentaires => Date : .. / .. / Nom :

Rougeole-Oreillons-Rubéole (ROR)

- Personnes nées avant 1980 :**
- ☐ Antécédent de rougeole => Date : .. / .. /
 - ☐ Pas d'antécédent de rougeole ou doute => vaccination 1 dose (vacare rouge)
- Personnes nées depuis 1980 :**
- ☐ vaccination 2 doses (recommandées quelle que soient les ATCD)

Schéma vaccinal :

- Première dose => Date : .. / .. / Nom :
- Deuxième dose => Date : .. / .. / Nom :

Varicelle

- ☐ Antécédent de maladie
- ☐ Pas d'antécédent ou doute

Si pas d'antécédent ou doute => Sérologie à faire
Joindre le résultat**

Si sérologie négative => Vaccination recommandée

- Première dose => Date : .. / .. / Nom :
- Deuxième dose => Date : .. / .. / Nom :

Méningocoque C

Vaccination recommandée jusqu'à l'âge de 24 ans inclus => Date : .. / .. / Nom :

Tuberculose (vaccination non obligatoire à compter du 1^{er} avril 2019) recueillir uniquement les éléments ci-dessous

BCG

=> Date : .. / .. /

Test tuberculinique (IDR)

quelle que soit la date de réalisation
(une valeur de référence post-vaccinale est indispensable)
- Taille de l'induration en mm :

Covid-19

Première dose => Date : .. / .. /

Deuxième dose => Date : .. / .. /

Troisième dose => Date : .. / .. /

Je, soussigné Dr _____ certifie que les renseignements inscrits ci-dessus sont exacts.

Fait le :

Signature et cachet du praticien :

****Nous vous rappelons que tous les éléments demandés DOIVENT être joints sous pli confidentiel**

AS-AP/PRO2/FE/2025-001-V02

FRAIS D'INSCRIPTION

Le RIB ci-dessous doit être utilisé uniquement pour régler les frais d'inscription.

ANNEXE 2

Règlement par virement bancaire :

Identifiant national de compte - RIB				
Code banque	Code guichet	N° de compte	Clé RIB	Domiciliation
10071	97300	00002005227	85	TPCAYENNE

Identifiant international de compte – IBAN International Bank Account Number							BIC (Bank Identifier Code)
FR76	1007	1973	0000	0020	0522	785	TRPUFRPI

Merci d'indiquer vos nom et prénom ainsi que la filière d'inscription (IFAS ou IFAP)



ANNEXE 3

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE IFS DE CAYENNE	CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE RÉGIE – TRÉSOR PUBLIC
<u>Coupon de paiement</u>	<u>Récépissé</u>
Cayenne, le	Cayenne, le
Nom de l'élève :	Nom de l'élève :
Prénom de l'élève :	Prénom de l'élève :
Prestation(s) : ☐ Institut de Formation Aide-soignant (I.F.A.S.) ☐ Institut de Formation Auxiliaire de Puériculture (I.F.A.P.)	Prestation(s) : ☐ Institut de Formation Aide-soignant (I.F.A.S.) ☐ Institut de Formation Auxiliaire de Puériculture (I.F.A.P.)
Total : 220.00 euros	Total : 220.00 euros
Partie du coupon à renseigner par l'élève	Visa du régisseur : Justificatif à joindre au dossier d'inscription

AS-AP/PR02/FE/2025-001-V02



ANNEXE 4

ÉLÈVE EN SITUATION DE HANDICAP Évaluation des besoins pour un aménagement des études

Contact Département Handicap et Social IFS
dhss@ifsi.univ-guyane.fr

1 – IDENTITÉ DE L'ÉLÈVE (en lettres majuscules)

Nom :
Prénom :
Adresse :
Portable :
E-mail :

1 – Êtes-vous bénéficiaire d'une RQTH (Reconnaissance en qualité de travailleur handicapé) ?

OUI ☐ NON ☐

Si oui, joindre les justificatifs sous enveloppe cachetée.

Si oui, vous avez la possibilité de vous faire connaître auprès du Référent Handicap de votre institut de formation. Cette reconnaissance peut vous permettre d'avoir des aménagements de votre formation.

2 – Avez-vous déjà bénéficié d'aménagements dans le cadre de votre cursus de formation et/ou pour la passation d'examens ou de toute épreuve d'évaluation ?

Lycée et collège :

Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS) et Gevasco ☐
Plan d'Accompagnement Personnalisé (PAP) ☐
Projet d'Accueil Individualisé (PAI) ☐

Université :

Plan d'Accompagnement de l'étudiant en situation de Handicap en université ou école d'enseignement supérieur (PAEH) ☐



Ces aménagements comprenaient-ils ?

✓ Du temps majoré : OUI ☐ NON ☐

✓ Des aides humaines : OUI ☐ NON ☐

Si oui, lesquelles :

✓ Des aides techniques (matériel, supports...) : OUI ☐ NON ☐

Si oui, lesquelles :

✓ Un aménagement de parcours (étalement d'une année sur plusieurs années de scolarité, régime spécial d'étude-RSE) : OUI ☐ NON ☐

✓ Des dispenses de suivi d'enseignement : OUI ☐ NON ☐

Si oui, lesquelles :

✓ Des dispenses d'épreuve : OUI ☐ NON ☐

Si oui, lesquelles :

3 – Actuellement, dans la vie quotidienne, avez-vous des besoins ?

✓ Aides humaines pour les gestes de la vie quotidienne : OUI ☐ NON ☐

✓ Accompagnement par un service médico-social ou un suivi pour des soins : OUI ☐ NON ☐

Si oui, ces soins nécessitent-ils un aménagement de votre emploi du temps ? OUI ☐ NON ☐

✓ Spécifiques pour la restauration : OUI ☐ NON ☐

✓ Spécifiques pour le transport : OUI ☐ NON ☐

✓ Spécifiques pour le logement : OUI ☐ NON ☐

Si oui, avez-vous réalisé une demande de logement auprès d'un organisme ? OUI ☐ NON ☐



ANNEXE 5

Droit à l'image

Je soussigné(e)

Né(e) le à

Autorise ☐

N'autorise pas ☐

La diffusion d'images photographiées et filmées dans le but d'illustrer les supports de communication de l'Institut des Formations en Santé.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à, le

Signature de l'élève :



Attestation sur l'honneur

Je soussigné(e).....

Né(e) leà

Demeurant au

.....

Atteste sur l'honneur que les informations fournies sont exactes et que j'en assume l'entière responsabilité.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à, le

Signature de l'élève :