Madame PLAISANCE Myriam
Directeur des Soins de l'Institut des Formations Paramédicales

SEO T3N4-9 - Version 1 du 09/10/2026

Affaire suivie par
Madame HOLTZ Victoria
Assistante de Formation ☎ 03 88 57 71 33
✉ secretariat.ifas@ghso.fr

PROMOTION 2026/2027

J'ai le plaisir de vous compter parmi les élèves aides-soignants de l'IFAS du Groupe Hospitalier Sélestat Obernai pour la scolarité 2026/2027 qui débutera le lundi 8 février 2027.

Pour procéder à l'admission définitive à l'IFAS du Groupe Hospitalier Sélestat Obernai, vous voudrez bien nous transmettre les différents dossiers, suivant les délais ci-dessous :

	DOSSIER APPRENANT 1	DOSSIER FINANCEMENT 2	DOSSIER REMUNERATION 3	DOSSIER MEDICAL 4
DATES DE TRANSMISSIONS DES PIECES	**30 octobre 2026**	**22 janvier 2027**	**22 janvier 2027**	**18 décembre 2026**

Vous pouvez :

- ✓ soit les déposer au secrétariat de l'IFAS (uniquement sur rendez-vous),
- ✓ soit les envoyer en recommandé avec accusé de réception (cachet de la poste faisant foi) à l'adresse suivante :

IFAS - GROUPE HOSPITALIER SELESTAT OBERNAI
23 avenue Louis Pasteur - 67600 SELESTAT

Les renseignements concernant la formation ainsi que diverses informations plus générales sont consultables sur notre site internet www.cfpp-selestat.fr .

Je vous informe que la prérentrée est fixée au :

Vendredi 5 février2027 à 8 heures 30
A l'Institut de Formation d'Aides-soignants
du Groupe Hospitalier Sélestat Obernai - 23 avenue Louis Pasteur - 67600 Sélestat
Nous vous demandons de bien vouloir vous stationner à l'extérieur de l'enceinte de l'Hôpital.

Vous avez la possibilité de prendre le repas du midi sur place, une salle de pause (avec micro-ondes et réfrigérateurs) ainsi que des tables en extérieurs sont mis à disposition.
L'accès au restaurant du personnel pourra se faire à partir du lundi 8 févier 2027. Un badge vous sera remis pour accéder au self. Vous en serez responsable tout au long de votre formation et devrez le restituer à votre sortie.
Concernant l'utilisation, il vous suffira de charger le badge dès que nécessaire à une borne qui sera disponible au self.

Si vous rencontrez des difficultés, n'hésitez pas à nous contacter (secrétariat : 03 88 57 71 33).
Le secrétariat de l'IFAS est ouvert :

- ✓ du lundi au vendredi de 8 heures à 12 heures 15 et de 13 heures à 16 heures.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sincères salutations.

GROUPE HOSPITALIER IFSI IFAS SELESTAT-OBERNAI

PLAISANCE Myriam
Directeur de Soins de l'Institut de Formation d'Aides-Soignants
du Groupe Hospitalier Sélestat Obernai

IFSI IFAS DU GROUPE HOSPITALIER SÉLESTAT OBERNAI – INSTITUT DES FORMATIONS PARAMÉDICALES	**REGLEMENT GENERAL SUR LA PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES (RGPD)**	Réf SEO :	T3N4-9
		Version :	V 1
		Date :	09/10/2026

CADRE REGLEMENTAIRE

L'Union Européenne a institué le 27 avril 2016 une réforme de la protection des données. Cette réforme a abouti à un texte n°2016/679 applicable dans l'ensemble de l'Union : le Règlement Général sur la Protection des Données personnelles (RGPD). Le RGPD est entré en application le 25 mai 2018 et s'impose au Groupe Hospitalier Sélestat-Obernai.
Un délégué à la protection des données (DPO) a été désigné par le Chef d'Établissement.
Les adresses mails sont les suivantes : **contact@ghso.fr**

AUTEUR DE LA COLLECTE

En tout état de cause l'IFP du GHSO collectent des informations personnelles relatives au candidat qui fournit ces informations en toute connaissance de cause, notamment lorsqu'il procède par lui-même à leur saisie.
Ces informations sont traitées par les membres du personnel, qu'ils soient administratifs ou pédagogiques dans le cadre des missions qui leurs incombent.

FINALITE DES DONNEES COLLECTEES

La finalité des données collectées est de permettre aux membres du personnel de gérer au mieux le dossier administratif et pédagogique de l'usager, de la préinscription jusqu'à la diplomation.

MISSION D'ORDRE PUBLIC

Dans le cadre de sa mission d'ordre public, votre consentement au traitement de vos données personnelles administratives et médicales est implicite.

INFORMATION SUR LES DROITS DES USAGERS

Conformément aux dispositions de la Loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles, tout candidat dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, de portabilité, de déréférencement, d'opposition aux données personnelles le concernant et d'un droit d'accès au FICOBA, en effectuant sa demande écrite et signée, accompagnée d'une copie du titre d'identité avec signature du titulaire de la pièce, en précisant l'adresse à laquelle la réponse doit être envoyée. Le candidat peut également saisir la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) en cas de besoin.

Pour les candidats et utilisateurs qui s'inscrivent sur le site http://www.cfpp-selestat.fr , dans le cadre de préinscriptions par exemple, nous stockons également les données personnelles transmises dans leur profil. Tous les candidats et utilisateurs peuvent voir, modifier ou supprimer les informations personnelles à tout moment (à l'exception de leur nom de candidat). Les gestionnaires du site peuvent aussi voir et modifier ces informations.
L'IFP du GHSO conservera vos données personnelles pendant la durée nécessaire ou pour la durée requise par la loi en vigueur.

DUREE DE CONSERVATION

La Durée d'Utilité Administrative couvre la durée de conservation en base active et en archives intermédiaires selon les définitions de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) ; c'est-à-dire la durée de conservation avant l'archivage au sens du livre II du code du patrimoine ou la destruction des informations.

Institut de Formation des Aides-Soignants

Madame PLAISANCE Myriam
Directeur des Soins de l'Institut des Formations Paramédicales IFSI/IFAS
Affaire suivie par Madame HOLTZ Victoria
☎ 03 88 57 71 33
✉ secretariat.ifas@ghso.fr

IFSI IFAS DU GROUPE HOSPITALIER SÉLESTAT OBERNAI
INSTITUT DES FORMATIONS PARAMÉDICALES

La Région Grand Est

Réf SEO T3N4-9
Version 1 du 09/10/2026



DOSSIER APPRENANT

LISTE DES PIECES A FOURNIR

☐	Mailer à secretariat.ifas@ghso.fr une **photo de face sur fond uni**, en **format JPG ou PDF** d'une taille comprise entre 500 ko et 1 Mo.
☐	Fiche de renseignements – situation de l'apprenant, complétée et signée
☐	Attestation de paiement des frais d'inscription, complétée et signée
☐	100 € - Paiement des droits d'inscription **par chèque à l'Ordre du Trésor Public ou espèces avec l'appoint** **Aucun remboursement ne sera effectué en cas de désistement, quel que soit le motif**
☐	Copie recto verso de la carte d'identité, passeport ou titre de séjour **Apprenants hors Union Européenne** Les personnes dans cette situation devront fournir un titre de séjours en vigueur à la date de la rentrée en formation. **Il est IMPERATIF que le document fourni soit toujours valide au moment du jury final DEAS (juillet 2027).**
☐	Autorisation de prises de vue et de diffusion
☐	Autorisation de diffusion des résultats du diplôme
☐	Attestation d'engagement relative aux dispenses de formation complétée, si concerné(e) par ce dispositif
☐	Curriculum vitae détaillé mis à jour
☐	Copies de l'ensemble des diplômes obtenus, Relevé de notes pour les diplômés des sessions de 2026 en attendant de récupérer le diplôme
☐	Attestation de formation en gestes et soins d'urgence (si formation effectuée)
☐	Questionnaire « Parcours de stage », à compléter via le lien Forms se trouvant à la fin du dossier apprenant *Pour accéder au questionnaire, il est impératif de cliquer sur lien qui se trouve dans le présent dossier et de ne pas recopier l'URL dans votre barre de navigation internet.* **ATTENTION : il faut impérativement cliquer sur « Envoyer » pour valider vos réponses et pour qu'elles nous soient transmises**
☐	Copie de l'attestation d'affiliation à la Sécurité Sociale en cours de validité
☐	Justificatif d'assurance Responsabilité Civile souscrit (en général avec la Multirisques Habitation) ou Justificatif d'assurance Responsabilité Civile Professionnelle *(non obligatoire, meilleure couverture lors des stages)* **Ce justificatif doit couvrir la période scolaire du 24 août 2026 au 16 juillet 2027** **Tout justificatif ne couvrant pas la totalité de la période notée ci-dessus ne sera pas acceptée** Pour information : la MACSF propose un contrat gratuit pour les élèves Aides-Soignants (souscription sur leur site internet)

IFSI IFAS DU GROUPE HOSPITALIER SÉLESTAT OBERNAI – INSTITUT DES FORMATIONS PARAMÉDICALES	**FICHE DE RENSEIGNEMENTS** **SITUATION DE L'APPRENANT** **ANNEE SCOLAIRE 2026/2027**	Réf SEO :	T3N4-9
		Version :	V 1
		Date :	09/10/2026

CIVILITE : ☐ Madame ☐ Monsieur

NOM DE NAISSANCE : _____ NOM D'USAGE (MARITAL) : _____

PRENOM : _____ AUTRES PRENOMS : _____

ETAT CIVIL ☐ Célibataire ☐ Marié(e) / Pacsé(e) ☐ Vie maritale ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve)

NAISSANCE Date : _____ / _____ / _____
Lieu : _____ N° département : _____

NOMBRE D'ENFANTS A CHARGE / AGE : _____

ADRESSE DURANT LA FORMATION *(si location, pendant la formation, d'une chambre, d'un appartement, etc., pour se rapprocher de l'Institut de Formation Pensez à nous prévenir de tout changement d'adresse)*

Numéro : _____ Rue : _____

Code postal : _____ Commune : _____

ADRESSE COMPLEMENTAIRE *(adresse possible durant les stages - exemple : adresse des parents, etc.)*

Numéro : _____ Rue : _____

Code postal : _____ Commune : _____

TELEPHONE(S) ☎ – Ces numéros resteront confidentiels *(pensez à nous prévenir de tout changement de numéro)*

Numéro de téléphone fixe : _____ / _____ / _____ / _____ / _____

Numéro de téléphone portable : _____ / _____ / _____ / _____ / _____

ADRESSE E-MAIL *(écriture lisible indispensable)*

ATTENTION *: dans un souci de clarification de la correspondance entre l'institut et les élèves ainsi que pour vous placer dès maintenant dans une position de futurs professionnels de santé, nous vous demandons de nous fournir* ***une adresse mail dans laquelle vos noms et prénoms sont clairement apparents et en toutes lettres****. Les élèves qui disposent déjà d'une adresse mail répondant à ces critères peuvent continuer à l'utiliser. Tout élève ne répondant pas à ces critères devra nous faire parvenir cette nouvelle adresse mail au plus tard courant de la première semaine de la rentrée.*

_____ @ _____

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Je suis reconnu(e) comme travailleur handicapé ☐ Oui ☐ Non

Je détiens le permis de conduire ☐ Oui ☐ Non

Je possède un véhicule pour mes déplacements en stage ☐ Oui ☐ Non

Personne à contacter Nom – Prénom : _____

Numéro de téléphone : _____ / _____ / _____ / _____ / _____

Lien de parenté : _____

STATUT AVANT L'ENTREE EN FORMATION *(cocher la case correspondante et compléter si *)*

☐ Etudiant(e) en poursuite d'études ☐ Demandeur d'emploi

☐ Salarié(e) N° identifiant : _____

☐ Autres* _____ Ville de France Travail : _____

PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE FORMATION *(cocher la case correspondante et compléter si *)*

☐ Région Grand Est y compris mesure dérogatoire ☐ A titre personnel

☐ Employeur* _____

☐ OPCO* _____ ☐ Autres (ex : CPF)* : _____

REMUNERATION ET/OU AUTRES AIDES DURANT LA FORMATION

Je suis éligible à l'obtention d'une rémunération pendant la formation ☐ Oui ☐ Non

Si oui, je précise quel organisme me versera une rémunération* : _____

** Choisir parmi les options suivantes : Région Grand Est : bourse – France travail : Indemnités chômage – Apprentissage – Employeur ou OPCO – Autre à préciser*

ENGAGEMENT DU CANDIDAT

Je soussigné(e), _____

- atteste ne pas être sous la décision d'une exclusion de la formation pour une durée maximale de cinq ans de la Section Compétente pour le Traitement des Situations Disciplinaires d'un Institut de Formation d'Aides-Soignants
- certifie exact les renseignements fournis

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 - Co-signature du responsable légal si l'apprenant est mineur

IFSI IFAS DU GROUPE HOSPITALIER SÉLESTAT OBERNAI – INSTITUT DES FORMATIONS PARAMÉDICALES	**ATTESTATION DE PAIEMENT DES FRAIS D'INSCRIPTION ANNEE SCOLAIRE 2026/2027**	Réf SEO :	T3N4-9
		Version :	V 1
		Date :	09/10/2026

DOCUMENT A REMETTRE AVEC LE PAIEMENT AU MOMENT DE L'INSCRIPTION DEFINITIVE

CIVILITE : ☐ MADAME ☐ MONSIEUR

NOM PATRONYMIQUE : _____

NOM D'USAGE (MARTIAL) : _____

PRENOM : _____

FRAIS D'INSCRIPTION OBLIGATOIRE

FRAIS DE DOSSIER _____ 100,00 €

PAIEMENT POSSIBLE :

☐ PAR CHEQUE (A L'ORDRE DU TRESOR PUBLIC),

☐ EN ESPECES (AVEC L'APPOINT).

NON REMBOURSES EN CAS DE DESISTEMENT, QUEL QUE SOIT LE MOTIF

FAIT A _____ LE _____ / _____ / _____

SIGNATURE DE L'APPRENANT

CO-SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL SI L'APPRENANT EST MINEUR :

IFSI IFAS DU GROUPE HOSPITALIER SÉLESTAT OBERNAI – INSTITUT DES FORMATIONS PARAMÉDICALES	**AUTORISATION DE PRISES DE VUE ET DE DIFFUSION** **ANNEE SCOLAIRE 2026/2027**	Réf SEO :	T3N4-9
		Version :	V 1
		Date :	09/10/2026

Je soussigné(e) :

Nom : _____ Prénom : _____

Ayant la qualité **d'élève aide-soignant**

Demeurant à : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ /_____ /_____ / _____ / _____

Autorise les prises de vues me concernant :

☐ OUI ☐ NON

Les photographies, films et/ou interviews pourront être exploité(e)s et utilisé(e)s par le Groupe Hospitalier Sélestat Obernai sous toute forme et tous supports connus et inconnus à ce jour :

- diffusion dans un cadre pédagogique,
- support papier et électronique (Internet),

sans aucune limitation, intégralement ou par extraits, à compter de la signature de la présente autorisation.

La présente autorisation est consentie à titre gracieux.

Fait le _____ /_____/_____ à _____

Signature de l'apprenant
Co-signature du responsable légal si l'apprenant est mineur

INSTITUT DES FORMATIONS PARAMÉDICALES
INSTITUT DE FORMATION D'AIDES-SOIGNANTS
23 AVENUE LOUIS PASTEUR – BP 30248 – 67606 SELESTAT

GH SO
GROUPE HOSPITALIER SÉLESTAT-OBERNAI

Affaire suivie par

Madame HOLTZ Victoria
Assistante de Formation
☎ 03 88 57 71 33
✉ secretariat.ifas@ghso.fr

AUTORISATION D'EXPLOITATION DES DONNÉES INFORMATISÉES
DIFFUSION DES RÉSULTATS DU DIPLÔME D'ETAT SUR INTERNET

Règlement européen sur la protection des données (RGPD) et à la loi informatique et Libertés modifiée en 2018

Madame, Monsieur,

1 – Dans le cadre de notre mission d'ordre public, nous transmettons à chaque nouvelle rentrée la liste des apprenants admis à l'Institut des Formations Paramédicales IFSI/IFAS à la Région Grand Est.
La Région Grand Est met en œuvre un traitement informatique de données à caractère personnel destinés à vérifier le respect des critères d'éligibilité de prise en charge du coût des formations sanitaires et sociales.

Vous pouvez vous adresser aux services de la Région en charge du traitement de vos données. Vous pouvez aussi saisir le délégué à la protection des données de la Région Grand Est via un formulaire que vous trouverez à l'adresse suivante : https://www.grandest.fr/donnees-personnelles/ ou par courrier :
Région Grand Est
A l'attention du délégué à la protection des données
1 place Adrien Zeller
67070 STRASBOURG

2 – La Direction Régionale de l'Economie, de l'Emploi du Travail et des Solidarité diffuse les résultats du Diplôme d'Etat sur son site internet https://grand-est.dreets.gouv.fr/

Je soussigné(e)

Nom _____ Prénom _____

☐ autorise* ☐ n'autorise pas*
**cocher la case correspondante*

la diffusion des résultats du Diplôme d'Etat me concernant sur les sites internet :

- de la DREETS,
- de l'Institut des Formations Paramédicales IFSI/IFAS du GHSO.

Fait le _____/_____ / _____ à _____

Signature de l'apprenant
Co-signature du responsable légal si l'apprenant est mineur

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au service communication de la DREETS ou, en cas d'échec, à la délégation à l'information et à la communication
Adresse postale : 14 avenue Duquesne 75350 Paris 07 SP
Vous pouvez également pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

IFSI IFAS DU GROUPE HOSPITALIER SÉLESTAT OBERNAI – INSTITUT DES FORMATIONS PARAMÉDICALES	**ATTESTATION D'ENGAGEMENT** **RELATIVE AUX DISPENSES DE FORMATION EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT D'AIDE-SOIGNANT** **ANNEE SCOLAIRE 2026/2027**	Réf SEO : Version : Date :	T3N4-9 V 1 09/10/2026

A RETOURNER A L'IFAS AU PLUS TARD LE 30 OCTOBRE 2026

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION	
Date	

En application de l'article 14 de l'arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'Aide-Soignant, l'Institut de Formation Aide-Soignant du Groupe Hospitalier Sélestat Obernai met en place les modalités définies dans l'annexe VII – Equivalence de compétences et allégements de formation.

Dans ce cadre-là, l'Institut de Formation des Aides-Soignants propose aux élèves, titulaires d'un des diplômes nommés ci-dessous, d'avoir accès aux cours dispensés.
Cette proposition est faite dans l'objectif de les accompagner dans la réussite de leur formation, notamment pour les modules dont le référentiel les dispense.

A ce titre nous vous demandons de compléter la demande ci-dessous.

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ / _____ / _____

DIPLOME PERMETTANT UN ALLEGEMENT ET/OU UNE DISPENSE DE FORMATION

☐ Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Puériculture
☐ Diplôme d'Assistant de régulation médicale
☐ Diplôme d'Etat d'Ambulancier
☐ Baccalauréat Professionnel « accompagnement, soins, services à la personne »
☐ Baccalauréat Professionnel « services aux personnes et aux territoires »
☐ Titre Professionnel d'Assistante de Vie aux Familles
☐ Titre Professionnel d'Agent de service médico-social
☐ Titulaire de droit du DEAES 2016, spécialité "accompagnement de la vie à domicile » (Diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS), Certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile, Mention complémentaire aide à domicile (MCAD), Diplôme d'Etat d'aide médico-psychologique (DEAMP), Certificat d'aptitude aux fonctions d'aide médico-psychologique)

CHOIX DE PRESENCE

☐ Je participerai à l'ensemble des cours des modules pour lesquels je bénéficie d'un allègement et/ou d'une dispense de formation.

☐ Je ne participerai pas aux cours des modules pour lesquels je bénéficie d'un allègement et/ou d'une dispense de formation.

Fait à _____

Le _____ / _____ / _____

Signature de l'apprenant
Co-signature du responsable légal si l'apprenant est mineur

IFSI IFAS DU GROUPE HOSPITALIER SÉLESTAT OBERNAI – INSTITUT DES FORMATIONS PARAMÉDICALES	**PARCOURS DE STAGE** **ANNEE SCOLAIRE 2026/2027**	Réf SEO :	T3N4-9
		Version :	V 1
		Date :	09/10/2026

L'institut de Formation assure la recherche des places de stage et effectue les affectations des apprenants.

Dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité de l'Institut des Formations Paramédicales IFSI/IFAS et afin de permettre l'élaboration de votre parcours de stage au plus près de vos retours, nous vous remercions de répondre à l'enquête ci-dessous. Il est essentiel que vos réponses soient le plus complet possible.

https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=wVIShkj1w0eujjX6SfBsbiy2uvgfeIRPuUbmQ-maxEdUMEVPQ1VEVjdVRjdOV1dKTjhBUFJQU0k3Qi4u



Penser à cliquer sur « Envoyer » pour valider vos réponses et pour qu'elles nous soient transmises.

Institut de Formation des Aides-Soignants

Madame PLAISANCE Myriam
Directeur des Soins de l'Institut des Formations Paramédicales IFSI/IFAS
Affaire suivie par Madame HOLTZ Victoria
☎ 03 88 57 71 33
✉ secretariat.ifas@ghso.fr

IFSI IFAS DU GROUPE HOSPITALIER SÉLESTAT OBERNAI
INSTITUT DES FORMATIONS PARAMÉDICALES

La Région Grand Est

Réf SEO T3N4-9
Version 1 du 09/10/2026

2

DOSSIER DE FINANCEMENT

LISTE DES PIECES A FOURNIR
SELON VOTRE SITUATION

PRISE EN CHARGE PAR LA REGION GRAND EST

Si moins de 26 ans et en poursuite d'études *(ce statut prévaut sur les autres statuts)*

☐	Attestation sur l'honneur complétée et signée
☐	Certificat de scolarité au titre de l'année 2025/2026 ou 2024/2025
☐	Attestation d'inscription à France Travail *(non obligatoire si l'apprenant n'est pas éligible)*

Si demandeur d'emploi non démissionnaire

☐	Attestation sur l'honneur complétée et signée
☐ ☐	Attestation France Travail : Partie 1 complétée et signée par le candidat Partie 2 complétée, tamponnée et signée par France Travail **dans le mois précédent l'entrée en formation**
☐	Attestation **récente** d'inscription à France Travail
☐	Attestation UNEDIC du dernier emploi occupé. A défaut, la copie du contrat de travail. **ATTENTION** • si CDD : le contrat doit expirer au plus tard dans les 7 jours qui suivent le début de la formation • si CDI : la procédure doit impérativement avoir abouti avant la rentrée (licenciement, rupture conventionnelle de CDI, etc.)

Si salarié - Financement Région Grand Est à titre dérogatoire (cf. mesures spécifiques ci-après)

☐	Attestation sur l'honneur complétée et signée
☐	Demande écrite
☐	Confirmation du report d'admission
☐	Décisions du refus de prise en charge de l'employeur et/ou OPCO
☐	Justificatif de mobilisation de votre CPF

PRISE EN CHARGE PAR L'EMPLOYEUR (PRISE EN CHARGE SUR PLAN DE FORMATION, OPCO, TRANSITION PRO, ETC.)

☐	Attestation sur l'honneur complétée et signée
☐	Adresse mail de la personne en charge de votre dossier de financement au sein de votre structure _____ @ _____ Une convention de prise en charge des frais de formation sera envoyée par mail, après la constitution du dossier d'inscription définitive à la formation.
☐	Copie du contrat de travail
☐	Justificatif de prise en charge par l'employeur / OPCO
☐	Justificatif de mobilisation de votre CPF, si concerné(e)

PRISE EN CHARGE INDIVIDUELLE

Si demandeur d'emploi	
☐	Attestation sur l'honneur complétée et signée
☐	Attestation **<u>récente</u>** d'inscription à France Travail
☐	Attestation UNEDIC du dernier emploi occupé. A défaut, la copie du contrat de travail
☐	Justificatif de mobilisation de votre CPF, si concerné(e)

Si salarié	
☐	Attestation sur l'honneur complétée et signée
☐	Copie du contrat de travail
☐	Justificatif de mobilisation de votre CPF, si concerné(e)
☐	Une convention de prise en charge individuelle des frais de formation vous sera envoyée, par mail, après la constitution du dossier d'inscription définitive à la formation. Vous vous engagez, en signant cette convention, à payer les frais de formation personnellement **au plus tard à la date de fin de formation**

Secteur Sanitaire et Social

DES MÉTIERS D'AVENIR !

Conditions générales de prise en charge des **formations sanitaires et sociales :**

- → Ambulancier, auxiliaire de puériculture, aide-soignant, ergothérapeute (Mulhouse), infirmier, manipulateur en électroradiologie médicale, psychomotricien (Mulhouse).
- → Moniteur éducateur, technicien de l'intervention sociale et familiale, assistant de service social, éducateur de jeunes enfants, éducateur spécialisé, éducateur technique spécialisé, 3e année en conseiller économie sociale et familiale.

RENTRÉE DE **SEPTEMBRE 2026**
ET **PREMIER TRIMESTRE 2027**

✓ Vous êtes éligible à la prise en charge régionale !	✗ Vous n'êtes pas éligible à la prise en charge régionale !
VOUS AVEZ MOINS DE 26 ANS ET ÊTES EN POURSUITE D'ÉTUDES	
1	
Vous devez fournir un **certificat de scolarité** (année 2024-2025 ou 2025-2026) pour une formation reconnue RNCP ou assimilé	**Toute formation non reconnue RNCP ou assimilé**
✓ Le statut de jeune moins de 26 ans en poursuite d'études est prioritaire	✗
VOUS ÊTES DEMANDEUR D'EMPLOI	
2	
Vous êtes non démissionnaire au cours de la période de référence* qui démarre 6 mois avant la date de rentrée de la sélection et jusqu'à la date de rentrée effective (y compris en cas de report)	ⓘ Possibilité de mobiliser votre Compte Personnel de Formation (CPF) et de compléter sur fonds propres si vous souhaitez bénéficier de la mesure dérogatoire.
***PÉRIODE DE RÉFÉRENCE : période durant laquelle votre statut est examiné pour déterminer si vous êtes éligible à la prise en charge régionale du coût de votre formation. Cette période de référence ne s'applique pas aux formations D'AIDE-SOIGNANT ET D'AUXILIAIRE DE PUÉRICULTURE.**	
Vous avez démissionné pour **l'un des motifs suivants :** → **Rupture à l'initiative du salarié** d'un contrat aidé, d'un emploi d'avenir, d'un service civique, d'un contrat volontariat gendarmerie ; → Pour cause de **non-paiement des salaires** ; → Pour **suivre le conjoint** suite à une 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.**	**Vous êtes démissionnaire** au cours de la période de référence* qui démarre 6 mois avant la date de rentrée de la sélection et jusqu'à la date de rentrée effective (y compris en cas de report) **Le dispositif «DÉMISSION RECONVERSION» n'est pas reconnu, pendant la période de référence, comme démission permettant la prise en charge du coût de la formation par la Région.**
Vous avez démissionné **avant la période de référence.** Vous n'avez **pas renouvelé votre CDD.**	
✓	✗
VOUS ÊTES SALARIÉ	
3	
→ Vous avez un **contrat de travail dont la durée est inférieure ou égale à 18 heures par semaine ou 78 heures par mois** en moyenne durant les neuf mois précédant l'entrée en formation ; → Vous avez un **contrat de travail à durée déterminée qui expire au plus tard dans les 7 jours** qui suivent le début de la formation ; → Votre **congé parental a pris fin** avant le démarrage de la formation ; → Votre **contrat travail est rompu** : licenciement, rupture conventionnelle de CDI... **la procédure doit impérativement avoir abouti avant la rentrée** ou au **plus tard dans les 7 jours** qui suivent le début de la formation ; → Vous êtes **VDI ou micro-entrepreneur** et vos revenus déclarés en moyenne sur les 6 derniers mois avant l'entrée en formation s'élèvent mensuellement au maximum à 720 euros.	ⓘ Obligation de mobiliser votre Compte Personnel de Formation (CPF) et de compléter sur fonds propres si vous souhaitez bénéficier de la mesure dérogatoire → Vous avez gardé **un lien juridique avec un employeur** → Vous êtes en **congé parental** ; → Vous êtes en **congé sabbatique, en disponibilité, en congé de formation professionnelle, commerçant, profession libérale,** ... → Vous êtes **VDI ou micro-entrepreneur** et vos revenus déclarés en moyenne sur les 6 derniers mois avant l'entrée en formation sont supérieurs mensuellement à 720 euros.
✓ L'inscription à France Travail est obligatoire ⓘ	✗

DISPOSITIF DÉROGATOIRE DE PRISE EN CHARGE DES FORMATIONS SANITAIRES ET SOCIALES

SALARIÉ EN FORMATION

FORMATIONS EN 1 AN (aide-soignant, auxiliaire de puériculture, ambulancier)

VOUS DEVEZ JUSTIFIER :

→ **d'avoir entrepris des démarches** auprès de votre employeur et/ou de votre OPCO... afin d'obtenir un financement au titre de la formation professionnelle continue (ex : Transition Pro, Etudes Promotionnelles, Compte Personnel de Formation, Congé de Formation Professionnelle...)
→ **d'un report** de formation de l'année de réussite aux épreuves de sélection pour motif de non prise en charge de la formation par l'employeur et/ou OPCO... (refus officiel de prise en charge)
→ **d'un nouveau refus** de financement de l'employeur et/ou OPCO... pour la 2ème rentrée souhaitée.

PIÈCES À PRODUIRE À LA RÉGION GRAND EST

Au minimum deux mois avant le début de la formation (année n) :
→ demande écrite sollicitant le dispositif dérogatoire
→ confirmation du report d'admission de l'institut
→ décision de non prise en charge de la formation de l'employeur et/ou de l'OPCO... pour les 2 rentrées

FORMATIONS PLURIANNUELLES (infirmier, manipulateur en électroradiologie médicale, ergothérapeute (Mulhouse), psychomotricien (Mulhouse), masseur-kinésithérapeute par la voie de passerelle dans un IFMK public, assistante de service social, éducateur de jeunes enfants, éducateur spécialisé, éducateur technique spécialisé, moniteur éducateur, technicien de l'intervention sociale et familiale)

VOUS DEVEZ JUSTIFIER :

→ **d'avoir entrepris des démarches** auprès de votre employeur et/ou de votre OPCO... afin d'obtenir un financement au titre de la formation professionnelle continue (ex : Transition Pro, Etudes Promotionnelles, Compte Personnel de Formation, Congé de Formation Professionnelle...)*
→ **d'avoir financé votre 1ère année de formation** sur fonds propres pour les salariés.

** si votre CPF ne couvre pas la totalité de votre 1ère année de formation, vous devrez compléter sur vos fonds propres ou autres dispositifs*

PIÈCES À PRODUIRE À LA RÉGION GRAND EST

Au minimum deux mois avant la fin de la 1ère année de formation :
→ demande écrite sollicitant le dispositif dérogatoire
→ décision de prise en charge du financeur ou mobilisation du CPF/DIF de la 1ère année de formation (et des années suivantes le cas échéant)
→ décision de non prise en charge du financeur pour la 2ème et/ou 3ème année de formation

La Région Grand Est
ALSACE
CHAMPAGNE-ARDENNE
LORRAINE

DOSSIER POUR LA PRISE EN CHARGE PAR LA RÉGION GRAND EST

http://www.grandest.fr/actions/formations-sanitaires-sociales/

À LIRE ATTENTIVEMENT

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.

Ce dossier est à remettre à l'institut de formation, dûment complété et accompagné de l'ensemble des justificatifs demandés, **impérativement avant le démarrage de la formation**.

TOUT DOSSIER MAL RENSEIGNÉ OU INCOMPLET SERA REJETÉ ET DE CE FAIT LES FRAIS DE FORMATION RESTERONT À LA CHARGE DE L'APPRENANT

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*

Toute fausse déclaration est passible de peines et d'amandes prévues par les articles 441-1, 441-6, 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

La Région Grand Est

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
- Marié(e)/Pacsé(e)
- Vie maritale
- Veuf(ve)
- Divorcé(e)

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 accord,...)	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 de la formation

  Tarif applicable par année ou par session de formation

Cursus complet	6 200 €
Moins de 800 h	2 600 €
Entre 800 h et 1000 h	3 800 €
Plus de 1000 h	4 700 €

  Autres frais à charge de l'apprenant : 100 € de frais de dossier.

- 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 (certificat de scolarité 2024/2025 ou 2025/2026)
  à transmettre à l'institut à l'entrée en formation
- ☐ demandeur d'emploi non démissionnaire
- ☐ 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 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 ou par la Région dans un délai de 15 jours ;
- remettre toute pièce demandée par la Région en cas de contrôle ;
- être assidu(e) durant toute la formation et respecter le règlement intérieur de l'Institut de Formation.

TOUTE FAUSSE DECLARATION EST PASSIBLE DE PEINES ET D'AMENDES PREVUES PAR LES ARTICLES 441-1, 441-6 ET 441-7 DU CODE PENAL.

Je certifie exact les renseignements fournis

Fait à _____

le _____ / _____ / _____

Signature de l'apprenant
Co-signature du responsable légal si l'apprenant est mineur

ATTESTATION FRANCE TRAVAIL

FORMATIONS SANITAIRES

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 : IFAS SELESTAT

Formation suivie : DEAS - AIDE-SOIGNANT

Lieu de formation : SELESTAT

Année scolaire ou universitaire : 2026/2027

Année de réussite aux sélections :

Date de la rentrée : 08/02/2027

Période de référence : NON CONCERNÉ EN IFAS

ANTECEDENTS PROFESSIONNELS

Situation au regard des derniers emplois occupés :

Date d'embauche	Employeur	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

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 sanitaires",**
- **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
Co-signature du responsable légal si l'apprenant est mineur

Fiche 3 bis

ATTESTATION FRANCE TRAVAIL

PARTIE A RENSEIGNER PAR FRANCE TRAVAIL

Attestation à remplir dans le mois précédent l'entrée en formation

Nom – Prénom de l'apprenant _____

- **l'apprenant est inscrit en tant que demandeur d'emploi :**

N° d'identification France Travail : _____

depuis le : _____

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 :**

☐ 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 de France Travail.**

Nom du signataire : _____

Prénom : _____

Qualité : _____

Agence : _____

Lieu : _____

Date : _____

Signature et cachet de France Travail

Nom du signataire : _____

Prénom : _____

Qualité : _____

Lieu : _____

Date : _____

Signature et cachet si suivi par Mission locale, CAP EMPLOI ou Conseil Départemental

Institut de Formation des Aides-Soignants

Madame PLAISANCE Myriam
Directeur des Soins de l'Institut des Formations Paramédicales IFSI/IFAS
Affaire suivie par Madame HOLTZ Victoria
☎ 03 88 57 71 33
✉ secretariat.ifas@ghso.fr

IFSI IFAS DU GROUPE HOSPITALIER SÉLESTAT OBERNAI
INSTITUT DES FORMATIONS PARAMÉDICALES

La Région Grand Est

Réf SEO T3N4-9
Version 1 du 09/10/2026



DOSSIER DE REMUNERATION

LISTE DES PIECES A FOURNIR
SELON VOTRE SITUATION

Si moins de 26 ans et en poursuite d'études et éligible

☐	Attestation d'obtention de la Bourse de la Région Grand Est **<u>Pour information</u> : dans l'attente de la présentation du dossier à la Commission des bourses, il est impératif de fournir la pré-notification**
☐	RIB pour le remboursement des droits d'inscription En cas d'accord de bourse, selon le mode de paiement, les droits d'inscription sont remboursés • soit à la personne ayant émis le chèque, • soit à l'élève, en cas de paiement en espèces, d'où la nécessité de nous fournir le **RIB de la personne ayant effectué le paiement.**

Si demandeur d'emploi non démissionnaire

☐	Attestation d'Allocation de retour à l'emploi (ARE) et/ou attestation d'Allocation de rémunération de fin de formation (ARFF)

Si salarié (prise en charge sur plan de formation de l'employeur, OPCO, Transition Pro, etc.)

☐	Attestation de prise en charge

Aucune rémunération, cochez la case →	☐

PERFORMANCE EMPLOI

Secteur Sanitaire et Social
DES MÉTIERS D'AVENIR !



Demandeurs d'emploi,
la Région Grand Est vous accompagne en **finançant votre formation** certifiante ou qualifiante dans les métiers des **services à la personne** !

▸formation.grandest.fr

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

À qui vous adresser ?

Dès votre entrée en formation, votre organisme de formation devient votre **contact privilégié**, et **vous accompagne tout au long de votre formation** :

- renseignements relatifs à votre **formation** ;
- informations concernant **les aides** auxquelles vous avez droit ;
- en fonction de votre situation, votre organisme de formation vous met en **lien avec les professionnels qui vous aident** dans votre projet d'insertion (conseiller en évolution professionnelle Mission Locale, Pôle emploi ou Cap emploi).

Quel statut ?

Votre entrée en formation vous confère le statut de **stagiaire de la formation professionnelle**.

Toute personne suivant une formation financée par la Région Grand Est doit être **affiliée à la sécurité sociale**. Vous devez être en mesure de fournir votre numéro d'identification (« Numéro d'Inscription au Répertoire – NIR ») dès le premier jour de la formation.

Quelle rémunération ?

Si vous avez des droits à l'allocation chômage, vous devez les activer. Pôle emploi (ou le régime dont vous dépendez) vous indemnisera au titre de l'**Allocation de retour à l'emploi** (ARE) ou de l'**Allocation de retour à l'emploi formation** (AREF).

Si vous ne pouvez pas prétendre à l'allocation chômage, la Région Grand Est pourra vous attribuer une rémunération*, si la formation que vous suivez le prévoit. La **demande est à faire auprès de votre organisme de formation** qui se chargera de constituer le dossier de demande et de le transmettre à l'Agence de services et de paiements (ASP).

*Le montant de la rémunération est calculé en fonction de votre situation personnelle et conformément aux dispositions du code du travail. Elle est versée mensuellement, par virement bancaire.

Si vous avez plus de 26 ans, l'inscription à Pôle emploi est obligatoire pour que la Région finance votre formation. Vous devez **attester de votre inscription à Pôle emploi** au plus tard le premier jour de votre formation, en fournissant à votre organisme de formation votre « attestation des périodes d'inscription » (que vous pouvez télécharger depuis votre espace personnel sur le site de Pôle emploi).

Si vous avez moins de 26 ans, l'inscription à Pôle emploi n'est pas obligatoire.

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 :
Date inconnue à ce jour.
Un mail d'informations sera envoyé aux apprenants par l'IFAS, dès réception des informations.

Page web Région Grand Est /bourses des formations sanitaire et sociale :
https://www.grandest.fr/vos-aides-regionales/bourse-secteur-sanitaire-social/

CODES D'ACCES A RENSEIGNER SUR LE SITE AVANT LE DEBUT DE LA SAISIE
Pour obtenir le code d'accès spécifique pour l'Institut de Formation des Aides-Soignants du GHSO, nous vous demandons de nous adresser un mail à : secretariat.ifas@ghso.fr, avec pour objet « Code accès Bourse IFAS »

Merci d'indiquer votre NOM et PRENOM et nous vous communiquerons le code d'accès par retour de mail.

La Région Grand Est vous rend attentif au fait que le code d'accès est **confidentiel** et destiné uniquement aux apprenants inscrits et qui seront effectivement entrés en formation en février 2027.

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*)

- ✓ Date d'entrée en formation pour l'année scolaire à venir 2026/2027 : **08/02/2027**
- ✓ Date de fin de formation pour l'année scolaire à venir 2026/2027 : **16/07/2027**
- ✓ Volume horaire pour un cursus partiel : **686 heures (BAC PRO ASSP 2022)**
  ou 721 heures (BAC PRO ASSP 2011)

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..)

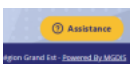
✓ La bourse n'est pas cumulable avec un contrat d'apprentissage, un contrat de professionnalisation, un Congé Individuel de Formation (CIF)ou une rémunération liée au statut de stagiaire de la formation professionnelle.

✓ La bourse n'est pas cumulable avec un **contrat d'allocation d'études**

Pour toutes questions sur l'instruction de votre dossier, vous pouvez joindre le service des formations sanitaires et sociale

brss@grandest.fr

Tel : 03 87 54 32 01 (permanence tous les jours de 09h à 13h)

S'il s'agit d'un problème technique, cliquer sur le bouton assistance en bas à droite de l'écran 

Institut de Formation des Aides-Soignants

Madame PLAISANCE Myriam
Directeur des Soins de l'Institut des Formations Paramédicales IFSI/IFAS
Affaire suivie par Madame HOLTZ Victoria
☎ 03 88 57 71 33
✉ secretariat.ifas@ghso.fr

IFSI IFAS DU GROUPE HOSPITALIER SÉLESTAT OBERNAI
INSTITUT DES FORMATIONS PARAMÉDICALES

La Région Grand Est

Réf SEO T3N4-9
Version 1 du 09/10/2026



DOSSIER MEDICAL

LISTE DES PIECES A FOURNIR

☐	Certificat médical d'aptitude (complété par un médecin agréé ARS) selon modèle du dossier médical
	Attestation médicale d'immunisation complétée par le médecin traitant selon modèle du dossier médical :
☐	Vaccination DTP Coqueluche
☐	Vaccination Hépatite B
☐	Sérologie anticorps anti HBS, anti HBC et antigène HBS
☐	Tubertest de - 3 mois - résultat en millimètre (si è 15 mm cf. mémento)
☐	Copies des tableaux de vaccinations du carnet de santé
☐	Compte-rendu de la radiographie pulmonaire de moins de 3 mois
☐	**POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP** Attestation de la MDPH indiquant les aménagements à mettre en place pour la formation ou le document « Demande d'aménagement des conditions de passage des épreuves aux examens pour les candidats / élèves / étudiants en situation de handicap » **demandé par l'apprenant à l'Institut**, complété et signé par le médecin de la MDPH. **Cf. notice sur notre site internet www.cfpp-selestat.fr / onglet « Aides-Soignants » / Rubrique « Rentrée » / Fichier attaché « Notice d'information – Aménagement des épreuves (sélection et formation) – candidat présentant un handicap »**

MEMENTO

Attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires

Dans le cadre de l'instruction n° DGS/RI1/RI2/201421 du **21/01/2014** relative aux modalités d'application de l'arrêté du 02/08/2013 fixant les conditions d'immunisation des élèves infirmiers pour l'hépatite B (article L 3111-4 du code de santé publique et décrets d'application).
Dans le cadre du nouveau calendrier vaccinal 2013 Page 43 chapitre 3.6 disposition des articles L.3111-4 et L.3112-1 du code de santé publique sur les vaccinations obligatoires (art.R.4626-25 du code du travail)
Voici un résumé des vaccinations obligatoires pour l'entrée des étudiants/élèves à l'IFSI/IFAS. Il est maintenant nécessaire aux étudiants/élèves lors de leur 1er stage en services de soins d'être vaccinés et d'avoir une preuve d'immunité acquise pour l'hépatite B ;

DIPHTERIE TETANOS POLIO

Dernier DTP ou DTP ou DTcaP avec date d'injection et n° de lot : à jour.

HEPATITE B

Réalisation **systématique d'une sérologie** comprenant le dosage des Ac anti HBs **et** Ac anti HBc ainsi que le dosage des antigènes HBs.

Schéma vaccinal de trois injections à M1 M2- et rappel à 6 mois.
Puis prescrire le dosage des Ac anti HBs et Ac anti HBc (idéalement 06 à 08 semaines après la 3ème injection hépB)

En synthèse :

- Pour les étudiants/élèves ayant au moins 2 doses de vaccins : réaliser une sérologie (Ac antiHBs, Ac anitiHBc et Ag HBs)
  - ✓ Si Ac antiHBs > 100 U/l : pas de dose complémentaire
  - ✓ Si Ac antiHBs < 100 U/l : réaliser une 3ème dose après la pénurie et réaliser une sérologie 8 semaines après.
- Pour les étudiants/élèves ayant eu 0 ou 1 dose de vaccin : compléter à 2 doses (vaccin disponible à la pharmacie de l'hôpital, préciser statut étudiant IFSI ou élève IFAS sur l'ordonnance) et faire une sérologie 8 semaines après la 2ème dose.

ATTENTION :
Il est IMPERATIF d'avoir eu au moins 2 doses du vaccin hépatite B au plus tard 1 mois avant l'entrée en stage.

COVID-19

La vaccination contre la Covid 19 n'est plus obligatoire mais fortement recommandée.
Si l'étudiant présente un schéma vaccinal complet, fournir le certificat médical UE complet.

MéNINGOCOQUE C

Conformément à l'avis du 9 décembre 2016, la vaccination contre le **méningocoque** de sérogroupe **C** est recommandé pour les étudiants/élèves de moins de 24 ans

Le schéma vaccinal comporte une dose unique de vaccin monovalent méningococcique C.

TUBERCULOSE

- veuillez réaliser un Tubertest 5U à 0,1 ml en intradermique avec **lecture QUANTITATIVE de l'induration à 72 heures exprimée en millimètres**. Cette base en mm servira de *test de référence* à l'étudiant/élève en cas de contact INDEX avec une tuberculose contagieuse sur son terrain de stage.

IL DOIT ÊTRE REALISE **MOINS DE 3 MOIS** AVANT L'ENTREE A IFAS.

Pour tout tubertest ≥ à 15 mm avec BCG antérieur faire un dosage de quantiféron + demander un avis pneumologique spécialisé si nécessaire. (Centre de Lutte Anti-Tuberculeuse – CLAT – 5 rue Messimy à COLMAR 03.89.30.67.64)

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 1er 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

LISTE DES LIEUX OU REALISER LES TESTS TUBERCULINIQUES

<table>
<tr><td colspan="3">SECTEUR DE SELESTAT
UTAMS – 3 RUE LOUIS LANG 67600 SELESTAT Infirmière : Fabienne DRAGONI Téléphone : 07 86 58 23 54</td></tr>
<tr><td>SECTEUR DE STRASBOURG
Centre de dépistage de la tuberculose
3 RUE DE SARRELOUIS
67000 STRASBOURG
Téléphone secrétariat : 03 68 33 87 50</td><td>SECTEUR DE SAVERNE
UTAMS
39 RUE DE DETTWILLER
67700 SAVERNE
Infirmière : Bérangère DE GRANDPRE
Téléphone : 06 29 10 34 93</td><td>SECTEUR DE HAGUENAU
UTAMS
11 BOULEVARD DE L'EUROPE
67500 HAGUENAU
Infirmier : Mathieu SZALATA
Téléphone : 06 17 43 22 79</td></tr>
<tr><td>SECTEUR DE MOLSHEIM
UTAMS
16 B RUE GASTON ROMAZZOTTI
Bâtiment le Veyron
67120 MOLSHEIM
Infirmière : Véronique WEBER
Téléphone : 06 84 77 94 85</td><td>SECTEUR DE COLMAR
CLAT
5 RUE MESSIMY
68000 COLMAR
Infirmière : Gisèle MASSON
Téléphone : 03 89 30 67 65</td><td>SECTEUR DE MULHOUSE
Centre Médico-Social Fonderie
67 RUE DU MENAGE
68100 MULHOUSE
Infirmière : Muriel BRINCKERT
Téléphone : 03 89 36 64 06</td></tr>
</table>

IFSI IFAS DU GROUPE HOSPITALIER SÉLESTAT OBERNAI – INSTITUT DES FORMATIONS PARAMÉDICALES	**CERTIFICAT MEDICAL**	Réf SEO :	T3N4-9
		Version :	V 1
		Date :	09/10/2026

Ce certificat doit OBLIGATOIREMENT être délivré par un médecin agréé dont la liste est consultable sur le site :
https://www.grand-est.ars.sante.fr/annuaires-des-professionnels-et-etablissements

Je soussigné(e), Docteur _____

atteste que :

Civilité : ☐ Madame ☐ Monsieur

Nom - Prénom : _____

Né(e) le : _____ / _____ / _____ **à** : _____

présente les aptitudes physiques et psychologiques nécessaires à l'exercice de la profession d'Aide-Soignant

Fait à _____ le _____ / _____ / _____

Signature **du médecin agréé par l'ARS** Cachet lisible

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

CETTE ATTESTATION EST A REMPLIR PAR VOTRE MEDECIN TRAITANT ET A REMETTRE AU CENTRE DE FORMATION

Compléter impérativement les dates en précisant JJ/MM/AA

CETTE ATTESTATION EST A REMPLIR PAR VOTRE MEDECIN TRAITANT ET A REMETTRE A L'INSTITUT DE FORMATION

Nom de l'étudiant / élève : _____

Nom de naissance : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____/ _____ /_____ Âge : _____

VACCINS OBLIGATOIRES

DIPHTÉRIE-TÉTANOS-POLIO-COQUELUCHE (DTPC)

1ère injection le : …. /…. /…..
2ème injection le : …. /…. /…..
3ème injection le : …. /…. /…..

1er Rappel : …. /…. /….. Âge :
2ème Rappel : …. /…. /….. Âge :
3ème Rappel : …. /…. /….. Âge :
4ème Rappel : …. /…. /….. Âge :
5ème 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.

☐ Est vacciné(e) contre l'hépatite B ***(compléter le tableau ci-dessous)***

Date	
3 injections	Rappels

Schémas valides :
- Soit : M0-M1 puis Rappel à M6 (réalisé avant l'entrée en stage)
- Soit : M1-M1-M2 puis rappel à M12
- Soit schéma rapide : J0-J7-J21 puis rappel à M12

L'entrée en stage, prévue le 05/10/2026, n'est possible qu'avec 3 injections au minimum, réalisées sur l'un des schémas valides.

☐ Contrôle sérologique obligatoire après le schéma de promovaccination

Date de la sérologie : _____ / _____ / _____ ***(fournir la copie du laboratoire)***
Résultats : _____ UI/l : _____

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 MÉDECIN AGRÉE RÉFÉRENT ARS		

VACCINS RECOMMANDÉS

☐ Date du **BCG** : _____ / _____ / _____

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 1er 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.

☐ **Tubertest** récent (< 12 mois) Date : _____ / _____ / _____ *(fournir le résultat)*
Pour tout tubertest ≥ à 15 mm faire un dosage de quantiféron® et demander un avis pneumologique spécialisé si nécessaire

☐ A contracté la **varicelle** *(entourer la mention utile)* OUI NON INCONNU

☐ Autres vaccinations (compléter le tableau ci-dessous) :

Vaccins	Oui / Date	Non
Rougeole – Oreillons – Rubéole (2 injections)		
Rougeole		
Rubéole		
Varicelle		
Coqueluche		
Hépatite A		
Grippe (annuellement)		
Infections à méningocoques (rattrapage ACWY de 15 à 24 ans)**		

***Méningites et septicémies à méningocoques | Vaccination Info Service*

ATTENTION :
Le certificat d'aptitude de l'élève ou de l'étudiant 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 suivantes :

Fait à _____ le _____/ _____ / _____

SIGNATURE DU MEDECIN : **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

VACCINATION INFO SERVICE.FR
Le site de référence qui répond à vos questions
Santé publique France