

Institut de Formation  
d'Aide-Soignant

Direction

Rodolphe GUERIN

Brigitte DEVANNEAUX

Secrétariat

Cynthia MANZKE

05.45.24.25.34

[ifas.cha@ch-angouleme.fr](mailto:ifas.cha@ch-angouleme.fr)

Formateurs

Sandrine AUGRAND

Delphine BRUSTEAU

Valérie COUTILLARD

Virginie GENDRINEAU

Véronique GOUBAND

Nadine PALARD

## FORMATION D'AIDE-SOIGNANT

### Dossier d'inscription à la promotion Janvier 2026 à Décembre 2026

Madame, Monsieur,

Vous avez été retenu(e) pour intégrer l'IFAS du Centre Hospitalier d'Angoulême avec la promotion de Janvier à Décembre 2026.

Votre admission sera définitive lorsque vous nous aurez fourni les pièces de la liste jointe aux dates demandées, par voie postale à l'adresse suivante :

IFAS du CH Angoulême  
Rond-Point de Girac – CS 55015 St Michel  
16959 ANGOULEME CEDEX 9

Ou directement au Campus Santé, à l'adresse suivante :

Campus Santé La Couronne  
IFAS du CH Angoulême  
85 route de Breuty 16400 LA COURONNE  
9h00/12h00 – 13h30/16h30



>> La pré-rentrée est programmée le vendredi 09 janvier 2026 de 9h30 à 12h30.

>> La rentrée est prévue pour tous le lundi 12 janvier 2026 à 9h00.

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, nos sincères salutations.

DEVANNEAUX Brigitte  
Directrice Adjointe



## Pièces à fournir

### ○ **Dossier Administratif à transmettre avant le 05 décembre 2025 (voie postale ou sur site) :**

- Les fiches de renseignements complétées (*cf. fiches jointes*)
- 2 exemplaires de la photocopie de votre pièce d'identité recto/verso en cours de validité
- 2 exemplaires de la copie de votre attestation de participation à la journée de défense et de citoyenneté (JDC) pour les élèves nés à partir de 2000
- Une photo d'identité avec le nom de naissance + nom d'usage et prénom au dos de celle-ci
- L'autorisation de publications (*cf. fiche jointe*) pour l'utilisation du nom lors de la publication des résultats sur internet et utilisation de l'adresse électronique et téléphone pour statistiques.
- Photocopie de l'Attestation Formation aux Gestes et Soins d'Urgence (AFGSU) de niveau 1 et/ou 2 pour les élèves l'ayant déjà obtenu

#### Pour le financement de la formation :

- Pour les demandeurs d'emploi : une notification des droits en cours de France Travail ou employeur public
- Pour les étudiants en poursuite de scolarité : un certificat de scolarité de l'année N-1
- Pour les salariés pris en charge par leur employeur : une attestation de prise en charge
- Pour les élèves en apprentissage ou contrat de professionalisation : copie du contrat d'apprentissage ou promesse d'embauche de l'employeur



Chaque apprenant devra s'acquitter de **frais d'inscription à hauteur de 100 €**, chèque à établir à l'ordre du Trésor Public (transmis avec le coupon-réponse pour les candidats reçus à la sélection ou avec le présent dossier d'inscription pour les autres parcours – promotion professionnelle, revalidant, reprise de formation, élève post VAE...).

**Seuls les élèves en apprentissage sont dispensés des frais d'inscription.**

### ○ **Dossier médical à remettre le 09 janvier 2026 (lors de la pré-reentrée - à remettre sous enveloppe précisant vos nom, prénom et date de naissance) :**

Votre dossier médical sera validé par le Service de Santé au Travail du CH Angoulême. Il doit contenir :

- Un certificat médical établi obligatoirement par un médecin agréé de l'ARS attestant que le candidat n'est atteint d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession Aide-Soignant (visite non remboursée par la sécurité sociale – liste consultable sur le site web de l'ARS de votre département)  
**>> OBLIGATOIRE POUR INTEGRER LA FORMATION**
- La fiche médicale dûment complétée par un médecin, accompagnée de la copie de la sérologie de l'Hépatite B. Les sérologies ROR et varicelle sont à fournir en l'absence de vaccination ou d'antécédent de maladie  
**>> OBLIGATOIRE POUR DEBUTER LES STAGES**

Les candidats admis doivent impérativement télécharger le mémo destiné aux professionnels de santé, et le remettre au professionnel chargé de la vérification ou de la mise à jour de leur schéma vaccinal.

L'accès aux stages est strictement conditionné au respect des obligations vaccinales en vigueur.

L'institut ne pourra être tenu responsable en cas d'impossibilité de départ en stage liée à l'absence ou à la non-conformité du statut vaccinal de l'étudiant.

L'institut n'est pas en mesure de rechercher des terrains de stage au cas par cas, selon la situation vaccinale individuelle  
**Le respect des obligations vaccinales conditionne l'accès aux stages, et donc la poursuite de la formation.**

Adresse géographique : 85 route de Breuty 16400 LA COURONNE

Adresse postale : Rond-Point de Girac – CS 55015 Saint-Michel – 16959 ANGOULEME CEDEX 9

[ch-angouleme.fr](http://ch-angouleme.fr)

N°SIRET - 26160034000218

## Fiche de renseignements

Promotion Janvier 2026

Merci d'écrire lisiblement

Nom de naissance : .....

Nom d'usage : .....

Prénoms : ..... Autres prénoms : .....

Adresse actuelle : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Portable : .....

Adresse durant la formation (si différente de l'adresse actuelle) : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Adresse mail : ..... @ .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Lieu de naissance : .....

Nationalité : ..... Sexe : ..... (F pour féminin - M pour masculin)

Date d'inscription France Travail : ..... N° d'identifiant : .....

Immatriculation Sécurité Sociale : ..... Caisse : .....

**Diplômes ou titres acquis (préciser l'année) :**

- Pour les passerelles ASSP, SAPAT, DEA, DEAP, DEAES, AVF, AMP, ARM, ASMS > merci de fournir une copie avec le présent dossier

INTITULÉS	Date obtention JJ/MM/AA

Dernière classe suivie : .....

## Parcours de stage

Ce document sert à anticiper la programmation de votre parcours de stage

**Nom de naissance :** .....

Promotion Janvier 2026

**Nom d'usage :** ..... **Prénom:** .....

Cursus Complet  ASHQ  Employeur : ..... Passerelle  diplôme : .....

ASHQ

**Employeur :** .....

## Passerelle

**diplôme :** .....

**Age :** .....

**Permis de conduire :**  Oui  Non

**Si non, délai prévu pour l'obtention : .....**

Véhicule :  Oui  Non

**Si non, délai prévu pour l'obtention : .....**

**Adresse durant la formation :** Ville : ..... **Code postal :** .....

**Distance en km entre l'adresse durant la formation et l'IFAS :** .....

#### Expériences professionnelles dans le milieu de la Santé (en tant que salarié ou stagiaire)

>> toutes les expériences en structure sanitaire ou médico-sociale sont à indiquer

## Autorisation de publications

Promotion Janvier 2026

Je soussigné(e) :

**Nom de naissance :** .....

**Nom d'usage :** .....

**Prénom :** .....

Adresse mail : .....

Numéro de téléphone : .....

	<b>Utilisation de mon <u>NOM</u> lors de la publication des résultats sur internet</b>	<b>Utilisation de mon <u>ADRESSE ELECTRONIQUE</u> pour statistiques</b>	<b>Utilisation de mon <u>N° de TELEPHONE</u> pour statistiques</b>
<u><b>AUTORISE</b></u>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

	<b>Utilisation du <u>DROIT A L'IMAGE</u> pour publication sur site Internet de l'établissement, Page Facebook, Forum et site interne (Sésame, ...)</b>
<u><b>AUTORISE</b></u>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Fait à Angoulême, le .....

Signature

## Matériel

## Infos diverses

Afin de pouvoir réaliser des exercices et tests en ligne sur le site et/ou suivre la formation en distanciel (temps théorique réalisé en dehors de l'institut), il est indispensable que vous soyez équipés **d'outils informatiques avec une bonne connexion** (téléphone, ordinateur, tablette, imprimante....)

## Plateforme d'enseignement : FORMEIS et E-Notitia

Vous allez bénéficier de **plateformes d'enseignement** pour vous accompagner pour la durée de votre formation (informations diverses, suivi de votre dossier médical, planning des cours, trame de travail, support de cours...)

Vous recevrez ultérieurement vos codes d'accès sur l'adresse de messagerie communiquée sur la fiche de renseignement (Attention à surveiller vos emails indésirables)

## Responsabilité civile professionnelle (*assurance obligatoire*)

Dans le cadre de vos études paramédicales, vous devrez souscrire une **responsabilité civile professionnelle** pour vous couvrir lors de vos périodes de stage.

**Plus d'informations et formulaire d'inscription à venir de nos partenaires MNH, GMF, MGEN >> présence prévue sur le Campus Santé le jour de la pré-rentrée.**

## Bilan de positionnement

Conformément à l'arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, nous devons procéder à **un test de positionnement**.

Vous serez informé ultérieurement de la période et des modalités pour effectuer ce test **obligatoire**.

## Situation de handicap

**Si vous êtes en situation de handicap**, nous vous invitons à nous le faire savoir afin que nous envisagions ensemble les adaptations nécessaires au suivi de la formation (justificatif à fournir et échange à formaliser avec les référents Handicap de l'IFAS).

Contact : [referenthandicap.ifas@ch-angouleme.fr](mailto:referenthandicap.ifas@ch-angouleme.fr)

Vous êtes concernés si vous êtes :

- Bénéficiaire d'une Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH)
- Victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ayant entraîné un Incapacité Permanente Partielle (IPP) au moins égale à 10%
- Titulaire d'une pension d'invalidité ou d'une carte d'invalidité
- Bénéficiaire de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH)
- Bénéficiaire d'une Allocation Temporaire d'Invalidité (ATI)
- Sapeur-pompier volontaire titulaire d'une allocation/rente
- En situation de handicap non reconnue à ce jour mais que vous pensez avoir besoin d'aménagements spécifiques

Veuillez patienter  
nous boostons  
votre système  
immunitaire



#JeMeVaccine  
#JeNousProtège



# ETUDIANT EN SANTE

## Fiche médicale à valider par un médecin

<p>Filière universitaire :</p> <p><input type="checkbox"/> Médecine <input type="checkbox"/> Odontologie <input type="checkbox"/> Pharmacie <input type="checkbox"/> Sage-femme</p> <p>ou</p> <p>Institut de formation :</p> <p>..... .....</p>	<p>NOM : .....</p> <p>Prénom : .....</p> <p>Tél. : .....</p> <p>Département de naissance : .....</p> <p>Code postal résidence : .....</p>	<p>NOM de naissance : .....</p> <p>Date de naissance : .... / .... / .....</p> <p>Email : .....</p> <p>Commune de naissance ou pays si né(e) à l'étranger : .....</p>
---	---	---

Avant votre entrée en formation, vous devez apporter la preuve que vous êtes vacciné(e) contre différentes maladies.

**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 un médecin. Cette fiche devra être communiquée, avec les résultats\*\* sérologiques réalisés (au minimum anticorps anti-HBs et anticorps anti-HBc), en même temps que votre dossier d'inscription selon les modalités décrites par l'établissement.**

### Diphhtérie-Tétanos-Polio (dTTP)\* / Diphhtérie-Tétanos-Polio-Coqueluche (dTTPca)

Faire un rappel dTPca si un vaccin coqueluchéux n'a pas été administré dans les 5 dernières années.

Puis rappels dTPca à âge fixe (25, 45 et 65 ans).

#### Dernier rappel dTP

Date : .... / .... / ....

Nom : .....

#### Dernier rappel dTPCa

Date : .... / .... / ....

Nom : .....

### Hépatite B\*

#### Conditions d'immunisation valides :

Ac anti-HBs > 100 UI/l (quels que soient l'historique vaccinal et l'ancienneté des résultats)

Ac anti-HBs ≥ 10 UI/l et Ac anti-HBc négatif et schéma vaccinal complet

Autres situations : cf. Mémo « Professionnel de santé en charge des vaccinations des étudiants en santé »

#### Schémas complets valides :

- 3 doses (2 doses à au moins 1 mois d'intervalle, 3e dose au moins 5 mois après la 2e)
- Schéma accéléré (adultes) : 3 doses en 21 jours puis rappel à 1 an
- Schéma administré dans l'adolescence (entre 11 et 15 ans) : 2 doses espacées de 6 mois d'un vaccin dosé à 20 µg

Veuillez patienter  
nous boostons  
votre système  
immunitaire



#JeMeVaccine  
#JeNousProtège



RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE  
Liberté  
Égalité  
Fraternité

ars  
Agence Régionale de Santé  
Nouvelle-Aquitaine

## ETUDIANT EN SANTE

### Fiche médicale à valider par un médecin

Joindre résultats de sérologie\*\* et indiquer les dates de vaccination (quels que soient les résultats de sérologie) :

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

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

- Troisième dose => Date : .... / .... / .... Nom : .....

#### - Injections supplémentaires :

Date : .... / .... / .... Nom : .....

Date : .... / .... / .... Nom : .....

Date : .... / .... / .... Nom : .....

## Rougeole Oreillons Rubéole (ROR)

**Personnes nées depuis 1980** : 2 doses recommandées, à 1 mois d'intervalle quels que soient les antécédents pour ces 3 maladies (ou 3 doses si 1<sup>ère</sup> dose de vaccin reçue avant l'âge de 12 mois)

**Personnes nées avant 1980** : 1 dose si pas d'antécédent rougeole ou doute (sans contrôle sérologie préalable).

#### Personnes nées depuis 1980

Première dose : Date : .... / .... / ..... Nom : .....

Deuxième dose : Date : .... / .... / ..... Nom : .....

#### Personnes nées avant 1980

Antécédent rougeole : Oui /Non

Si Non : Date vaccination : .... / .... / ..... Nom : .....

## Varicelle

### Vaccination avec 2 doses en absence d'antécédent varicelle (ou doute) et sérologie négative

Antécédent varicelle : Oui /Non

Si Non :

Sérologie positive : Joindre le résultat\*\*

Sérologie négative : dates des vaccinations :

Première dose : Date : .... / .... / ..... Nom : .....

Deuxième dose : Date : .... / .... / ..... Nom : .....

Veuillez patienter  
nous boostons  
votre système  
immunitaire



#JeMeVaccine  
#JeNousProtège



# ETUDIANT EN SANTE

## Fiche médicale à valider par un médecin

### Infections invasives à méningocoques (IIM) ACWY et B

**ACWY : 1 dose recommandée entre 11 et 14 ans avec un rattrapage jusqu'à 24 ans inclus en population générale**

**B : 2 doses entre 15 et 24 ans en population générale**

Date vaccination Men ACWY : .... / .... / ..... Nom : .....

Première dose Men B : .... / .... / ..... Nom : .....

Deuxième dose Men B : .... / .... / ..... Nom : .....

### Tuberculose

**Vaccination : non obligatoire depuis le 1er avril 2019**

**IDR (Intra Dermo Réaction) : Il n'est pas obligatoire de disposer d'un résultat d'IDR.**

Toutefois, le médecin pourra proposer à l'étudiant, en l'absence d'examen de référence, de réaliser ce test (ou une IGRA, préférentielle chez les sujets vaccinés par le BCG) car le résultat peut servir de référence en cas de contagé ultérieur et de détection d'ITL, particulièrement chez les étudiants originaires de zones d'endémie ou de forte circulation et étant en France depuis moins de 5 ans. À noter, la réalisation d'IDR est à éviter dans le mois suivant une vaccination ROR.

Si existence d'un résultat d'IDR connu, même ancien, et mesuré en mm, celui-ci doit être indiqué avec la date de réalisation.

Si informations disponibles, indiquer :

Date de la vaccination : .....

Date dernière IDR et résultat (en mm) : .....

Date IGRA de référence et résultat : .....

\* Vaccination obligatoire

\*\* Preuves d'immunisation jointes sous pli confidentiel

Je, soussigné(e) Dr ..... certifie que les renseignements inscrits ci-dessus sont exacts.

Fait le : .... / .... / .....

**Signature et cachet du praticien :**