	<b>DOSSIER MEDICAL</b> <b>Instituts de Formations Paramédicales</b>	<b>Direction des IFPM du</b> <b>GHT Ile-de-France Sud</b>  ES/IFPM/ADM/141/B
		Page 1/6
Date de creation : 03/12/2020	Nadia PECQUENARD Responsable de la gestion documentaire IFPM : 03/12/2020	Date d'application : 09/12/2020

Indice	Objet –	Rédacteur	Vérificateur	Approbateur
B	Modification	Séloua LAOUARI Adjointe à la Directrice  03/12/2020 <b>SIGNE</b>	Nadia PECQUENARD Responsable Qualité    DF    <b>SIGNE</b>	Marie-Paule SAULI Directrice des IFPM  09/12/2020 <b>SIGNE</b>

## FORMATION

- AIDE-SOIGNANT
- AUXILIAIRE DE PUÉRICULTURE
- INFIRMIER

## L'ETUDIANT(E) / L'ELEVE

**NOM de naissance :** .....

**Prénom :** .....



Ces certificats sont à fournir obligatoirement.

Ils valident votre entrée en formation et votre affectation en stage.

## RAPPEL

L'admission définitive est subordonnée :

### ***Pour la formation aide-soignante et auxiliaire de puériculture\* :***

- 1) A la production, **au plus tard le jour de la rentrée**, d'un certificat médical émanant d'un médecin agréé attestant que le candidat n'est atteint d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession à laquelle il se destine ;
- 2) A la production, **au plus tard le jour de la rentrée**, d'un certificat médical attestant que l'élève remplit les obligations d'immunisation et de vaccination prévues le cas échéant par les dispositions du titre Ier du livre Ier de la troisième partie législative du code de la santé publique.

### ***Pour la formation en soins infirmiers :***

- 1) A la production, **au plus tard le premier jour de la rentrée**, d'un certificat établi par un médecin agréé attestant que l'étudiant ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession ;
- 2) A la production, **au plus tard le jour de la première entrée en stage**, d'un certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France.

### ***Pour toutes les formations :***

**Le schéma vaccinal complet contre le COVID19 incluant la dose de rappel est obligatoire dès le 1<sup>er</sup> jour d'entrée en formation.**

\* Article 8 ter de l'arrêté du 7 avril 2020 modifié relatif aux modalités d'admission aux formations conduisant aux diplômes d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture.

\*\*Article 91 de l'arrêté du 21 avril 2007 modifié par l'arrêté du 10 juin 2021 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicales.

## RAPPEL pour l'élève et ou l'étudiant

+ Etre immunisé(e) contre Diphtérie Tétanos Poliomyélite (DTP)

+ Etre immunisé(e) contre l'Hépatite B

+ Concernant la Tuberculose

*Le décret n° 2019-149 du 27/02/2019 a suspendu l'obligation vaccinale par le BCG pour les étudiants et les professionnels des métiers de santé. Le test tuberculinique de référence reste toutefois maintenu.*

+ Avoir bénéficié d'une IDR à 5UI de tuberculine : Tubertest (datant de moins de trois mois)

+ Concernant les vaccinations recommandées

✓ ROUGEOLE

✓ VARICELLE

✓ HEPATITE A



**CERTIFICAT MÉDICAL ETABLI PAR VOTRE MEDECIN TRAITANT  
POUR L'ADMISSION EN INSTITUT DE FORMATION PARAMEDICAL**

Je soussigné (e), docteur .....

Atteste que M .....

Né(e) le .....

Répond aux obligations vaccinales des professionnels de santé

OUI

NON

Est apte physiquement et psychologiquement à effectuer les stages en lien avec son projet de formation, quel que soit la structure.

OUI

NON

Remis en mains propres à l'intéressé(e) pour faire valoir ce que de droit

Fait le :

A :

Signature et cachet du praticien



**CERTIFICAT MÉDICAL ETABLI PAR UN MEDECIN AGREE  
POUR L'ADMISSION EN INSTITUT DE FORMATION PARAMEDICAL**

Le médecin agréé juge de l'opportunité ou avis complémentaires pour déterminer sa décision médicale.

Je soussigné, docteur .....

Médecin agréé par la préfecture du département .....

Exerçant à .....

Certifie que

M.....

Né(e) le .....

Demeurant à .....

Présente les aptitudes physiques et psychologiques nécessaires à l'exercice de la profession de :

Aide-Soignant

Auxiliaire de Puériculture

Infirmier

Fait le ..... à .....


Signature et cachet du praticien

Lien pour obtenir la liste des médecins agréés de votre département :

<http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Liste-des-medecins-agrees>





	<b>FICHE HANDICAP</b> (à remplir si nécessaire)  <b>Instituts de Formations Paramédicales</b>	Direction des IFPM du GHT Ile-de-France Sud  ES/IFPM/ADM/182/A
		<b>MAJ : 16/03/2023</b> Page 9/11
Date de creation : 23/03/2022	Nadia PECQUENARD Responsable de la gestion documentaire IFPM : 23/03/2022	Date d'application : 24/03/2022

Indice	Objet –	Rédacteur	Vérificateur	Approbateur
A	Création	C. FOURMENT Directeur des Soins Coordinatrice Générale des Instituts de Formations Paramédicales du CHSF  A.DUFOUR Assistante de Direction  Séloua LAOUARI Gestionnaire des Risques  23/03/2022 <b>SIGNE</b>	Nadia PECQUENARD Responsable Qualité  Séloua LAOUARI Gestionnaire des Risques  24/03/2022 <b>SIGNE</b>	S. LAOUARI Adjointe à la directrice des IFPM  24/03/2022 <b>SIGNE</b>



**Joindre impérativement à cette fiche, le justificatif de la MDPH  
 Et/ou un bilan orthophonique de moins de 2 ans  
 Pour la formation aide-soignant et auxiliaire de puériculture**

### IDENTITE

NOM de naissance : .....

Prénom : .....

Formation :     Soins infirmiers                       Manipulateur d'électroradiologie médicale  
                           Aide-soignante                                       Auxiliaire de puériculture

Téléphone : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Mail : .....@.....

Date de la demande : ..... / ..... / .....

Signature :

## HANDICAP



Moteur



Visuel



Auditif



Mental

Trouble de l'apprentissage :

## ANALYSE DU BESOIN ET DE FAISABILITE POUR L'ACCES A LA FORMATION

L'organisme peut-il adapter sa prestation selon le type de handicap ?			
Types d'aménagements	Oui	Non	Si oui, quelle(s) solution(s) apporter :

## CONCLUSION

Admission en formation

Réorientation

Organisme : .....

Tél : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Mail : .....@.....

## IDENTIFICATION DES AMENAGEMENTS / ADAPTATIONS MISE EN PLACE

Aménagements / Adaptations à mettre en place	Pilotes interne	Aide externe

Suivi des aménagements mis en place

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

Est-ce que les aménagements mis en place ont été efficaces ?

OUI

NON

Si non, pourquoi ? : .....

.....

.....

Quelles autres solutions peuvent être mise en place ?

Aménagements / Adaptations à mettre en place	Pilotes interne	Aide externe

Bilan des aménagements mis en place

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

Est-ce que les aménagements mis en place ont été efficaces ?

OUI

NON

Si non, pourquoi ? : .....

.....

.....

Quelles autres solutions pourraient être mise en place ?

.....

.....

.....