	<h1>NOTICE D'INFORMATIONS</h1> <h2>PARCOURS SPECIFIQUE POUR LES AIDES SOIGNANTS EXPERIMENTES</h2> <h3>Rentrée d'Avril 2024</h3>	Direction des IFPM du GHT Ile-de-France Sud
Date de creation :	Nadia PECQUENARD Responsable de la gestion documentaire IFPM :	Page 2/1 Date d'application :

Ce parcours spécifique est destiné à des aides-soignants salariés expérimentés dont le but est de leur permettre de bénéficier d'une dispense totale et automatique de la 1ère année de formation en soins infirmiers.

Aussi, les candidats AS qui répondent aux conditions requises ci-dessous doivent dès à présent informer leur encadrement de leur volonté de s'inscrire dans ce parcours s'ils réussissent la sélection FPC ou s'ils sont en situation de report de la sélection FPC.

En effet, l'établissement de santé doit s'engager dans le processus de validation de l'admission au parcours spécifique. Sous conditions, il pourra accueillir le candidat pour le stage prévu dans le parcours spécifique.

D'autre part, l'établissement de santé qui finance la formation devra désigner un infirmier tuteur en charge de l'accompagnement de l'agent durant les 27 mois de formation qui se dérouleront en deux temps : 3 mois de parcours spécifique puis 24 mois de scolarité.

Prérequis pour intégrer le parcours spécifique pour les aides-soignants expérimentés :

- Être volontaire pour intégrer le parcours de formation
- Disposer d'une expérience professionnelle en qualité d'aide-soignant d'au moins trois ans à temps plein sur la période des cinq dernières années à la date de sélection, dans des conditions d'exercices variées
- Avoir été sélectionné par la voie de la formation professionnelle continue (FPC) sur l'année N ou N-1
- Être spécifiquement retenus et financés par leur employeur pour suivre ce parcours

ETAPE 1 : Evaluation des acquisitions au regard de l'expérience professionnelle

L'aptitude à suivre le parcours spécifique est déterminée au travers du **Livret de positionnement phase 1** et d'un entretien avec le cadre de santé infirmier en charge de l'évaluation annuelle du candidat, et d'un cadre de santé infirmier formateur référent de l'IFSI.

Les étapes sont les suivantes :

1. Le candidat doit renseigner le Livret de positionnement phase 1 mis à disposition au moins 15 jours avant l'entretien. Ce livret permet le repérage des compétences acquises et des compétences à développer au cours de ce parcours spécifique. L'AS devra y renseigner son parcours professionnel et de formation et s'autoévaluer sur les attendus de fin de 1^{er} année de formation en soins infirmiers en lien avec les compétences 1, 2, 4, 5, 7 du référentiel infirmier. Le livret de positionnement est envoyé par mail au candidat dès réception de son dossier d'inscription.
2. Le candidat doit remettre le livret à l'IFSI, 3 jours au moins avant l'entretien de la phase 1 avec le cadre de santé infirmier en charge de l'évaluation annuelle du candidat et le cadre de santé infirmier formateur de l'IFSI.
Remise en présentiel le 4 mars 2024 à 13h30 lors du temps de présentation du parcours aux candidats.
3. L'entretien, d'une durée de 1 heure, est centré sur des situations concrètes, des exemples précis illustrant l'expérience professionnelle de l'aide-soignant pour expliciter son autoévaluation : il s'agit de déterminer si le candidat a acquis les bases suffisantes sur les 5 compétences ciblées et a le potentiel nécessaire pour intégrer le parcours spécifique au travers de son expérience professionnelle. Lors de l'entretien, le candidat avec le cadre de santé infirmier et le cadre de santé infirmier formateur renseignent la partie « repérage des éléments acquis au regard des compétences ciblées (1, 2, 4, 5, 7) dans le parcours spécifique.
4. Si les éléments des compétences et des prérequis ciblés sont considérés par les deux évaluateurs comme étant acquis, l'aide-soignant peut intégrer le parcours de formation spécifique aide-soignant, sous réserve de la signature conjointe de la Lettre d'engagement par le candidat et l'établissement de santé accompagnateur.

Dans le cas contraire, le candidat conserve le bénéfice de la sélection FPC et peut intégrer la 1^e année de formation en soins infirmiers.

ETAPE 2 : Formation de 3 mois

La durée de la formation est de 12 semaines ou 420 heures. Toutes les informations concernant les modalités pédagogiques, les objectifs, le programme détaillé de la formation, les conditions de validation sont consultables sur le site internet :

https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-01/ste_20120001_0100_0083.pdf

ETAPE 3 : Evaluation des acquisitions à l'issue de la formation

La validation du parcours est évaluée au travers du *livret de positionnement phase 2* et d'un entretien avec l'infirmier tuteur et le cadre de santé infirmier formateur de l'IFSI.

Les étapes sont les suivantes :

- 1- Le candidat doit renseigner le Livret de positionnement phase 2 au moins 10 jours avant l'entretien.
Ce livret permet de préparer le bilan des acquis suite à la formation suivie (points forts, points à améliorer) et de renseigner les situations retenues pour les 5 compétences ciblées dans le projet.
- 2- Un entretien est ensuite réalisé avec l'infirmier tuteur et le cadre de santé infirmier formateur référent de l'IFSI sur la base du livret. L'infirmier tuteur et le cadre de santé infirmier formateur référent de l'IFSI renseignent la partie « évaluation » de chaque compétence.
À la fin de l'entretien, l'infirmier tuteur et le cadre de santé infirmier formateur référent de l'IFSI réalisent une synthèse orale du bilan de l'entretien en recherchant un consensus avec le candidat.

A l'issue du parcours, l'étudiant doit avoir acquis le niveau attendu pour un étudiant en soins infirmiers de fin de 1^{ère} année.

Si le candidat ne valide pas l'ensemble des éléments des compétences ciblées au cours de la formation, le parcours de formation spécifique n'est pas validé, une attestation de participation au parcours spécifique de formation est délivrée, le candidat est orienté vers une entrée directe en 1^e année de formation en soins infirmiers conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier, le candidat conserve le bénéfice de la sélection FPC. Cette attestation de participation ne permettra aucune dispense d'enseignement dans la formation en soins infirmiers par la suite et aucune possibilité de réaliser des actes de soins relevant du rôle sur prescription de l'infirmier diplômé d'Etat (IDE) pour l'aide-soignant concerné dans son exercice professionnel.

Si l'ensemble des éléments des compétences ciblées est considéré par les deux évaluateurs comme étant acquis, le parcours de formation spécifique est validé et l'attestation de validation est remise au candidat et à l'établissement employeur.

A ANTICIPER POUR LA RENTREE EN FORMATION EN SOINS INFIRMIERS ET POUR L'ENTREE EN PSASE

En vertu de l'article 91 de l'arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux modifié par l'arrêté du 10 juin 2021, l'admission définitive est subordonnée :

a) à la production, au plus tard le premier jour de la rentrée, d'un **certificat établi par un médecin agréé** attestant que le candidat ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession.

b) à 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.

Nous demandons aux futurs étudiants d'être particulièrement attentifs à la vaccination contre l'hépatite B.

Le candidat qui ne fournirait pas ces documents, pourrait ne pas être accepté en formation et perdrait le bénéfice des épreuves de sélection.

Aussi, nous vous conseillons de vous assurer de ces conditions dès le résultat de votre admission.

CALENDRIER :

L'organisation du parcours spécifique tient compte des dates de la rentrée en formation en septembre 2024.
La formation est prévue du **2 avril 2024 au 05 Juillet 2024**.

La présence sur l'ensemble de la formation est obligatoire.

Lieu de dispense de la formation « parcours spécifique » : Institut des formations paramédicales du Centre Hospitalier Sud Francilien, 2 rue Pierre Fontaine 91000 Evry-Courcouronnes

Pour faciliter l'organisation sur le territoire, le parcours spécifique théorique peut être effectué dans l'IFSI où l'aide-soignant a effectué la sélection FPC ou dans un autre IFSI du groupement universitaire engagé dans le dispositif. Afin d'assurer la qualité de la formation et l'optimisation des ressources, il est possible qu'un regroupement des candidats soit organisé sur un seul site, si le nombre de candidats sur chaque site est insuffisant. Néanmoins, l'aide-soignant pourra, s'il le souhaite, suivre la formation en 2^{ème} année dans l'IFSI dans lequel il a validé les épreuves FPC ou dans l'IFSI de son 2^{ème} choix, s'il en a effectué un.

Affichage des résultats FPC	12 février 2024
Confirmation des candidats auprès des IFSI	Au plus tard 5 jours ouvrés après les résultats Donc au plus tard le 19 février 2024
Date limite d'envoi du dossier d'inscription à la formation Parcours spécifique	Vendredi 23 février 2024
Remise du livre de positionnement à l'IFSI et des convocations pour l'entretien d'admission de l'étape 1	Le lundi 04 mars 2024 de 13h30 à 17h
Etape 1 Entretien de positionnement (<i>candidat + cadre de santé infirmier+ cadre formateur</i>) ⇔ Phase 1	Du lundi 18 au vendredi 22 mars 2024
Transmission des résultats du parcours spécifique	Lundi 25 mars 2024
Etape 2 Formation de 420heures	Du mardi 02 avril 2024 au 05 Juillet 2024
Etape 3 Entretien de validation de la formation (<i>candidat + infirmier tuteur +cadre formateur</i>) ⇔ Phase 2	Du lundi 08 juillet 2024 au vendredi 12 juillet 2024
Transmission des résultats	Au plus tard le 19 juillet 2024
Confirmation des candidats auprès des IFSI pour l'entrée en 2 ^{ème} année	Au plus tard le 26 juillet 2024

COÛTS FINANCIERS DE LA FORMATION TARIFS 2024 (sous réserve de modifications) :

La formation en Institut de Formation a un coût annuel, à savoir :

- **Droit annuel d'inscription** : 170 €
- **Frais de formation (financement employeurs)** : 2 250 €
- L'inscription à l'Université Paris Saclay est obligatoire pour intégrer le parcours spécifique pour les aides-soignants expérimentés. Les informations seront transmises le 04 mars 2024 lors du temps d'échange.

Tâches à réaliser dès réception de ce dossier

Afin de finaliser votre inscription, vous devez effectuer les opérations suivantes dès réception de ce courrier :

→ **Créez une adresse email avec www.gmail.com**

Vous respectez le format suivant : nomdenaissanceprenomifsi24@gmail.com

Exemple : dupontmarieifsi24@gmail.com

Cette adresse sera le seul moyen de communication avec l'institut.

→ **Envoyez un courriel de confirmation depuis votre compte Gmail à votre secrétaire de promotion : gaelle.roland@chsf.fr**

Si votre adresse est conforme et votre inscription acquittée, vous recevrez un courriel vous indiquant votre identifiant et mot de passe d'accès à votre environnement numérique de travail (ENT).

Le courriel est émis par support@ifpm-sudfrancilien.fr, vérifiez régulièrement vos spams.

→ **Effectuez votre première connexion sur votre ENT**

Vous changez votre mot de passe comme il vous l'est demandé. En cas de difficulté de connexion, contactez support@ifpm-sudfrancilien.fr.

→ **Afin d'apprendre à utiliser votre ENT**

Un espace « *J'apprends à me servir de la plateforme et des outils numériques* » est à votre disposition.

En cas de difficulté à la prise en main de l'ENT, contactez : anne.sougne@chsf.fr

Les étudiants/ élèves s'engagent à tenir à jour les données administratives les concernant (adresse, téléphone, mail, etc...). L'IFPM décline toute responsabilité en cas d'envoi d'un courrier à une adresse non actualisée par l'étudiant/élève, celui-ci ne pourra opposer aucun recours à ce sujet.


Il n'y a aucune place de stationnement prévue pour les apprenants. Merci de privilégier le covoiturage ou les transports en commun.

Des cours universitaires seront en ligne sur votre ENT via MOODLE. Vous devez prévoir un équipement informatique individuel (ordinateur) et une connexion internet afin de suivre la formation.

CANDIDAT EN SITUATION DE HANDICAP

Une personne en situation de handicap peut bénéficier d'aménagements pendant la formation dès qu'elle aura fourni un certificat médical prescrivant précisément ces aménagements.

L'équipe pédagogique et administrative reste à votre disposition pour répondre à vos questions et nous vous souhaitons d'ores et déjà la bienvenue au sein de notre institut.

	FICHE D'INSCRIPTION PARCOURS SPECIFIQUE POUR LES AIDES SOIGNANTS EXPERIMENTES Rentrée d'Avril 2024	Direction des IFPM du GHT Ile-de-France Sud
		Page 2/3
Date de creation :	Nadia PECQUENARD Responsable de la gestion documentaire IFPM :	Date d'application :

DEPÔT A L'INSTITUT DE FORMATION - 2 rue Pierre Fontaine - 91000 Evry-Courcouronnes
 Ou
 ENVOI PAR COURRIER - IFPM du GHT Ile-de-France Sud - 40 avenue Serge Dassault - 91106 Corbeil-Essonnes cedex
 (Le cachet de la poste faisant foi)
 Date limite d'envoi du dossier Vendredi 23 Février 2024

PHOTO
(à agrafier)

Droit annuel d'inscription à régler :
 170 €uros

IDENTITE DU CANDIDAT

NOM de naissance :
 Prénom :
 NOM marital :

 Date de naissance : / /
 Lieu de naissance :
 Département de naissance :
 Pays de naissance :

 Adresse postale :

 Code postal :
 Ville :

 Téléphone : / / / /
 Mail :

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM de naissance :
 Prénom :
 Lien de parenté :
 Téléphone : / / / /

RESILIATION

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document.
 Je déclare avoir pris connaissance que les informations recueillies sur ce dossier font l'objet d'un traitement informatisé.
 Conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, je dispose d'un droit d'accès et de rectification aux données du fichier qui me concerne, droit que je peux exercer auprès de l'Institut des Formations Paramédicales du Centre Hospitalier Sud Francilien.

Fait à : Le :
 Signature :



DOCUMENTS A JOINDRE IMPERATIVEMENT

(cadre réservé à l'administration)

- ☐ Photo d'identité agrafée
- ☐ Photocopie couleur recto / verso de la pièce d'identité ou titre de séjour (*valide pour toute la durée de la formation*)
- ☐ Curriculum vitae (CV)
- ☐ Lettre de motivation manuscrite
- ☐ Photocopie du diplôme d'aide-soignant
- ☐ Attestation de validation de la sélection Formation Professionnelle continue sur l'année N ou N-1
- ☐ Attestation(s) de formation(s) suivie(s) dans le cadre de la formation continue
- ☐ Lettre d'engagement de parcours spécifique Aide-soignant (*document en annexe 1 à renseigner*)
- ☐ Attestation de financement de la formation par l'employeur (*document en annexe 2 à renseigner*)
- ☐ Fiche de renseignement du cadre du service dans lequel exerce le candidat (*document en annexe 3 à renseigner*)
- ☐ Fiche de renseignements administratifs (*document en annexe 4 à renseigner*)
- ☐ Attestation de(s) l'employeur(s) attestant d'une durée d'exercice professionnel en tant qu'aide-soignant d'au moins 3 ans à temps plein sur les 5 dernières années (*document en annexe 5 à renseigner*)
- ☐ Formulaire de consentement pour la gestion des données personnelles (*document en annexe 6 à renseigner*)
- ☐ L'autorisation d'utilisation de droit à l'image à titre gracieux (*document en annexe 7 à renseigner*)
- ☐ Certificat médical établi par un médecin agréé (*à fournir au plus tard le 2 avril 2024*)
- ☐ Certificat médical établi par un médecin traitant (*à fournir avant le départ en stage*)
- ☐ Règlement du droit annuel d'inscription 170 € uniquement par chèque à l'ordre de : « Régie IFSI CH Sud Francilien »
- ☐ 3 timbres autocollants (tarif en vigueur)
- ☐ Attestation de Formation aux gestes et soins d'urgence Niveau 2 en cours de validité
- ☐ Notification d'avis d'aménagement(s) de la formation (*dans le cadre d'une situation de handicap*)

POLE MANAGEMENT

Direction des IFPM du GHT Ile-de-France Sud

IFSI - IFMEM - IFAS - IFAP - Formation Continue

Marie-Paule SAULI

Directrice de l'Institut des Formations Paramédicales du Sud Francilien -
GHT Ile-de-France Sud

Séloua LAOUARI

Adjointe à la Directrice de l'Institut des Formations Paramédicales
du Sud Francilien - GHT Ile-de-France Sud

Déclaration d'activité enregistrée sous le numéro 11 91 07508 91 auprès du préfet de
la région d'Ile-de-France

Institut des Formations Paramédicales du GHT Ile-de-France Sud

Téléphone : 01.61.69.66.15

Mail : ifsi@chsf.fr

Site internet : www.chsf.fr

Adresse physique :

2 rue Pierre Fontaine - 91000 EVRY

Adresse postale :

40 avenue Serge Dassault - 91106 CORBEIL-ESSONNES Cedex

N° FINES : 910002773

POLE MANAGEMENT

Direction de l'Institut des Formations Paramédicales

IFSI-IFMEM-IFAS-IFAP-Formation continue

Marie-Paule SAULI

Directrice de l'Institut des Formations Paramédicales

ANNEXE 1**Seloua LAOUARI**

Adjointe à la Directrice

CH Sud Francilien – CH Arpajon :

Mail : ifsi@chsf.fr

Standard : 01.61.69.66.15

Site internet : www.chsf.fr/instituts-de- formations

www.ch-arpajon.fr

Lettre d'engagement – Parcours spécifique aide-soignant

Je soussigné-e, (*NOM et Prénom du candidat*), répondant aux conditions mentionnées à l'article 7 bis de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au Diplôme d'Etat d'Infirmier :

- Demande à bénéficier de la dispense de la première année de formation en soins infirmiers, en raison de mon expérience et de mes compétences acquises en tant que qu'aide-soignant.
- M'engage à participer de manière active au parcours spécifique proposé (formation théorique et pratique, accompagnement spécifique assuré par l'infirmier tuteur et le référent cadre formateur en IFSI) et à intégrer la deuxième année de formation en cas de validation de cette phase préparatoire.

Salarié-e de l'établissement de santé, (*NOM de l'établissement*),

Représenté-e par (*NOM du représentant légal*),

En termes de contribution au projet, l'établissement de santé employeur de (*NOM et Prénom du candidat*), identifie un infirmier tuteur en charge de l'accompagnement durant les 27 mois de formation qui se dérouleront en deux temps : 3 mois de phase préparatoire puis 24 mois de scolarité.

Service d'accueil	Nom du tuteur	Coordonnées
		Tél :
		Mail :

En tant que partenaire du projet, (*NOM de l'établissement de santé*),

.....pourra également l'accueillir pour le stage de 5 semaines (séquence 5) en respectant les conditions précisées dans le livret de positionnement du parcours spécifique de formation.

En cas de non-validation du parcours spécifique, il est conservé le bénéfice de la sélection par la voie professionnelle continue et la possibilité d'intégrer la formation en soins infirmiers en 1^{ère} année.

**Le directeur de l'établissement de santé
ou son représentant :**

L'aide-soignant :

Date et signature :

Date et signature :

POLE MANAGEMENT

Direction de l'Institut des Formations Paramédicales
IFSI-IFMEM-IFAS-IFAP-Formation continue

Marie-Paule SAULI

Directrice de l'Institut des Formations Paramédicales

ANNEXE 2

Seloua LAOUARI

Adjointe à la Directrice

CH Sud Francilien – CH Arpajon :

Mail : ifsi@chsf.fr

Standard : 01.61.69.66.15

Site internet : www.chsf.fr/instituts-de- formations

www.ch-arpajon.fr

<p>Attestation de financement de la formation par l'employeur</p>
--

Je soussigné,, en qualité de
..... atteste que le coût de la formation « Parcours spécifique
pour les aides-soignants expérimentés » sera pris en charge par l'établissement
..... dans le cadre de la promotion professionnelle.

Certificat établi pour faire et valoir ce que de droit.

A
Le :

Signature et tampon

POLE MANAGEMENT

Direction de l'Institut des Formations Paramédicales

IFSI-IFMEM-IFAS-IFAP-Formation continue

Marie-Paule SAULI

Directrice de l'Institut des Formations Paramédicales

ANNEXE 3**Seloua LAOUARI**

Adjointe à la Directrice

CH Sud Francilien – CH Arpajon :

Mail : ifsi@chsf.fr

Standard : 01.61.69.66.15

Site internet : www.chsf.fr/instituts-de- formationswww.ch-arpajon.fr**Coordonnées du cadre du service***

(dans lequel le candidat exerce)


A renseigner obligatoirement

Etablissement	
Nom	
Prénom	
Service	
Téléphone	
Adresse mail	

* Le cadre sera sollicité pour participer à l'entretien de phase 1 qui validera l'entrée dans la formation des 3 mois.

[illegible]

FONCTION	ETABLISSEMENT	DATE DU AU		Nbre DE JOUR	Nbre DE MOIS	Nbre D'HEURES
TOTAL D'HEURES						

	Formulaire de consentement pour la gestion des Données personnelles	Direction de l'IFPM du GH Île-de-France Sud ES/IFPM/ADM/214/
Date de creation : 25/10/2023		MAJ le 25/10/2023 Page 12/ Date d'application : 25/10/2023

ANNEXE 6

Je soussigné(e), né(e) le, résidant à

(Adresse).....

Donne par la présente mon consentement à l'IFPM du CHSF pour la collecte, le traitement et l'utilisation de mes données personnelles conformément à la législation en vigueur et à la politique de confidentialité de l'IFPM¹.

Je consens à ce que mes données personnelles soient collectées et traitées par l'IFPM aux fins suivantes :

- Gestion des inscriptions et de la scolarité
- Communication entre l'apprenant et l'IFPM
- Facturation
- Certification et diplôme d'état
- Données statistiques

Je comprends que mes données personnelles peuvent être partagées avec des tiers dans la mesure nécessaire à la réalisation de ces finalités, conformément aux lois applicables et à la politique de confidentialité de l'IFPM.

Je consens également à ce que mes données personnelles puissent être stockées pour la durée nécessaire à l'atteinte des finalités susmentionnées et conformément aux politiques de conservation de l'IFPM.

Je reconnais avoir été informé(e) de mes droits en vertu du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) de l'Union européenne², y compris le droit d'accès, de rectification, de suppression, de limitation du traitement et de portabilité des données. Je comprends que je peux retirer ce consentement à tout moment en notifiant l'IFPM par écrit.

Je certifie que les informations que j'ai fournies sont exactes et complètes.

Fait à, le

Signature avec la mention « *Lu et approuvé* » :

Le refus de consentement implique l'impossibilité d'être inscrit en formation à l'IFPM.

¹ <https://www.chsf.fr/formation/instituts-de-formation/qualite-instituts-de-formation/>

² Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données

  	AUTORISATION D'UTILISATION DE DROIT A L'IMAGE A TITRE GRACIEUX	Direction des IFPM du GHT Ile-de-France Sud ES/IFPM/ADM/030/A Page 1/1
Date de creation : 19/09/2019	Nadia PECQUENARD Responsable de la gestion documentaire IFPM : 19/09/2019	Date d'application : 23/09/2019

PERSONNE FIGURANT SUR LE FILM / LA PHOTOGRAPHIE / L'ENREGISTREMENT :

NOM :	PRENOM :
ADRESSE (N°/RUE) :	
CODE POSTAL :	VILLE :
ELEVE/ETUDIANT : <input type="checkbox"/>	FORMATION :
PROFESSIONNEL DES INSTITUTS DE FORMATION : <input type="checkbox"/>	

A REMPLIR PAR LE REPRÉSENTANT LÉGAL SI LA PERSONNE MENTIONNÉE CI-DESSUS EST MINEURE :

NOM :	PRENOM :
ADRESSE (N°/RUE) :	
CODE POSTAL :	VILLE :

Autorise les Instituts de Formation du Centre Hospitalier Sud Francilien (CHSF) sis 40 Avenue Serge Dassault, 91106 Corbeil-Essonnes Cedex, à reproduire sur tout support et par tous procédés et à diffuser, sans contrepartie financière, la (ou les) photographie(s), le (les) film(s) et ou l'(les) enregistrement(s) me représentant, prises/réalisées dans le contexte suivant :

Date et lieu :
 - à compter de la rentrée scolaire, en septembre de chaque année ;
 - aux Instituts de Formation du CHSF et les lieux liés aux activités pédagogiques.

Objet et utilisation :
 - activités pédagogiques, gestion administrative de la scolarité, représentation¹ des Instituts de Formation du CHSF promouvant leurs formations et les professions sanitaires en lien avec le projet pédagogique des Instituts.

L'autorisation porte exclusivement sur une diffusion par ou sous le contrôle direct des Instituts de Formation du CHSF, sur support papier (plaquette, brochure d'information, affiche) ou dématérialisé, via Internet et en particulier sur les sites du CHSF et réseaux sociaux.

Les Instituts de formation du CHSF pourront faire tout usage des œuvres², dans les limites précitées et à l'exclusion d'un usage publicitaire (entendu comme une diffusion nécessitant l'achat d'espace publicitaire). La présente autorisation est consentie pour le monde entier et sans aucune limite de temps sauf demande formalisée par l'un des signataires.

Les légendes ou commentaires originels accompagnant la diffusion des œuvres ne devront pas porter atteinte à ma réputation, à ma vie privée, à mon intégrité.

Fait à

Le

 Le contractant / le représentant légal,
 Signature avec la mention « Lu et approuvé » :

¹ Représentation des Instituts de Formation du CHSF : congrès, journées d'échanges,...

² Œuvres : photographie(s), film(s) et ou enregistrement(s)

**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>

**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