

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                 |                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| <br>   | <b>INSTITUT DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE</b><br>5 rue St Nicolas - 76400 FECAMP                                                                                                                                     | Date : 11/06/2025                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>IFAS:</b> 02.35.10.39.50 <b>IFSI:</b> 02.35.28.61.00<br><b>MAIL:</b> <a href="mailto:SECRETARIATIFI@CH-FECAMP.FR">SECRETARIATIFI@CH-FECAMP.FR</a><br><b>SITE:</b> <a href="http://WWW.IFPS-FECAMP.FR">WWW.IFPS-FECAMP.FR</a> | Référence : T05N01-01<br>Version : 1 |

Dossier suivi par Sandrine PASQUIER

**PROMOTION AS 2025-2026**  
**DOSSIER INSCRIPTION**

Madame, Monsieur,

Suite à votre admission au sein de l'Ifas de Fécamp, nous avons le plaisir de vous accueillir :

- **jeudi 28 Août 2025 de 9h à 13h** pour la pré-rentree\* (présence obligatoire)
- **lundi 1er septembre 2025 à 9 h** : rentrée officielle

Pour une inscription définitive, nous vous invitons à consulter l'ensemble des documents et nous les retourner aux dates indiquées ci-dessous.

| <b>PARTIE ADMINISTRATIVE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Date limite de retour du document</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| Dossier d'admission ci-dessous dûment complété                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>18/07/2025</b>                        |
| <a href="#">Annexe 1</a> - Demande de dispense ou allègement de formation                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                          |
| 2 Photocopies couleurs Recto/Verso carte d'identité / carte séjour / passeport *<br><i>En cours de validité le recto verso sur la même face</i>                                                                                                                                                                                                                            |                                          |
| 1 Photo d'identité<br><i>Cette photo sera utilisée uniquement pour le trombinoscope de la promotion, et apparaîtra sur votre dossier administratif enfermé dans l'armoire du secrétariat</i>                                                                                                                                                                               |                                          |
| Attestation sécurité sociale (téléchargeable sur votre compte Ameli ou fournie avec la carte vitale) mentionnant votre affiliation à un organisme de protection sociale                                                                                                                                                                                                    |                                          |
| Attestation responsabilité civile délivrée par votre assurance<br>(vos nom et prénom doivent être mentionnés)                                                                                                                                                                                                                                                              |                                          |
| <a href="#">Annexe 2</a> - Fiche stages                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                          |
| <a href="#">Annexe 3</a> - Demande d'aménagement des conditions d'accès, d'examens, de sélection et d'études des stagiaires présentant un handicap à l'IFPS de Fécamp ( <i>uniquement pour les personnes concernées</i> )                                                                                                                                                  |                                          |
| <b>PARTIE FINANCEMENT</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                          |
| <a href="#">Annexe 4</a> - Notice à conserver<br><a href="#">Annexe 5</a> - Déclaration de situation « région Normandie » avec les justificatifs demandés selon votre situation :<br>- l'attestation de prise en charge de votre employeur... contrat travail<br>- l'attestation d'ancienneté<br>- certificat de scolarité<br>- ou justificatif inscription France Travail | <b>18/07/2025</b>                        |
| <b>PARTIE MEDICALE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                          |
| Passeport médical* comprenant :<br><a href="#">Annexe 6</a> - Calendrier vaccinal complété par votre médecin traitant + copie du carnet de santé - ( <i>Photocopie identifiable - vaccinations du carnet de santé avant le 18/07/2025</i> )<br><a href="#">Annexe 7</a> - certificat d'aptitude complété par un médecin agréé ARS                                          | <b>22/08/2025</b>                        |
| <a href="#">Annexe 8</a> - Information CROUS Normandie - Procédure de demande de bourse et sa fiche                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                          |

\* Les champs suivis d'un \* : vous trouverez des informations complémentaires ci-après

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                 |                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| <br>   | <b>INSTITUT DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE</b><br>5 rue St Nicolas - 76400 FECAMP                                                                                                                                     | Date : 11/06/2025                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>IFAS:</b> 02.35.10.39.50 <b>IFSI:</b> 02.35.28.61.00<br><b>MAIL:</b> <a href="mailto:SECRETARIATIFI@CH-FECAMP.FR">SECRETARIATIFI@CH-FECAMP.FR</a><br><b>SITE:</b> <a href="http://WWW.IFPS-FECAMP.FR">WWW.IFPS-FECAMP.FR</a> | Référence : T05N01-01<br>Version : 1 |

## INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

### \* PIECE D'IDENTITE

Vous devez vérifier que votre pièce d'identité (carte nationale d'identité, passeport, titre de séjour) soit valide avant le début de la formation et ce jusqu'à fin juillet 2026.

*L'allongement de cinq ans pour les cartes d'identité ne s'applique pas aux personnes mineures. Elles conservent leur validité de 10 ans à la date de la délivrance.*

### \* PASSEPORT MEDICAL

Nous vous informons que, conformément à la réglementation en vigueur dans les IFAS (arrêté du 7 avril 2020 modifié par l'arrêté du 9 juin 2023), votre admission définitive est subordonnée à la production du passeport médical comprenant



- un certificat d'aptitude **signé par un médecin agréé ARS** (cf liste des médecins agréés sur le site de l'ARS de la région de votre choix) attestant vos aptitudes physiques et psychologiques nécessaires à la formation

*PS : le montant de la consultation reste à votre charge et n'est pas remboursé.*

*(Au vu des difficultés de prise de rdv avec un médecin agréé, veuillez les contacter dès maintenant)*

Munissez-vous de votre carnet de santé pour la visite médicale

- une partie « vaccinations » conforme à la réglementation en vigueur fixant des conditions d'immunisation des professionnels de santé en France à faire compléter par votre médecin traitant. *(Merci de transmettre la copie identifiable (nom et prénom) de votre carnet de santé en même temps que la partie administrative, soit pour le 18/07/2025, même si vous n'avez pas encore vu le médecin traitant).*

### \* MODALITES DE PRE-RENTREE

Dans le cadre de votre admission en formation aide-soignante, un peu de lecture...

Vous pouvez consulter dès maintenant, sur le site internet de l'institut [www.ifps-fecamp.fr](http://www.ifps-fecamp.fr) les textes réglementaires suivants :

- Arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'état d'aide-soignant
- Règlement intérieur et ses annexes
- Fiche métier AS
- Projet institut

### **Restauration**

Durant votre formation vous aurez la possibilité

- ✓ De vous rendre au Self du CHI de Fécamp : une carte vous sera délivrée en début de formation
- ✓ De vous restaurer sur place en salle de détente (Réfrigérateurs et fours micro-ondes à disposition)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <br><br><br> | <p><b>INSTITUT DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE</b><br/> 5 rue St Nicolas - 76400 FECAMP</p> <p>IFAS: 02.35.10.39.50      IFSI: 02.35.28.61.00<br/> MAIL: <a href="mailto:SECRETARIATIFI@CH-FECAMP.FR">SECRETARIATIFI@CH-FECAMP.FR</a><br/> SITE: <a href="http://WWW.IFPS-FECAMP.FR">WWW.IFPS-FECAMP.FR</a></p> | <p>Date : 11/06/2025</p> <p>Référence : T05N01-01<br/> Version : 1</p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|

### \* DIVERS

- ✓ **Seule exigence, l'achat d'un petit répertoire nécessaire pour le vocabulaire médical.**  
Le choix des fournitures scolaires reste personnel, à votre convenance.
- ✓ Il est demandé d'être équipé à minima d'un ordinateur (à votre domicile), d'une connexion internet et d'une adresse mail sous la forme : prenom.nom@gmail.com (il est nécessaire de vous identifier rapidement à travers votre adresse mail - **pas de surnom ou autres, possibilité de chiffres**)
- ✓ Les tenues de stage vous sont prêtées par le Centre Hospitalier Intercommunal de Fécamp. L'essayage se déroulera lors de la pré-rentree.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>  <br>RÉGION<br>NORMANDIE | <p><b>INSTITUT DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE</b><br/>5 rue St Nicolas - 76400 FECAMP</p> <p><b>IFAS:</b> 02.35.10.39.50      <b>IFSI:</b> 02.35.28.61.00<br/> <b>MAIL:</b> <a href="mailto:SECRETARIATIFI@CH-FECAMP.FR">SECRETARIATIFI@CH-FECAMP.FR</a><br/> <b>SITE:</b> <a href="http://WWW.IFPS-FECAMP.FR">WWW.IFPS-FECAMP.FR</a></p> | <p><b>Date :</b> 11/06/2025</p> <p><b>Référence :</b> T05N01-01<br/><b>Version :</b> 1</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|

## PARTIE ADMINISTRATIVE

*A nous retourner avant  
Le 18-07-2025*

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br> <br> | <p align="center"><b>INSTITUT DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE</b><br/>5 rue St Nicolas - 76400 FECAMP</p> <p align="center"> <b>IFAS:</b> 02.35.10.39.50      <b>IFSI:</b> 02.35.28.61.00<br/> <b>MAIL:</b> <a href="mailto:SECRETARIATIFI@CH-FECAMP.FR">SECRETARIATIFI@CH-FECAMP.FR</a><br/> <b>SITE:</b> <a href="http://WWW.IFPS-FECAMP.FR">WWW.IFPS-FECAMP.FR</a> </p> | <p align="center">Date : 11/06/2025</p> <p align="center">Référence : T05N01-01<br/>Version : 1</p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|

## DOSSIER ADMISSION EN FORMATION D'AIDE SOIGNANT

Photo  
(ne pas  
agrafer)

### ETAT CIVIL

NOM DE NAISSANCE : ..... PRENOM : .....  
NOM D'EPOUSE : .....

Date de naissance : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Age : .... ans Lieu de naissance : .....  
Département : \_\_ Nationalité : .....

N° d'immatriculation à la sécurité sociale : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
N° INE (si vous en possédez un : noté sur relevé de notes du baccalauréat) : .....

ADRESSE (Résidence principale) :

.....  
.....

ADRESSE (Pendant la scolarité si différente) :

.....  
.....

...

N° téléphone : /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_\_\_/ N° portable : /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_\_\_/

E-mail (lisible) : .....@.....

### PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT

Nom – Prénom : .....

N° téléphone : /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_\_\_/ N° portable : /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_\_\_/

### SITUATION FAMILIALE

☐ Célibataire      ☐ Marié(e)      ☐ Divorcé(e)      ☐ Concubin  
☐ Veuf(ve)      ☐ Pacsé (e)

Nombre d'enfant : .....

### VOS DIPLOMES (Titre et année)

.....  
.....  
.....

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <br> <br> | <p align="center"><b>INSTITUT DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE</b><br/>5 rue St Nicolas - 76400 FECAMP</p> <p align="center"> <b>IFAS: 02.35.10.39.50      IFSI: 02.35.28.61.00</b><br/> <b>MAIL: <a href="mailto:SECRETARIATIFI@CH-FECAMP.FR">SECRETARIATIFI@CH-FECAMP.FR</a></b><br/> <b>SITE: <a href="http://WWW.IFPS-FECAMP.FR">WWW.IFPS-FECAMP.FR</a></b> </p> | <p align="center">Date : 11/06/2025</p> <p>Référence : T05N01-01<br/>Version : 1</p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|

### Situation à l'entrée en formation

☐ A la recherche d'un emploi      N° identifiant France Travail (**obligatoire** si vous êtes inscrit) : .....  
Demandeur d'emploi indemnisé    ☐ oui ☐ non

☐ En poursuite d'études

☐ En activité      Nom établissement : .....  
Contrat : ☐ CDD ☐ CDI ☐ Intérimaire ☐ Fonctionnaire

### Statut à l'entrée en formation

- ☐ Activité bénévole (engagement citoyen)
- ☐ Agent consulaire
- ☐ Contractuel de droit public
- ☐ Apprenant en parcours de formation initiale (poursuite de scolarité)
- ☐ Fonctionnaire
- ☐ Intermittent du spectacle
- ☐ Personne en Contrat de Sécurisation Professionnelle
- ☐ Personne en recherche d'emploi inscrite sur la liste France Travail
- ☐ Personne en recherche d'emploi non inscrite sur la liste France Travail
- ☐ Salarié
- ☐ Situation au regard de la liste France Travail non connue
- ☐ Travailleur en ESAT
- ☐ Travailleur non Salarié
- ☐ Non connu

### Si employeur, type de contractualisation

- ☐ CDD Contrat à durée déterminée
- ☐ CDI Contrat à durée indéterminée
- ☐ Contrat d'apprentissage (alternance)
- ☐ Contrat de professionnalisation (alternance)
- ☐ Contrat de Sécurisation professionnelle (CSP)
- ☐ Intérimaire (mission d'intérim)
- ☐ Autre

### Motif d'entrée dans le cycle de formation

- ☐ Début prévu de formation
- ☐ Mutation (en provenance d'autre établissement)
- ☐ Redoublement (changement de promotion)
- ☐ Réintégration
- ☐ Report

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br> <br> | <p align="center"><b>INSTITUT DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE</b><br/>5 rue St Nicolas - 76400 FECAMP</p> <p align="center"> <b>IFAS: 02.35.10.39.50      IFSI: 02.35.28.61.00</b><br/> <b>MAIL: <a href="mailto:SECRETARIATIFI@CH-FECAMP.FR">SECRETARIATIFI@CH-FECAMP.FR</a></b><br/> <b>SITE: <a href="http://WWW.IFPS-FECAMP.FR">WWW.IFPS-FECAMP.FR</a></b> </p> | <p align="center">Date : 11/06/2025</p> <p align="center">Référence : T05N01-01<br/>Version : 1</p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|

### Niveau scolaire à l'entrée en formation

- ☐ 1ère ou 2e année de DEUG, DUT, BTS, école des FFS
- ☐ 2de, 1ère ou 2e année de CAP ou BEP
- ☐ 3e ou première année de CAP ou BEP
- ☐ Classes de 2e ou 3e cycle de l'enseignement supérieur
- ☐ Primaire, 6e, 5e, 4e, CPA, CPPN ou CLIPA
- ☐ Terminale

### Niveau de certification maximum au moment de l'entrée en formation

- ☐ Information non communiquée
- ☐ NIVEAU 1 (Sans niveau spécifique)
- ☐ NIVEAU 2 (Sans diplôme ou Diplôme du Brevet)
- ☐ NIVEAU 3 (CAP, BEP, ...)
- ☐ NIVEAU 4 (BP, BT, bac prof ou techno)
- ☐ NIVEAU 5 (BTS, DUT, etc...)
- ☐ NIVEAU 6 (Licence, master 1)
- ☐ NIVEAU 7 (Grade master)
- ☐ NIVEAU 8 (Doctorat, etc....)

### Titulaire RQTH (situation de handicap)

- ☐ Oui    ☐ Non

### Bénéficiaire d'une Obligation à l'Emploi ?

- ☐ En cours de reconnaissance
- ☐ Non
- ☐ Non connu
- ☐ Oui

### Bénéficiaire Politique Publique Nationale ?

- ☐ Contrat aidé
- ☐ En cours de reconnaissance
- ☐ Garantie jeune
- ☐ Insertion par l'Activité Economique (IAE)
- ☐ PACEA
- ☐ Plates-formes de suivi et d'appui aux décrocheurs

### Comment envisagez-vous la prise en charge de :

#### 👉 Votre rémunération

- ☐ France Travail
- ☐ Employeur
- ☐ OPCO /OPACIF (Transition pro...)
- ☐ Vous-même
- ☐ Autres.....

|                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <br><br> | <b>INSTITUT DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE</b><br>5 rue St Nicolas - 76400 FECAMP<br><br><b>IFAS: 02.35.10.39.50      IFSI: 02.35.28.61.00</b><br><b>MAIL: <a href="mailto:SECRETARIATIFI@CH-FECAMP.FR">SECRETARIATIFI@CH-FECAMP.FR</a></b><br><b>SITE: <a href="http://WWW.IFPS-FECAMP.FR">WWW.IFPS-FECAMP.FR</a></b> | <b>Date : 11/06/2025</b><br><br><b>Référence : T05N01-01</b><br><b>Version : 1</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|

**DEMANDE DE DISPENSE OU ALLEGEMENT DE FORMATION en IFAS**  
**Année 2025 - 2026**

ANNEXE 1

**Au plus tard le 18 Juillet 2025**

**Passé ce délai, aucune demande ne sera acceptée.**

**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 :**

*Les personnes titulaires du*

- *DE d'auxiliaire de puériculture,*
- *Diplôme d'assistant de régulation médical,*
- *DE d'ambulancier,*
- *Baccalauréat professionnel « Accompagnement, soins, services à la personne »*
- *Baccalauréat professionnel « Services aux personnes et aux territoires »*
- *Diplômes ou certificats mentionnés aux articles D.451-88 et D.451-92 du code de l'action sociale et des familles :*
  - o *DE d'accompagnant éducatif et social*
  - o *DE d'auxiliaire de vie sociale*
  - o *Certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile*
  - o *Mention complémentaire d'aide à domicile,*
  - o *DE d'aide médico-psychologique*
- *Titre professionnel d'assistant de vie aux familles*
- *Tire professionnel d'agent de service médico-social*

*Bénéficient des mesures d'équivalence ou d'allègement de suivi ou de validation de certains blocs de compétences selon les modalités fixées à l'annexe VII de l'arrêté susmentionné.*

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Mail (obligatoire) :

Titre ou diplôme permettant la dispense :

Date :

Signature:

**PIECE A JOINDRE OBLIGATOIREMENT**

☐ La copie du titre ou diplôme détenu permettant la dispense ou l'allègement de formation.

**NB : Vous serez systématiquement inscrit dans le parcours partiel ou allégé correspondant à votre diplôme.**



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                          |                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| <br>   | <b>INSTITUT DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE</b><br>5 rue St Nicolas - 76400 FECAMP                                                                                                              | Date : 11/06/2025                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | IFAS: 02.35.10.39.50      IFSI: 02.35.28.61.00<br>MAIL: <a href="mailto:SECRETARIATIFI@CH-FECAMP.FR">SECRETARIATIFI@CH-FECAMP.FR</a><br>SITE: <a href="http://WWW.IFPS-FECAMP.FR">WWW.IFPS-FECAMP.FR</a> | Référence : T05N01-01<br>Version : 1 |

ANNEXE 2

## FICHE STAGES A remplir obligatoirement

Merci d'indiquer votre adresse pendant votre scolarité : (si inconnu à ce jour, merci de nous le préciser et revenir vers nous dès que possible)

NOM-Prénom : .....

ADRESSE.....

.....

Code postal .....VILLE .....

**Nous vous rappelons que les terrains de stages sont situés sur Fécamp et sa Région**

(Maximum 75 km aller à partir de l'institut).

**Les terrains de stages présentés par l'IFAS à la rentrée ne sont pas négociables.**

Nombre de kilomètres entre l'Institut et votre domicile (obligatoire) :

**PERMIS DE CONDUIRE**

Véhicule à disposition

☐ Oui

☐ Non

☐ En cours

☐ Oui

☐ Non

☐ permanent

☐ ponctuel

**Afin d'élaborer au mieux les trames de stages :**

- Travaillez-vous ou avez-vous déjà travaillé (+ d'un mois) dans un établissement de santé, en service de soins ou dans un établissement médico-social ?

Si oui indiquer le nom du ou des établissements, le service, l'année et le temps effectué :

*(Pour les agents hospitaliers en promotion professionnelle, merci d'indiquer le nom de l'établissement où vous travaillez)*

| Année | Nom de l'établissement | Les services | Durée en mois ou année |
|-------|------------------------|--------------|------------------------|
|       |                        |              |                        |
|       |                        |              |                        |
|       |                        |              |                        |

- Si vous avez de la famille ou amis proches qui exercent sa profession dans un établissement de santé, nous indiquer le lien de parenté, la profession ainsi que l'établissement

| Lien de parenté | Nom de l'établissement | Les services | Profession |
|-----------------|------------------------|--------------|------------|
|                 |                        |              |            |
|                 |                        |              |            |
|                 |                        |              |            |

Je certifie l'exactitude de tous les renseignements portés sur la présente demande.

Fait à : .....

Le .....

**Signature**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br> <br> | <p align="center"><b>INSTITUT DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE</b><br/>5 rue St Nicolas - 76400 FECAMP</p> <p align="center"> <b>IFAS:</b> 02.35.10.39.50      <b>IFSI:</b> 02.35.28.61.00<br/> <b>MAIL:</b> <a href="mailto:SECRETARIATIFI@CH-FECAMP.FR">SECRETARIATIFI@CH-FECAMP.FR</a><br/> <b>SITE:</b> <a href="http://WWW.IFPS-FECAMP.FR">WWW.IFPS-FECAMP.FR</a> </p> | <p align="right">Date : 11/06/2025</p> <p align="right">Référence : T05N01-01<br/>Version : 1</p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|

## Aménagement des conditions d'accès, d'examens, de sélection et d'études des apprenants (IFSI, IFAS, FTLV) présentant un handicap

La **Loi 2005-102 du 11 février 2005 portant sur l'inclusion, et pour « l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées »** a mis en avant les principes de non-discrimination et de droit à la compensation du handicap.

La loi oblige les organismes de formation professionnelle à :

- Accueillir les personnes en situation de handicap en formation sans discrimination.
- Garantir l'égalité des droits et des chances des personnes en situation de handicap pour accéder à la formation et à la qualification, mais aussi pour leur permettre de valider leur parcours.

Les organismes de formation professionnelle doivent veiller à :

- Développer l'accessibilité des formations.
- Développer la capacité des équipes à organiser la compensation du handicap des personnes en formation.
- S'assurer de la bonne accessibilité des locaux.

Chaque organisme doit définir et mettre en œuvre les aménagements nécessaires, afin de créer des conditions favorables pour l'accueil et l'apprentissage des stagiaires en situation de handicap en formation.

Ces aménagements portent sur :

- L'adaptation et l'aménagement de l'environnement de la formation.
- L'adaptation des rythmes et des temps de formation.
- L'adaptation des modalités pédagogiques, contenus, supports, outils.

### **Pièces à fournir avec la demande**

Vous trouverez ci-dessous la liste des documents demandés pour étayer votre demande d'aménagement des conditions d'accès, d'examens, de sélection et d'études.

- Toutes les notifications de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) en votre possession. Si vous n'avez pas de reconnaissance MDPH, nous fournir les compte-rendu récents de suivi médical, de bilans en lien avec votre handicap.
- Les notifications des aménagements qui vous ont été accordés au lycée (Baccalauréat, BTS...) ou dans le milieu professionnel.

|                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                 |                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| <br> | <b>INSTITUT DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE</b><br>5 rue St Nicolas - 76400 FECAMP                                                                                                                                     | Date : 11/06/2025                    |
|                                                                                                                                                                       | <b>IFAS:</b> 02.35.10.39.50 <b>IFSI:</b> 02.35.28.61.00<br><b>MAIL:</b> <a href="mailto:SECRETARIATIFI@CH-FECAMP.FR">SECRETARIATIFI@CH-FECAMP.FR</a><br><b>SITE:</b> <a href="http://WWW.IFPS-FECAMP.FR">WWW.IFPS-FECAMP.FR</a> | Référence : T05N01-01<br>Version : 1 |

### ANNEXE 3

## **Demande préalable d'aménagement des conditions d'accès, d'examens, de sélection et d'études des stagiaires (IFSI, IFAS, FTLV) présentant un handicap**

**NOM :** ..... **Prénom :** .....

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

**N° INE :** ..... **Numéro de téléphone :** ...../...../...../...../.....

**E-mail :** .....

**Adresse :** .....  
.....  
.....

**Année scolaire concernée par la demande : 2025/2026**

**Intitulé précis de la formation :** .....

**En formation**      ☐ **Initiale**      ☐ **Continue (FTLV)**      ☐ **Sélection**

\*\*\*\*\*

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                 |                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| <br>  <br>RÉGION<br>NORMANDIE | <b>INSTITUT DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE</b><br>5 rue St Nicolas - 76400 FECAMP                                                                                                                                     | Date : 11/06/2025                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>IFAS:</b> 02.35.10.39.50 <b>IFSI:</b> 02.35.28.61.00<br><b>MAIL:</b> <a href="mailto:SECRETARIATIFI@CH-FECAMP.FR">SECRETARIATIFI@CH-FECAMP.FR</a><br><b>SITE:</b> <a href="http://WWW.IFPS-FECAMP.FR">WWW.IFPS-FECAMP.FR</a> | Référence : T05N01-01<br>Version : 1 |

**A - Avez-vous un dossier à la MDPH ?      ☐ Oui      ☐ Non      ☐ Demande en cours**

**Si oui, dans quel département : .....**

**B - Merci de donner toutes les précisions qui vous semblent importantes pour aider à l'évaluation de vos besoins pendant vos études.**

☐ **Déficiences motrice (précisez si vous utilisez un fauteuil roulant, manuel ou électrique)**

.....  
.....

☐ **Déficiences visuelle (précisez si persistant après correction optique)**

.....  
.....

☐ **Déficiences auditive (précisez si vous utilisez un mode de communication gestuelle)**

.....  
.....

☐ **Maladie invalidante**

☐ **Troubles psychiques**

☐ **Troubles du langage écrit et oral**

☐ **Maladie chronique**

☐ **Installation matérielle particulière (précisez) :**

.....  
.....

☐ **Aide(s) technique(s) et/ou humaine(s) (précisez) :**

.....  
.....

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                               |                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <br>   | <b>INSTITUT DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE</b><br><b>5 rue St Nicolas - 76400 FECAMP</b>                                                                                                                            | <b>Date : 11/06/2025</b>                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>IFAS: 02.35.10.39.50      IFSI: 02.35.28.61.00</b><br><b>MAIL: <a href="mailto:SECRETARIATFSI@CH-FECAMP.FR">SECRETARIATFSI@CH-FECAMP.FR</a></b><br><b>SITE: <a href="http://WWW.IFPS-FECAMP.FR">WWW.IFPS-FECAMP.FR</a></b> | <b>Référence : T05N01-01</b><br><b>Version : 1</b> |

☐ Mise en forme des sujets (précisez) :

.....

.....

☐ Adaptation des épreuves (précisez) :

.....

.....

☐ Autres (précisez) :

.....

.....

Date :

Signature de l'apprenant :

**Suite à votre demande les référents handicap vous contacteront pour un entretien de recueil de vos besoins**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br><br><br><br>RÉGION<br>NORMANDIE | <p><b>INSTITUT DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE</b><br/> 5 rue St Nicolas - 76400 FECAMP</p> <p><b>IFAS:</b> 02.35.10.39.50      <b>IFSI:</b> 02.35.28.61.00<br/> <b>MAIL:</b> <a href="mailto:SECRETARIATIFI@CH-FECAMP.FR">SECRETARIATIFI@CH-FECAMP.FR</a><br/> <b>SITE:</b> <a href="http://WWW.IFPS-FECAMP.FR">WWW.IFPS-FECAMP.FR</a></p> | <p><b>Date :</b> 11/06/2025</p> <p><b>Référence :</b> T05N01-01<br/> <b>Version :</b> 1</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|

## PARTIE FINANCIÈRE

*A retourner avant  
Le 18/07/2025*



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>   | <b>INSTITUT DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE</b><br><b>5 rue St Nicolas - 76400 FECAMP</b><br><br><b>IFAS: 02.35.10.39.50      IFSI: 02.35.28.61.00</b><br><b>MAIL: <a href="mailto:SECRETARIATIFI@CH-FECAMP.FR">SECRETARIATIFI@CH-FECAMP.FR</a></b><br><b>SITE: <a href="http://WWW.IFPS-FECAMP.FR">WWW.IFPS-FECAMP.FR</a></b> | <b>Date : 11/06/2025</b><br><br><b>Référence : T05N01-01</b><br><b>Version : 1</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|

## FINANCEMENT DE LA FORMATION

### Notice à conserver

ANNEXE 4



**RÉGION  
NORMANDIE**

Avant d'entrer en institut de formation sanitaire ou sociale en Normandie, vous devez impérativement vous assurer du mode de financement de votre formation et de vos ressources<sup>(1)</sup> pendant la durée de votre formation.

| VOUS ETES                                                                                                                                                    | QUI FINANCE VOTRE FORMATION ? (2)              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| En poursuite de scolarité :<br>- Titulaire du baccalauréat depuis moins de 4 ans<br>ou<br>- En études (scolarité sans interruption pendant plus d'une année) | Région                                         |
| Demandeur d'emploi sans emploi                                                                                                                               | Région<br>ou OPCO <sup>(3)</sup> (si éligible) |
| Salarié en CDD (droit privé ou public)<br>ou<br>Salarié en CDI inférieur ou égal à 24h / semaine                                                             |                                                |
| Salarié en CDI supérieur à 24h / semaine                                                                                                                     | Employeur ou OPCO                              |
| Contrats aidés, Contrat de Sécurisation Professionnelle, service civique                                                                                     | Région                                         |
| Agent de la fonction publique<br>(Titulaire, stagiaire, contractuel en CDI, en disponibilité, inscrit ou non à Pôle-Emploi)                                  | Employeur ou OPCO                              |
| En formation financée par la Région                                                                                                                          | Vous-même <sup>(4)</sup>                       |
| Dans une autre situation                                                                                                                                     | Vous-même                                      |

(1) Ressources : bourse régionale sur critères sociaux, allocation chômage, maintien de rémunération, ...

(2) Conformément aux règles de financement régionales et sous réserve de modifications

(3) OPCO : Opérateurs de Compétences (Santé, Cohésion Sociale, ANFH, Dispositif de transition professionnelle ...)

(4) Cf paragraphe 2.5 « délai de carence » des règles de financement régionales

Votre statut est considéré la veille de l'entrée en formation.

Pour les formations pluriannuelles, ce statut est révisable tout au long du cursus de formation (justificatifs à transmettre en début d'année).

En cas de non-production des pièces demandées dans les délais impartis, le coût de la formation vous sera facturé.

plus d'infos sur :  
[parcours-metier.normandie.fr](http://parcours-metier.normandie.fr)

0 800 05 00 00 Service à appel gratuit





|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                      |                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <br> <br> | <b>INSTITUT DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE</b><br>5 rue St Nicolas - 76400 FECAMP                                          | Date : 11/06/2025                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>IFAS: 02.35.10.39.50      IFSI: 02.35.28.61.00</b><br><b>MAIL: SECRETARIATIFI@CH-FECAMP.FR</b><br><b>SITE: WWW.IFPS-FECAMP.FR</b> | <b>Référence : T05N01-01</b><br><b>Version : 1</b> |

# FINANCEMENT DE LA FORMATION DECLARATION DE SITUATION 25/26 + LISTE DES PIECES A FOURNIR à retourner à l'institut



ANNEXE 5

NOM : ..... PRENOM : .....

ADRESSE : .....  
.....

NOM DE L'INSTITUT DE FORMATION : .....

## POURSUITE DE SCOLARITE

Etablissement fréquenté et diplôme préparé

Année scolaire 2024/2025 : .....

Année scolaire 2023/2024 : .....

Année scolaire 2022/2023 : .....

Année scolaire 2021/2022 : .....

et

Année d'obtention du baccalauréat : .....

Justificatifs à fournir :

- Lycéens : certificat de scolarité de l'année scolaire en cours ;
- Personnes titulaires d'un baccalauréat obtenu à compter de juin 2021 : copie du diplôme du baccalauréat ;
- Personnes n'ayant pas interrompu leur scolarité pendant plus d'une année : tous les certificats de scolarité depuis le lycée.

## DEMANDEUR D'EMPLOI SANS EMPLOI

N° identifiant Pôle-emploi : .....

Dernier emploi occupé : .....

Date de début de contrat : .....

Date de fin de contrat : .....

Suivez-vous ou avez-vous suivi une formation au cours des 12 derniers mois ?

☐ oui (préciser quelle formation et son mode de financement) : .....

☐ non

Justificatifs à fournir : justificatif attestant une inscription à Pôle-emploi en cours de validité (disponible sur le site de pole-emploi.fr à partir de votre espace personnel)

|                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                      |                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <br><br> | <b>INSTITUT DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE</b><br>5 rue St Nicolas - 76400 FECAMP                                          | Date : 11/06/2025                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>IFAS: 02.35.10.39.50      IFSI: 02.35.28.61.00</b><br><b>MAIL: SECRETARIATIFI@CH-FECAMP.FR</b><br><b>SITE: WWW.IFPS-FECAMP.FR</b> | <b>Référence : T05N01-01</b><br><b>Version : 1</b> |

| SALARIE EN EMPLOI PRECAIRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Je suis actuellement en :</p> <p><input type="checkbox"/> Contrat à Durée Déterminée (CDD droit public ou droit privé) ;</p> <p><input type="checkbox"/> Contrat de travail aidé (CUI-PEC, contrat d'avenir, etc ....) ;</p> <p><input type="checkbox"/> Contrat à Durée Indéterminée (CDI) d'une durée inférieure ou égale à 24h hebdomadaires ou 104h mensuelles ;</p> <p><input type="checkbox"/> Contrat de Sécurisation Professionnelle (CSP).</p> <p><u>Justificatifs à fournir</u> : contrat de travail en cours ou CSP</p> <p>Je suis :</p> <p><input type="checkbox"/> inscrit dans le cadre du « Dispositif Démissionnaire » de Transition Pro ;</p> <p><input type="checkbox"/> en service civique ;</p> <p><input type="checkbox"/> dans une autre situation (précisez, exemple congé parental ou de maternité) : .....</p> <p>Suivez-vous ou avez-vous suivi une formation au cours des 12 derniers mois ?</p> <p><input type="checkbox"/> oui (préciser quelle formation et son mode de financement) : .....</p> <p><input type="checkbox"/> non</p> <p><u>Justificatifs à fournir</u> : tout document attestant de la situation déclarée.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les personnes en position de congé maternité ou de congé parental doivent également fournir un justificatif permettant d'apprécier leur statut la veille du début dudit congé ;</li> <li>- Les salariés concernés par le « dispositif démissionnaire » doivent fournir un justificatif de dépôt de dossier sur la plateforme de Transition Pro.</li> </ul> |
| AUTRE SITUATION (NON ELIGIBLE AU FINANCEMENT REGIONAL)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <p>Je suis :</p> <p><input type="checkbox"/> salarié (hors contrats d'insertion, hors CDI inférieur ou égal à 24h/semaine et hors CDD) ;</p> <p><input type="checkbox"/> agent stagiaire ou titulaire de la fonction publique ;</p> <p><input type="checkbox"/> retraité ou j'ai dépassé l'âge légal du départ à la retraite</p> <p>Type d'employeur :</p> <p><input type="checkbox"/> Fonction Publique Hospitalière   <input type="checkbox"/> Fonction Publique de l'Etat   <input type="checkbox"/> Fonction Publique Territoriale</p> <p><input type="checkbox"/> Employeur privé/associatif</p> <p>Financement de la formation par (précisez, y compris si en attente de réponse) : .....</p> <p><u>Justificatifs à fournir</u> : attestation de prise en charge (employeur, ou organisme financeur) ou dans l'attente d'une réponse une attestation de dépôt d'un dossier de demande de prise en charge.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

**LES PIECES JUSTIFICATIVES DOIVENT IMPERATIVEMENT ETRE JOINTES A CE DOCUMENT ET RETOURNEES A L'INSTITUT DANS LES MEILLEURS DELAIS. TOUTE DECLARATION DE SITUATION INCOMPLETE ENTRAINERA LA NON PRISE EN CHARGE DE VOTRE FORMATION PAR LA REGION.**

Je soussigné(e), M./ Mme ..... déclare avoir pris connaissance des règles de financement des parcours de formations sanitaires et sociales\* et atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document.

Date et signature du candidat :

Date et signature des parents ou tuteurs  
pour les candidats mineurs :

\*Retrouvez le règlement sur le site [parcours-metier.normandie.fr/formation/aides/financement-du-parcours-de-formation\\_FSS](http://parcours-metier.normandie.fr/formation/aides/financement-du-parcours-de-formation_FSS)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <br>   | <p>INSTITUT DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE<br/>5 rue St Nicolas - 76400 FECAMP</p> <p>IFAS: 02.35.10.39.50      IFSI: 02.35.28.61.00<br/>MAIL: <a href="mailto:SECRETARIATIFI@CH-FECAMP.FR">SECRETARIATIFI@CH-FECAMP.FR</a><br/>SITE: <a href="http://WWW.IFPS-FECAMP.FR">WWW.IFPS-FECAMP.FR</a></p> | <p>Date : 11/06/2025</p> <p>Référence : T05N01-01<br/>Version : 1</p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|

**Merci de retourner la copie identifiable (nom et prénom) de votre carnet de santé (vaccinations) avant le 18 JUILLET 2025 dans un premier temps**

## PARTIE MEDICALE

*A retourner avant  
Le 22-08-2025*

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                          |                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| <br> <br> | <b>INSTITUT DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE</b><br>5 rue St Nicolas - 76400 FECAMP                                                                                                              | Date : 11/06/2025                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | IFAS: 02.35.10.39.50      IFSI: 02.35.28.61.00<br>MAIL: <a href="mailto:SECRETARIATIFI@CH-FECAMP.FR">SECRETARIATIFI@CH-FECAMP.FR</a><br>SITE: <a href="http://WWW.IFPS-FECAMP.FR">WWW.IFPS-FECAMP.FR</a> | Référence : T05N01-01<br>Version : 1 |

ANNEXE 6

## CALENDRIER VACCINAL

**FOURNIR OBLIGATOIREMENT LA COPIE DE VOTRE CARNET DE SANTE  
(pages vaccinations et maladies infantiles (ou le résultat des sérologies  
IgG))**

**A respecter pour votre mise en conformité avec la réglementation sur l'immunisation des professionnels de santé en France**

**NOM de naissance :**

**NOM marital :**

**Prénom :**

**Date de Naissance :**

**Promotion AS :**

| VACCINATIONS OBLIGATOIRES                                                                                                                                                                                                                      | A la date du | A faire | Validation |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------|------------|
| Hépatite B1                                                                                                                                                                                                                                    |              |         |            |
| Hépatite B2                                                                                                                                                                                                                                    |              |         |            |
| Hépatite B3                                                                                                                                                                                                                                    |              |         |            |
| Rappel(s) Hépatite                                                                                                                                                                                                                             |              |         |            |
| Bilan sanguin Hépatite B<br>Ac Anti HBs =                                                                                                                                                                                                      |              |         |            |
| <b>DTCP★ (dernier rappel)</b><br>★ vaccination coqueluche exigée pour les stages auprès<br>d'enfants < 6 mois                                                                                                                                  |              |         |            |
| <b>Maladies contractées dans l'enfance :</b> <div style="display: flex; justify-content: flex-end; gap: 10px;"> <input type="checkbox"/> Rougeole<br/> <input type="checkbox"/> Rubéole<br/> <input type="checkbox"/> Varicelle         </div> |              |         |            |

**Certifié exact le : ..../...../.....**  
**Médecin :**

**Signature du médecin :**

**Cachet du**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                 |                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| <br> <br> | <b>INSTITUT DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE</b><br>5 rue St Nicolas - 76400 FECAMP                                                                                                                                     | Date : 11/06/2025                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>IFAS:</b> 02.35.10.39.50 <b>IFSI:</b> 02.35.28.61.00<br><b>MAIL:</b> <a href="mailto:SECRETARIATIFI@CH-FECAMP.FR">SECRETARIATIFI@CH-FECAMP.FR</a><br><b>SITE:</b> <a href="http://WWW.IFPS-FECAMP.FR">WWW.IFPS-FECAMP.FR</a> | Référence : T05N01-01<br>Version : 1 |

ANNEXE 7

# CERTIFICAT D'APTITUDE

**Etabli par un médecin agréé par l'ARS**

(Entrée à l'Institut de Formation d'Aides-soignants de FECAMP)

Je soussigné(e) Docteur ....., médecin agréé,

Certifie que, conformément à l'article 54 de l'arrêté du 21 avril 2007 modifié par l'arrêté du 17 avril 2018 et par l'arrêté du 17 janvier 2020 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux,

Mme - Mr ..... Né(e) le ...../...../.....

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

**Le départ en stage ne sera autorisé que si toutes les vaccinations sont à jour.**

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

Signature :

Cachet :

**INSTITUT DE FORMATION D'AIDES-SOIGNANTS**  
5, Rue Saint Nicolas  
76400 FECAMP

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>  <br>RÉGION<br>NORMANDIE | <p><b>INSTITUT DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE</b><br/>5 rue St Nicolas - 76400 FECAMP</p> <p><b>IFAS:</b> 02.35.10.39.50      <b>IFSI:</b> 02.35.28.61.00<br/> <b>MAIL:</b> <a href="mailto:SECRETARIATIFI@CH-FECAMP.FR">SECRETARIATIFI@CH-FECAMP.FR</a><br/> <b>SITE:</b> <a href="http://WWW.IFPS-FECAMP.FR">WWW.IFPS-FECAMP.FR</a></p> | <p><b>Date :</b> 11/06/2025</p> <p><b>Référence :</b> T05N01-01<br/><b>Version :</b> 1</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|

# INFORMATION CROUS NORMANDIE



## BOURSES POUR LES ETUDIANTS DES FORMATIONS SANITAIRES ET SOCIALES

RENTREE DE SEPTEMBRE 2025



### PUBLIC CONCERNE PAR L'ATTRIBUTION D'UNE BOURSE

Vous avez été admis dans un institut de formation sanitaire ou sociale, après avoir confirmé votre entrée en formation, la Région peut vous attribuer une bourse d'étude, sous certaines conditions. Néanmoins, si vous êtes dans l'une des situations suivantes, vous n'êtes pas éligible à l'octroi de cette aide :

- Les bourses de l'enseignement secondaire ou d'un autre département ministériel,
- Toute rémunération versée : aux fonctionnaires stagiaires, titulaires ou contractuels de la fonction publique, (traitement, salaires, indemnisation au titre du congé de formation professionnelle, ...),
- Aux salariés, sauf pour les personnes sous contrats de travail assimilés jobs étudiants ou précaires (CDD <15H/semaine, intérim),
- Aux personnes sous contrat d'apprentissage ou contrat de professionnalisation,
- La rémunération des stagiaires de la formation professionnelle versée par la Région Normandie,
- Les allocations de retour à l'emploi versées par France Travail ou par leur employeur, sauf pour les parents isolés.

*Attention : en cas de cumul de l'aide régionale avec l'une de ces aides, un ordre de reversement sera émis à l'encontre du bénéficiaire.*

### PROCEDURE DE DEMANDE DE BOURSE

- Connexion impérative **avant le 15/10/2025** à l'adresse suivante : <https://messervices.etudiant.gouv.fr>, cliquer sur la tuile « D.S.E 2025-2026 »

Attention : Une adresse mail valide est nécessaire pour la constitution de votre dossier, ainsi qu'un INES (numéro Identifiant National Etudiant), le même INES doit être utilisé tout au long du cursus.

- **Pour transmettre vos documents ainsi que la fiche de renseignements spécifiques Région obligatoire** complétée et signée (disponible sur le site Internet du CROUS Normandie - Rubrique Bourses et aides financières – Guide et documents téléchargeables) :



Aller sur <https://messervices.etudiant.gouv.fr>, cliquez sur « D.S.E 2025-2026 », « Mes dossiers », « Autres options du dossier », « gérer les pièces justificatives »

*Attention : le dossier sera considéré comme incomplet et donc rejeté si la fiche de renseignements spécifiques n'est pas jointe au dossier.*

- Réception d'une **notification du CROUS par courrier électronique** (notification d'attribution conditionnelle, de demande de pièce complémentaire ou de refus).
- En cas de demande de pièces complémentaires : les renvoyer **dans un délai de 10 jours** :

Sur <https://messervices.etudiant.gouv.fr>, depuis sur « D.S.E 2025-2026 », « Mes dossiers », « Autres options du dossier », « gérer les pièces justificatives »

Présentation de la notification à l'institut de formation avant le 15/12/2025. Dans le cas où la notification d'attribution conditionnelle n'est pas transmise dans ces délais, le versement de la bourse s'effectuera sans rétroactivité. Le paiement aura lieu à partir du mois suivant la transmission de la notification conditionnelle à l'établissement.

*Attention : le renouvellement de la bourse d'études n'est pas automatique. Il doit faire l'objet d'une nouvelle saisie chaque année selon le calendrier ci-dessus.*

Pour plus d'informations, consultez le site <https://www.crous-normandie.fr/bourses-et-aides-financieres/les-bourses-detudes-regionales-pour-les-apprenants-des-formations-sanitaires-et-sociales/>



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                               |                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <br> <br> | <b>INSTITUT DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE</b><br><b>5 rue St Nicolas - 76400 FECAMP</b>                                                                                                                            | <b>Date : 11/06/2025</b>                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>IFAS: 02.35.10.39.50      IFSI: 02.35.28.61.00</b><br><b>MAIL: <a href="mailto:SECRETARIATIFI@CH-FECAMP.FR">SECRETARIATIFI@CH-FECAMP.FR</a></b><br><b>SITE: <a href="http://WWW.IFPS-FECAMP.FR">WWW.IFPS-FECAMP.FR</a></b> | <b>Référence : T05N01-01</b><br><b>Version : 1</b> |



Félicitations pour avoir finalisé votre dossier d'inscription à l'IFAS de Fécamp !

*C'est une étape importante vers votre future carrière.*

Nous vous souhaitons une excellente année de formation à l'IFAS.

