INSTITUT DE FORMATION AIDE-SOIGNANT
Centre Hospitalier de Lavaur- BP 85 – 81500 LAVAUR
Tél. : 05.63.83.30.60- Courriel : secretariat.eas@ch-lavaur.fr

Lavaur, le 16 Octobre 2026

OBJET : Rentrée en IFAS le Lundi 4 Janvier 2027

Madame, Monsieur,

Vous avez confirmé votre intention d'entreprendre vos études à l'IFAS de Lavaur. Félicitations et bienvenue dans notre établissement.

Vous devez à présent, effectuer votre inscription administrative dans notre établissement, en renvoyant le dossier d'inscription, par mail, par courrier postal à l'adresse suivante : Centre Philippe Pinel- Route de Toulouse- 81500 LAVAUR, ou, en le déposant dans la boite aux lettres de l'IFAS de Lavaur.

DELAI D'INSCRIPTION :

A COMPTER DE CE COURRIER,

VOUS AVEZ JUSQU'AU VENDREDI 20 NOVEMBRE 2026

Réunion de pré-rentrée : **Mardi 8 Décembre 2026 de 9h à 12h**
Rentrée de la promotion 2027 : **Lundi 4 Janvier 2027 à 8h30**

Attention, TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA REJETE. Tous les documents demandés sont obligatoires, aucune entrée en formation ne sera autorisée, si votre dossier est incomplet. Aucun certificat de scolarité ne pourra être délivré avant la date de rentrée.

A réception de votre dossier le secrétariat vous adressera un mail pour accuser réception de celui-ci.

Soyez assuré (e), Madame, Monsieur, de ma considération la plus parfaite.

La Directrice des Soins,
Coordonnatrice Générale du GCS des Instituts de Formation aux Métiers de la Santé d'Albi, IFSI et IFAS,

Catherine MULLER

Catherine MULLER
Directrice de l'IFAS de Lavaur

INSTITUT DE FORMATION AIDE-SOIGNANT
Centre Hospitalier de Lavaur- BP 85 – 81500 LAVAUR
Tél. : 05.63.83.30.60- Courriel : secretariat.eas@ch-lavaur.fr

DOSSIER D'INSCRIPTION A L'ENTREE EN FORMATION AIDE SOIGNANT 2027- IFAS LAVAUR

NOM DE NAISSANCE	Prénom(s)	NOM D'USAGE

❑ **Je confirme mon entrée en formation aide-soignant**
❑ **Je demande un report de formation** ➔ fournir une attestation de demande de report. Article 13 nouveau du référentiel de formation profession AS du 7 avril 2020 (modifié par les arrêtés du 12 avril 2021 et du 10 juin 2021)

VAE	Unités de formation validées en VAE	
	Unités de formation à réaliser en formation	
	Date 1ère présentation 1er jury plénier	

LISTE DE DOCUMENTS A FOURNIR

	RÉSERVÉ A L'IFAS	
ADMINISTRATIF	**COMPLET**	**A COMPLETER**
FICHE 1 : Administrative - complétée		
2 photocopies de la carte d'identité ou du passeport ou de la carte de séjour en cours de validité		
1 photo d'identité (nom et prénom au dos de la photo)		
1 justificatif de votre lieu d'habitation pendant les études (quittance loyer, EDF...)		
1 demande d'aménagement des épreuves pour les apprenants en situation de handicap		
FICHE 2 : Pédagogique - complétée		

SANTE	**COMPLET**	**A COMPLETER**
1 Certificat médical établi par un médecin agréé (*) attestant que **le candidat ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession d'aide- soignante** (*) La liste des médecins agréés est détenue par l'A.R.S. du département de résidence (à consulter sur internet : « médecins agréés sur département de résidence »).		
FICHE 3 : Certificat médical de vaccinations conforme à la règlementation d'immunisation en vigueur, fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France.		

ASSURANCE	**COMPLET**	**A COMPLETER**
Couverture sociale		
1 photocopie de l'attestation de droit sur laquelle figure votre nom		
Assurance personnelle		
1 attestation « responsabilité civile » libellée au nom de l'apprenant, pour l'ensemble des risques suivants qui pourraient survenir tant lors des stages en établissement de santé, que lors des trajets occasionnés par ceux-ci : Accidents corporels causés aux tiers/Accidents matériels causés aux tiers/Dommages matériels **Pour la période du 4 Janvier au 3 Décembre 2027.**		

FICHE 4 : Information bourse		
FICHE 5 : Information prise en charge FPC		

INSTITUT DE FORMATION AIDE-SOIGNANT
Centre Hospitalier de Lavaur- BP 85 – 81500 LAVAUR
Tél. : 05.63.83.30.60- Courriel : secretariat.eas@ch-lavaur.fr

FICHE 1 : ADMINISTRATIVE ANNEE 2027

IDENTITÉ

NOM : ……...

Prénom …….

NOM d'usage ……...

Date de naissance : …… Lieu de naissance : ……. Dpt : ……

Nationalité : ……

N° sécurité sociale (ou n° INSEE) : - -- -- -- --- --- -- (13 chiffres + clé)

J'autorise le service organisateur, la DREETS à publier mes Nom et Prénom sur internet dans le cadre de la diffusion des résultats :

Oui ❑ **Non** ❑

ADRESSE POSTALE

N°, rue, libellé voie… : …….

Code Postal : ……. Ville : …….

N° de téléphone Portable : …… N° de téléphone Fixe : …….

Adresse mail : …….

ADRESSE POSTALE DE RESIDENCE PENDANT VOS ETUDES A L'IFAS (si différente)

N°, rue, libellé voie… : ……

Code Postal : ……. Ville : …….

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom – Prénom : ……Lien : ……

Téléphone : ……Mail : ……

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARENTS (pour les apprenants mineurs)

Nom et prénom du père : ……

N° de téléphone : ……. Adresse mail : …….

Nom et prénom de la mère : ……

N° de téléphone : ……. Adresse mail : …….

NIVEAU D'ÉTUDE - DIPLÔME – TITRE

NIVEAU D'ETUDES **INTITULÉ DIPLÔMES ou TITRES**	**Série**	**Année**	**Obtention diplôme ou titre**	
			OUI	**NON**

FORMATIONS SUIVIES **Merci de compléter ce tableau avec précisions**

INTITULÉ DE LA FORMATION	**Année**	**Obtention diplôme**	
		OUI	**NON**

Titulaire de l'AFGSU de niveau 2 OUI ❑ NON ❑ (si oui, fournir l'attestation)

SITUATION PROFESSIONNELLE AVANT L'ENTREE EN FORMATION

A. J'occupe un emploi actuellement : ☐ OUI ☐ NON

Précisez l'emploi occupé : _____

Je suis salarié(e) sous contrat à durée déterminée : ☐ OUI ☐ NON

Date début : _____ Date fin : _____

Je suis salarié(e) sous contrat à durée indéterminée ☐ OUI ☐ NON

Avez-vous demandé un congé individuel de formation ☐ OUI ☐ NON

Nom de l'organisme :_____

B. Je suis inscrit(e) à France Travail : ☐ OUI ☐ NON

Date de votre dernière inscription _____N° identifiant Pôle Emploi _____

C. Je vais m'inscrire à France Travail : ☐ OUI ☐ NON

J'ai des droits ouverts à France Travail ☐ OUI ☐ NON

Du _____ au_____

Type d'allocation :_____

D. Personne sans emploi, non inscrite à France Travail, non indemnisée par France Travail :

☐ OUI ☐ NON

FORMATION INITIALE – POURSUITE DE SCOLARITE

→ Prise en charge des frais de scolarité par la région

☐ Néo-bachelier (bac en 2026 donc poursuite d'études)

Etes-vous demandeur de bourses

→ *Fiche 4 : Information bourses*

☐ Demandeur d'emploi

Numéro identifiant : _____Date d'inscription à Pôle Emploi : _____

Ouverture des droits : _____Durée de l'indemnisation : _____

☐ Salarié rémunéré pendant la formation

Coordonnées de l'employeur et Nom du contact :_____

Adresse postale :_____

Adresse mail : _____Téléphone : _____

FORMATION CONTINUE - REPRISE DE SCOLARITE

□ Fonctionnaire en activité □ Fonctionnaire en disponibilité

□ Salarié (CDI ou CDD en congés parental)* □ Contractuel (CDD) en activité*

*Secteur médico-social □ Autre □ Préciser : _____

□ Contractuel (CDD) en congé sans solde

Percevrez-vous une rémunération pendant la formation □ OUI □ NON En cours □

Prise en charge de la formation : Coût pédagogique = 8500 €

□ AUTOFINANCEMENT

□ EMPLOYEUR □ OPCO □ AUTRE préciser :

Préciser l'organisme ou la Structure qui finance la formation ⟶ **Fiche 5** : Attestation de prise en charge de l'organisme ou de la structure qui finance la formation à défaut d'autofinancement.

Coordonnées employeurs ou OPCO Nom du contact

Coordonnées employeurs ou OPCO et Nom du contact : _____

Adresse postale : _____

Adresse mail : _____Téléphone : _____

La convention doit être établie et signée avec l'IFAS et/ou l'organisme et l'apprenant avant l'entrée en formation. Votre entrée en formation est subordonnée à la signature de la convention.

□ Demandeur d'emploi ⟶ **Prise en charge des frais de scolarité par la région**

Numéro identifiant : _____Date d'inscription à France Travail : _____

Ouverture des droits : _____Durée de l'indemnisation : _____

INSTITUT DE FORMATION AIDE-SOIGNANT
Centre Hospitalier de Lavaur- BP 85 – 81500 LAVAUR
Tél. : 05.63.83.30.60- Courriel : secretariat.eas@ch-lavaur.fr

FICHE 2 : PEDAGOGIQUE

Cette fiche a pour objectif de mieux vous connaître et de permettre à l'équipe pédagogique d'établir votre parcours de stage.

1. IDENTITE

NOM DE NAISSANCE : _____ NOM D'USAGE : _____

Prénom(s) : _____

Date de naissance : _____ Âge : _____

Aménagement d'épreuves OUI □ NON □ si oui, fournir un justificatif de la MDPH

2. SITUATION DE FAMILLE

Célibataire □ Marié(e) □ Pacsé(e) □ Concubinage □ Veuf /veuve□ Divorcé(e) □

Nombre d'Enfants : _____ Âges enfants : _____

3. ADRESSE POSTALE

N°, rue, libellé voie… : _____

Code Postal : _____ Commune : _____

Téléphone Portable : _____ Téléphone fixe : _____

Adresse Mail _____ @_____

ADRESSE POSTALE DE RESIDENCE PENDANT VOS ÉTUDES A L'IFAS (si différente)

N°, rue, libellé voie… : _____

Code Postal : _____ Commune : _____

Téléphone Portable : _____ Téléphone fixe : _____

Adresse Mail _____ @_____

□ Recherches en cours Lieu souhaité : _____

4. MOBILITÉ

Mobilité indispensable

Permis voiture : □ OUI □ NON. Si passage en cours, préciser date du passage de l'examen : _____

Véhicule : □ OUI □ NON.

5. DIPLÔME(S) EN DEHORS DU DOMAINE SANITAIRE OU MEDICO-SOCIAL

Diplôme		Date obtention	
Diplôme		Date obtention	

6. DIPLÔME DANS LE DOMAINE DU SANITAIRE OU MEDICO-SOCIAL

Diplôme		Date obtention	
Diplôme		Date obtention	

7. AFGSU de niveau 2

Etes-vous titulaire de l'AFGSU de niveau 2 : □ OUI □ NON Si oui : Date obtention : _____

Joindre la photocopie certifiée conforme.

8. VOTRE PARCOURS PROFESSIONNEL – HORS SECTEUR SANITAIRE OU MEDICO-SOCIAL

Fonction	Etablissement - Ville	Date	Durée (mois/années)

9. VOTRE PARCOURS PROFESSIONNEL – EN SECTEUR SANITAIRE OU MEDICO-SOCIAL

Fonction (ASH – FFAS…)	Structure - Ville	Service	Date	Durée (mois/années)

10. PARCOURS DE STAGE - EN SECTEUR SANITAIRE OU MEDICO- SOCIAL

STAGE qualité (BAC PRO, BEP, Prépa, Pôle emploi…)	Structure - Ville	Service	Date	Durée (mois/années)

11. PARCOURS DE STAGE – FORMATION AS

Votre parcours de stage est réalisé en fonction de vos expériences et dans le respect du référentiel de formation.
Les stages peuvent être réalisés sur l'ensemble du territoire.
Au moins un stage sera réalisé en dehors de votre commune de résidence lors de la formation.
Le choix du parcours de votre stage est réalisé par l'équipe pédagogique.

Vous pouvez, proposer trois vœux précis de stage si vous le souhaitez. Indispensable pour les cursus partiels.

Vœu 1	Vœu 2	Vœu 3

Important : Merci de citer ci-dessous les structures et services dans lesquels une de vos connaissances (parents, amis…) travaille et/ou est décédée…

❑	❑
❑	❑
❑	❑

12. PROJET PROFESSIONNEL

Après l'obtention de votre diplôme, savez-vous auprès de quel établissement ou organisme vous souhaiteriez poser votre candidature ?

⇨

DATE ET SIGNATURE :

NB. : Toutes les données et informations portées sur ce document sont strictement confidentielles. Elles sont nécessaires au besoin du service.

En application de la loi française "Informatique et Liberté" du 6 Janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données vous concernant. Pour l'exercice de ces droits, vous pouvez nous contacter

INSTITUT DE FORMATION AIDE-SOIGNANT
Centre Hospitalier de Lavaur- BP 85 – 81500 LAVAUR
Tél. : 05.63.83.30.60- Courriel : secretariat.eas@ch-lavaur.fr

FICHE 3 : CERTIFICAT MEDICAL DE VACCINATIONS

Conforme à la réglementation en vigueur
fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France.

Je soussigné, Docteur *(Nom-Prénom)* **.....**

Atteste que l'état vaccinal de M/Mme *(Nom-Prénom)* **.....**

☐ **est compatible** avec la mise en stage conformément aux conditions d'immunisation des professionnels de santé en France.

☐ **n'est pas compatible** avec la mise en stage conformément aux conditions d'immunisation des professionnels de santé en France.

Fait à ..... le .....

Signature et cachet du médecin :

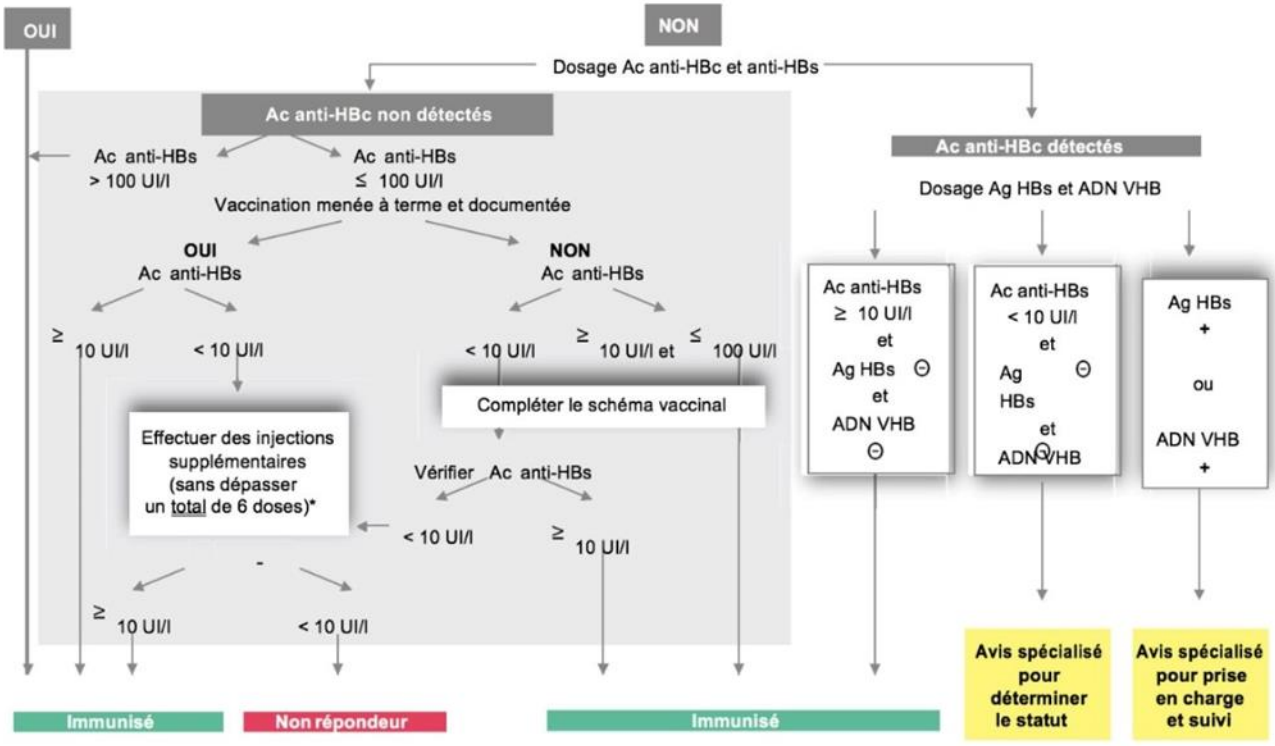
L'admission définitive dans un institut de formation préparant au Diplôme d'Etat d'Aide-Soignant est subordonnée à ce certificat.

Textes de référence

- Articles L.3111-1, L.3111-4 et L.3112-1 du code de la santé publique (CSP)
- Arrêté du 15 mars 1991 fixant la liste des établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins dans lesquels le personnel exposé doit être vacciné, modifié par l'arrêté du 29 mars 2005 (intégration des services d'incendie et de secours)
- Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiniques
- Arrêté du 6 mars 2007 relatif à la liste des élèves et étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des autres professions de santé pris en application de l'article L.3111-4 du CSP
- Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux (Titre III)
- Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L.3111-4 du CSP
- Calendrier vaccinal en vigueur (cf. Site du ministère chargé de la santé : http://www.sante.gouv.fr/vaccinations-vaccins-politique-vaccinale.html)

VACCINATIONS	
OBLIGATOIRES	**RECOMMANDÉES**
DIPHTERIE TETANOS POLIOMYELITE **HEPATHITE B**	Selon la calendrier vaccinal en vigueur, pour des professionnels de santé, il est par ailleurs recommandé d'être immunisé contre : **LA COQUELUCHE - LA ROUGEOLE - LA RUBÉOLE - LA VARICELLE - LA GRIPPE SAISONNIÈRE - COVID 19**

Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 et dont les conditions sont fixées par l'arrêté du 2 août 2013



* Sauf cas particulier voir 4° de l'annexe 2 de l'arrêté Légende : Ac : anticorps ; Ag : antigène ; VHB : virus de l'hépatite B

INSTITUT DE FORMATION AIDE-SOIGNANT
Centre Hospitalier de Lavaur- BP 85 – 81500 LAVAUR
Tél. : 05.63.83.30.60- Courriel : secretariat.eas@ch-lavaur.fr

FICHE 4 : INFORMATION BOURSES

La procédure pour les apprenants souhaitant faire une demande de bourse est la suivante :

- Suivre le Lien du site de dépôt des demandes : **https://www.laregion.fr/bourses-etudes-sanitaires-sociales**

- Ouverture du site :

  - **Courant Janvier 2027**

Tout dépôt de dossier hors délai, au-delà des dates butoirs visées ci-dessus, sera définitivement rejeté.

Code établissement : LAVAUR2627

Du 1er décembre 2026 au 15 mars 2027

INSTITUT DE FORMATION AIDE-SOIGNANT
Centre Hospitalier de Lavaur- BP 85 – 81500 LAVAUR
Tél. : 05.63.83.30.60- Courriel : secretariat.eas@ch-lavaur.fr

FICHE 5

Uniquement pour les agents en promotion professionnelle

ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE FPC

DE LA FORMATION AIDE SOIGNANT DIPLOME D'ETAT

ANNEE 2027

Je soussigné (e), (Nom et adresse de la structure ou OPCA ou Apprenant pour un autofinancement),

_____

Atteste prendre en charge le coût pédagogique de la formation de 8500 € pour un parcours complet, conduisant au Diplôme D'Etat d'Aide-Soignant, dispensée par l'Institut de Formation Aide-Soignante de Lavaur,

concernant M. ou Mme _____

Fait à……, Le …….

Signature et cachet
(pour l'organisme ou la structure)

Signature de l'apprenant
(pour autofinancement)

NB : joindre le devis signé à cette attestation