

**DOSSIER ADMINISTRATIF
ENTRÉE EN FORMATION
AIDE-SOIGNANT
Rentrée le 31 août 2026 - 09h00**

*Ce dossier est strictement réservé aux candidats admis en IFAS et
ayant confirmé leur place.*

Vous devez imprimer ce dossier



Recto uniquement
et sans agrafes



Le dossier doit être retourné **par voie postale**, accompagné des pièces demandées dans les 15 jours après votre acceptation de rentrée à l'IFAS.

L'admission à l'IFAS est subordonnée à l'envoi de l'ensemble des documents à l'adresse suivante :

Centre Hospitalier – IFAS
Rentrée 2026/2027
1060 Chemin de la Madeleine
CS 40001
11010 CARCASSONNE CEDEX

Pour tout renseignement,
Vous pouvez nous joindre au 04.30.51.24.02
accueil.institut@ch-carcassonne.fr

Elèves Aides-Soignants

PROMOTION 2026/2027

N/Réf. : 2026/CN/CS
Objet : Rentrée 2026/2027

Madame, Monsieur,

Vous avez été admis(e) à l'institut de formation Aide-Soignant de Carcassonne. L'équipe pédagogique, administrative et moi-même sommes heureux de vous accueillir au sein de l'IFAS.

Je vous informe que la **rentrée** est fixée au **lundi 31 août 2026 à 9h00** (IFMS Avenue du Docteur Suzanne Noël)

Toutes les modalités d'organisation et le calendrier d'alternance vous seront détaillés par les équipes pédagogiques et administratives le lundi 31 août 2026.

J'attire votre attention sur la nécessité de nous retourner dans le délai précisé, (dans les 15 jours après votre acceptation de rentrée à l'IFAS), l'ensemble des pièces indispensables à la constitution de votre dossier.

Restant à votre disposition, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

La Directrice de l'IFMS

Christelle NERZIC

FORMALITES ADMINISTRATIVES A ACCOMPLIR

VACCINATION :

Conformément à la réglementation en vigueur l'arrêté du 2 mars 2017 suspendant les annexes I et II de l'arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L 3111-4 du code de la santé publique et pour votre protection vis-à-vis des maladies infectieuses et avant votre 1^{ère} mise en stage, il est obligatoire d'être à jour des vaccinations.

Vous devez fournir une attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires.

Elle est indispensable et conditionne la mise en stage_(Annexe 2) à faire compléter et signer par le médecin agréé.

La vaccination contre l'Hépatite B est obligatoire pour tout élève/étudiant paramédical.

Pour ceux qui ne sont pas vaccinés, il est impératif de commencer le plus rapidement possible la première injection (hépatite B). Plusieurs injections sont nécessaires pour atteindre le taux d'anticorps attendu.

APTITUDE :

Vous devez fournir un certificat émanant d'un médecin agréé Certificat médical d'aptitude (Annexe 3).

Ce certificat atteste que vous présentez les aptitudes physiques et psychologiques nécessaires à l'exercice de la profession. La liste des médecins agréés est consultable sur le site de l'ARS de votre Région. (<https://www.occitanie.ars.sante.fr/medecins-agrees-13>)

INFORMATIONS DIVERSES

1. DEMANDE DE BOURSE

Les candidats admis qui souhaitent faire une demande de bourse sanitaire et sociale régionale au titre de la rentrée de septembre 2026, peuvent saisir en ligne.

<https://www.laregion.fr/bourses-etudes-sanitaires-sociales>

Code Etablissement demandé en début de saisie : **IFASCARCASSONNE2627**

(ce code est réservé uniquement aux élèves de l'IFAS de Carcassonne. Par ailleurs la Région demandera à l'IFAS une confirmation de votre inscription).

2. COUT DE LA FORMATION

- Les études sont prises en charge par la Région Occitanie pour les élèves qui justifieront au plus tard la veille de la rentrée de septembre 2026 du statut de demandeur d'emploi ou de « poursuite de scolarité ».

On entend par poursuite de scolarité une personne inscrite dans un cursus scolaire depuis le secondaire et qui n'a jamais quitté le cursus.

- Pour les élèves en formation continue, le coût doit être pris en charge par l'employeur ou l'organisme paritaire (OPCO) au sein duquel le candidat aura fait une demande.
- Pour les élèves qui ne rempliront pas une des conditions énumérées ci-dessus (personnes en disponibilité, autre...), le coût de la formation est à leur charge.

Pour l'année 2026/2027, le tarif s'élève à 8 500 € TTC.

Il vous est demandé de compléter **l'annexe 5** afin de nous renseigner sur votre situation à l'entrée en formation.

3. FRAIS A PREVOIR AU COURS DE LA FORMATION

Pour le bon déroulement de votre formation, il est conseillé d'avoir :

- **Un ordinateur portable et une imprimante** pour la réalisation des travaux écrits à rendre.
- **Votre permis de conduire et un véhicule** pour vos déplacements en stages.

CONSTITUTION DU DOSSIER D'INSCRIPTION ADMINISTRATIVE

A classer dans l'ordre ci-dessous

NOM et Prénom :	Colonne réservée à l'IFAS	
DOSSIER ADMINISTRATIF	CC	CP
DOCUMENTS CI-JOINTS A FOURNIR, COMPLETER et SIGNER		
☐ Fiche d'identification complétée, datée et signée (annexe 1)		
☐ La photocopie couleur d'une pièce d'identité en cours de validité (carte d'identité, passeport, titre de séjour, uniquement) recto/verso sur la même page. Pour information, votre pièce d'identité devra être valide au moment de votre présentation au Diplôme d'Etat, nous vous demandons donc de faire renouveler dès maintenant votre pièce d'identité si celle-ci n'est plus valide.		
☐ Attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires (annexe 2)		
☐ Le certificat médical (ci-joint) à faire compléter par un <u>Médecin départemental agréé</u> attestant que le candidat ne présente pas de contre-indication physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession infirmier(e). (Liste médecins agréés : https://www.occitanie.ars.sante.fr/medecins-agrees-13). (annexe 3)		
☐ La photocopie des vaccinations notées sur votre carnet de santé.		
☐ L'attestation de droit à l'image / L'attestation des moyens de locomotion (annexe 4)		
☐ Pour les candidats bacheliers 2026, la photocopie de leur relevé de notes du baccalauréat.		
☐ Copie du/des diplôme(s) obtenus pouvant permettre un allègement de formation		
☐ La photocopie de votre carte vitale avec votre propre numéro de sécurité sociale.		
☐ L'attestation d'ouverture de droits à la sécurité sociale de votre département de moins de 6 mois (téléchargeable sur le site : ameli.fr ou sur une borne de la sécurité sociale).		
☐ La fiche de renseignements pour la prise en charge financière de votre formation (annexe 5)		
☐ La fiche de renseignements « Stages » (annexe 6)		
☐ La fiche de recueil d'informations pour l'accompagnement de l'étudiant en situation de handicap (annexe 7)		
☐ L'attestation d'assurance couvrant les risques professionnels et la responsabilité civile des élèves aide-soignant (voir modalités dans livret d'accueil – page 5 - "La responsabilité civile et risques professionnels").		

Annexe 1

FICHE D'IDENTIFICATION

Promotion AS :
2026 - 2027

A REMPLIR LISIBLEMENT

NOM de Naissance :

Nom marital :

Prénom :

Autres prénoms :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Département de naissance :

Situation familiale :

Nombre d'enfants et âge :

N° Sécurité Sociale :

Adresse familiale :

.....

Adresse pendant les études :

.....

N° de Tél. mobile :

Adresse Email :

Situation de handicap : reconnaissance administrative d'un handicap ou d'une perte d'autonomie.

☐ Oui

☐ Non

Merci de signaler si vous êtes porteur de handicap pour que nous puissions favoriser votre accueil et vos enseignements.

Joindre un certificat médical précisant la nature du handicap et les aménagements nécessaires.

Etes-vous allergique au latex ?

☐ Oui

☐ Non

Permis B :

☐ Oui

☐ Non

Moyen de locomotion :

Immatriculation : Modèle : Couleur :

Diplômes obtenus ou niveau d'études	Date d'obtention du diplôme	Ville d'obtention du diplôme
-		
-		

Annexe 1 (suite)

PERSONNE(S) DE CONFIANCE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

NOM : _____ Prénom : _____

N° de Téléphone portable : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

MAIL :

Adresse :
.....

NOM : _____ Prénom : _____

N° de Téléphone portable : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

MAIL :

Adresse :
.....

Fait à, le

Signature de l'élève

ANNEXE 2

A compléter par le Médecin Agréé

ATTESTATION MEDICALE D'IMMUNISATION ET DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES

Ce document est à renseigner uniquement si le schéma vaccinal est COMPLET.

Je soussigné(e) Docteur Médecin agréé sous le
numéro d'agrément certifie que :

M/Mme

- Candidat(e) admis(e) en formation aide-soignant(e),

A été vacciné(e) :

- **CONTRE LA DIPHTERIE LE TETANOS ET LA POLIOMYELITIS** : (Arrêté du 02 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 du code de la santé publique).

Dernier rappel effectué :		
Nom du vaccin :	Date :	N° lot :

- **CONTRE L'HEPATITE B :**

Le schéma vaccinal doit être obligatoirement complet avant le 1^{er} départ en stage. (Arrêté du 2 mars 2017 suspendant les annexes 1 et 2 de l'arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 du code de la santé publique).

Selon les conditions définies, il/elle est considéré(e) comme :

Immunisé(e) contre l'hépatite B : ☐ oui ☐ non

☞ Compléter ci-dessous le schéma vaccinal reçu :

Schéma vaccinal standard :	Schéma accéléré – vaccin Engerix
1 ^{ère} dose (M0) le: / /	1 ^{ère} dose (J0) le: / /
2 ^{ème} dose (M1) le: / /	2 ^{ème} dose (J7) le: / /
3 ^{ème} dose (M2) le: / /	3 ^{ème} dose (J21) le: / /
Taux d'Ac anti-Hbs:	Taux d'Ac anti-Hbs:
- Résultat: UI/ml le / /	- Résultat: UI/ml le / /
- Si < à 10 UI/l, 4 ^{ème} injection faite le / /	- Si < à 10 UI/l, 4 ^{ème} injection faite le / /

Je soussigné(e) Docteur certifie que M. ou Mme est à
jour de ses vaccins pour exercer ou aller en stage en milieu de soins, conformément aux arrêtés et décrets ci-dessus en référence.

Certificat établi le : / /

Signature et cachet du médecin agréé

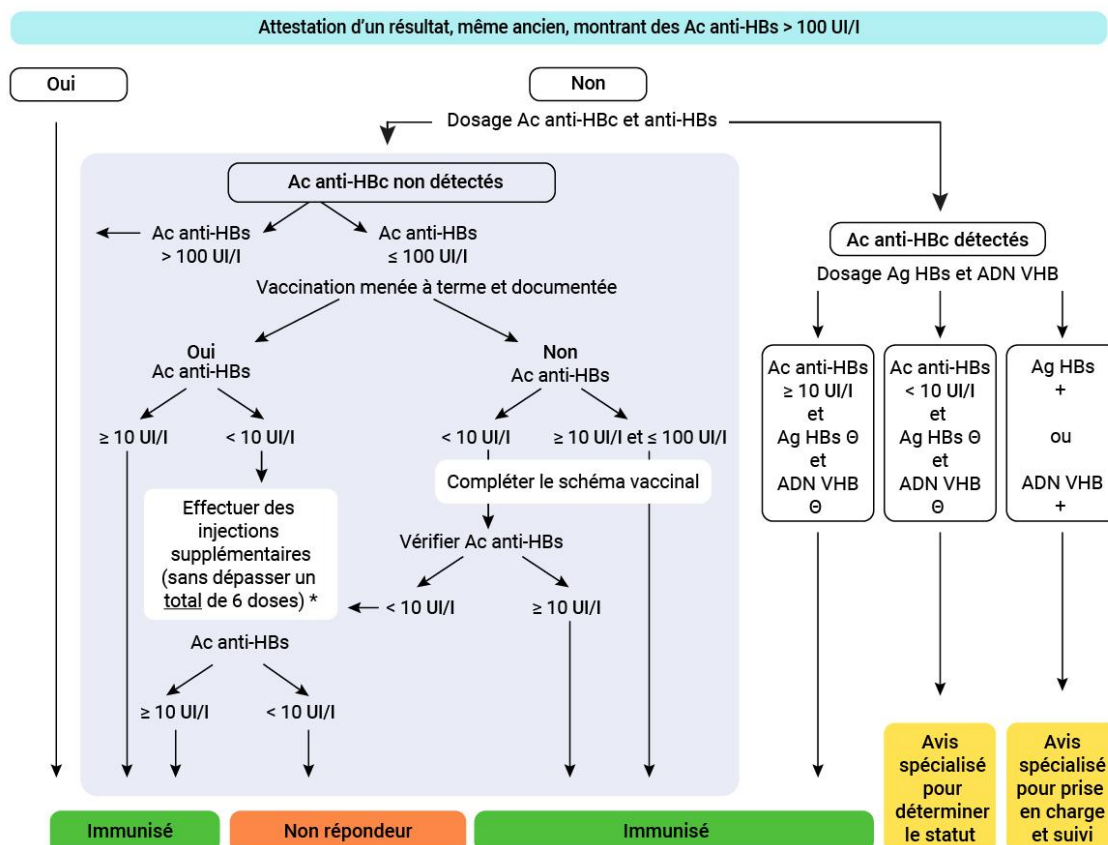
Textes de référence

- 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) :

<https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/vaccination/calendrier-vaccinal>

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.



Ac : anticorps - Ag : antigène - VHB : virus de l'hépatite B

* Sauf cas particulier voir 4° de l'annexe 2 de l'arrêté.

Annexe 3

A compléter par le Médecin Agréé

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE

Je soussigné(e) docteur médecin
agréé sous le numéro d'agrément certifie avoir examiné
le / / L'élève en en formation aide-soignante suivant(e) :

Nom de naissance : Prénom :

Nom de mariée :

Date de naissance : / /

et atteste que la personne susnommée possède :

- ☐ L'aptitude physique,
☐ L'aptitude psychologique,

à intégrer un institut de formation aide-soignant et d'y suivre l'intégralité des unités
d'enseignement théorique et la formation clinique inhérentes au recueil des
principaux textes relatifs au diplôme d'Etat.

Certificat établi le / /

Signature et cachet du médecin agréé

La liste des médecins agréés est consultable sur le site de l'ARS de votre Région.
<https://www.occitanie.ars.sante.fr/medecins-agrees-13>

Annexe 4

ATTESTATION : DROIT A L'IMAGE ET PUBLICATION SUR INTERNET

Je soussigné(e),

Nom :

Prénom :

1/ PUBLICATION EN LIGNE

Lors de la publication en ligne des résultats du Diplôme d'Etat d'Aide-Soignant, j'autorise la Direction Régionale de l'Economie de l'Emploi du Travail et des Solidarités (DREETS Occitanie) à mentionner mon nom sur la liste des admis.

(Dans le cas où vous n'êtes pas favorable à la publication en ligne de votre nom, nous vous invitons à nous faire parvenir une demande écrite d'opposition).

2/ DROIT A L'IMAGE

Lors de séances récréatives, de travaux pratiques ou de travaux dirigés effectués au sein de l'IFMS de Carcassonne, je donne mon accord pour être photographié(e) ou filmé(e).

(Dans le cas où vous n'êtes pas favorable à être photographié(e) ou filmé(e), nous vous invitons à nous faire parvenir une demande écrite d'opposition).

Date

Signature de l'élève

ATTESTATION : MOYEN DE LOCOMOTION

3/ MOYEN DE LOCOMOTION

Je m'engage :

A avoir un moyen de locomotion pour me rendre sur les différents lieux de stage au vue de la programmation pédagogique.

Fait à, le

Signature de l'élève

*(Si l'élève est mineur(e) le 31 août 2026, précisez :
Nom – Prénom, coordonnées et signature des parents ou tuteur légal)*

Annexe 5

ATTESTATION DE SITUATION ET LETTRE D'ENGAGEMENT DE FINANCEMENT

1. Votre situation à la rentrée du 31 août 2026

Je soussigné(e)

Atteste que je suis :

☐ Demandeur d'emploi

N° d'identifiant France travail :

☐ Date d'inscription à France travail :

(Fournir un avis de situation France travail)

Etes-vous indemnisé(e) par France travail (**fournir un justificatif**)

☐ OUI ☐ NON

- ☐ En poursuite de scolarité (fournir un certificat de scolarité de l'année précédant l'entrée en formation)
- ☐ En promotion professionnelle (fournir une attestation de prise en charge de l'employeur)
- ☐ En disponibilité
- ☐ CFA
- ☐ Autre (Préciser

2. Lettre d'engagement de prise en charge individuelle

A défaut d'une prise en charge par un organisme financeur, par votre employeur ou la Région, vous vous engagez à financer vous-même votre formation.

☐ Oui

☐ Non

Date :

Signature :

Annexe 6

FICHE DE RENSEIGNEMENTS « STAGES »

Nom : Nom de marié(e) :

Prénom : Age : ans.

Stages effectués dans le domaine sanitaire et social.

Précisez le nom de l'établissement, du service et de la ville ainsi que la durée du stage.

-
-
-
-

Emplois dans le secteur sanitaire et social.

Précisez le nom de l'établissement, du service, de la ville, la qualification et la durée de l'exercice professionnel.

-
-
-
-

Personnes que vous connaissez personnellement (professionnel de santé, résident d'un EHPAD)

Préciser le nom de la structure.

-
-

Annexe 7

Fiche de recueil d'informations pour l'accompagnement de l'élève en situation de handicap

A compléter si vous le souhaitez (facultatif)

Nom de l'élève :

Prénom :

Renseignement concernant le handicap ou la perte d'autonomie :

Votre type de handicap :

Déficiences motrices : ☐ membre(s) supérieur(s) ☐ membre(s) inférieur(s)

Maladies invalidantes : ☐ souhaitez-vous préciser :

Déficiences visuelles : ☐ Déficiences auditives : ☐

Troubles psychiques : ☐ Déficiences intellectuelles : ☐

Vos besoins en aides techniques :

Aucune ☐ Canne, béquille ☐ Déambulateur ☐ fauteuil roulant ☐

Autres aides techniques merci de préciser :

Votre capacité à monter des marches :

Impossible ☐ 1 à 4 marches ☐ 1 étage ☐

AUTRES BESOINS, précisez :

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

Référent Handicap :

Madame FABREGUETTE Béatrice
Cadre de Santé Formateur

≡ RENTRÉE AS / AP ≡

DEMANDE DE RÉMUNÉRATION DES STAGIAIRES DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE IFMS DE CARCASSONNE



Vous êtes inscrit(e) dans une formation à l'IFMS de Carcassonne ?

Vous pouvez peut-être bénéficier d'une rémunération versée par la Région Occitanie pendant toute la durée de votre formation.



CONDITIONS D'ÉLIGIBILITÉ

Pour prétendre à une rémunération régionale, vous devez :

- ✓ Être âgé(e) de plus de 16 ans
- ✓ Être inscrit(e) dans une formation agréée et financée par la Région Occitanie
- ✓ Ne pas être indemnisé(e) par France Travail au titre de l'ARE pendant toute la durée de la formation
- ✓ Constituer un dossier complet dès votre entrée en formation



En contrepartie, vous devez suivre avec application votre formation et respecter le règlement intérieur de l'établissement.



PIÈCES OBLIGATOIRES À FOURNIR



IDENTITÉ

- Carte nationale d'identité ou passeport en cours de validité
- Titre de séjour autorisant le travail (le cas échéant)



SITUATION FRANCE TRAVAIL

- Notification de rejet de droits France Travail datée de la veille de l'entrée en formation



PAIEMENT

- RIB à votre nom



PROTECTION SOCIALE

- Attestation de Sécurité sociale ou carte Vitale



SI VOUS AVEZ DÉJÀ TRAVAILLÉ

- Bulletins de salaire
- Certificats de travail



SELON VOTRE SITUATION

- Livret de famille
- Attestation CAF
- Jugement de divorce ou séparation
- Justificatifs RQTH
- Autres documents spécifiques demandés par l'IFMS



Dossier incomplet = versement retardé
Pensez à réunir toutes vos pièces dès la rentrée !

INFORMATIONS IMPORTANTES



MONTANT DE LA RÉMUNÉRATION

Le montant de la rémunération dépend de votre âge et de votre situation personnelle.

Il est versé entre le 10 et le 20 de chaque mois après validation des présences.



Versement entre le 10 et le 20 de chaque mois



ASSIDUITÉ OBLIGATOIRE

Les rémunérations sont dues au prorata du nombre de jours de présence en formation.

Tout manquement à l'assiduité peut entraîner :

- des retenues sur la rémunération
- voire la suspension du paiement ou la radiation de la formation



À FAIRE DÈS LA RENTRÉE !

Préparez l'ensemble de vos justificatifs dès votre entrée en formation afin de permettre le traitement rapide de votre dossier.

*Un dossier complet,
c'est un versement
sans attendre !*