




INSTITUT DE FORMATION  
DES PROFESSIONNELS  
DE SANTÉ

IFSI - Institut de Formation en Soins Infirmiers  
IFAS - Institut de Formation Aides-Soignants  
Rue des Pommiers - 56300 PONTIVY  
Courriel : [secretariat@ifsi.ch-centre-bretagne.fr](mailto:secretariat@ifsi.ch-centre-bretagne.fr)

 [ifps-centre-bretagne.fr](http://ifps-centre-bretagne.fr)

 02 97 26 40 27

 [@ifsiifaspontivy](https://www.facebook.com/ifsiifaspontivy)



# INFORMATIONS

## ET DOSSIER DE RENTREE AS

### IFPS PONTIVY

**Lundi 29 août 2022 à 9 heures**

**LE DOSSIER DE RENTREE EST  
A RETOURNER SOUS 7 JOURS  
APRES INFORMATION PAR L'IFPS DE VOTRE ADMISSION**

**INFORMATIONS**

**1 - Bourses d'études :**

Elles sont attribuées par le Conseil Régional de Bretagne, selon certaines règles. La demande est à saisir sur le site [www.bretagne.fr](http://www.bretagne.fr) **avant le 15 octobre 2022**.

Consultez le document ci-joint intitulé « Bourses d'études sanitaires et sociales – rentrée septembre 2022 » ; y figure entre autres renseignements, **le code d'accès**.

**2 - Restauration :**

Vous avez la possibilité de prendre vos repas du midi, durant votre formation à l'IFPS, au self du Lycée Le Gros Chêne, et durant vos stages au C.H. Centre Bretagne, au self du personnel :

**a) Pendant les périodes de cours à l'I.F.P.S., vous pouvez déjeuner au Lycée Le Gros Chêne à PONTIVY.**

La carte d'accès et de réservation des repas coûte 6.00 €. Cette carte fonctionne sur le principe de la carte « MONEO ». Elle est alimentée par un chèque du montant que vous souhaitez.

A chaque utilisation de votre carte, le prix d'un repas est débité.

Le tarif de repas appliqué est le tarif C.R.O.U.S.

Montant : 3,30 € au 1<sup>er</sup> août 2020.

(En fin de formation la caution de 6.00 € et le crédit restant pourront vous être remboursés : carte à restituer à l'IFPS avec un RIB)

**Exemple :**

- J'achète ma carte de repas à 6.00 €,
- Je l'alimente par chèque du montant souhaité (33 € permettent, à ce jour, de prendre 10 repas). Je dois réalimenter ma carte suffisamment tôt pour pouvoir réserver mes prochains repas. Les chèques sont à déposer au secrétariat de l'IFPS au plus tard le jeudi pour un compte crédité le lundi,
- Chaque repas pris vient en déduction de la somme créditée.

**Si cette proposition vous convient, établir DEUX chèques à l'ordre de Régie Mixte LEGTA-Pontivy**

- **un de 6.00 € pour la caution**
- **un du « montant souhaité » pour alimenter cette carte.**

**b) Pendant vos stages au Centre Hospitalier du Centre Bretagne, vous avez la possibilité de déjeuner au self.**

Tarif du repas : tarif CROUS, soit 3,30 € au 1<sup>er</sup> août 2020.

Si cette solution vous convient :

- Compléter la fiche de renseignements pour carte self CHCB ainsi que le mandat de prélèvements SEPA et les retourner accompagnés d'un RIB,
- Une carte d'accès au self vous sera délivrée après la rentrée,
- Le paiement est effectué par prélèvement bancaire. Exemple : les repas pris en septembre seront débités en octobre.

**3 - Photocopies :**

1 photocopieur est à votre disposition à la salle informatique, sous réserve d'achat d'une carte au prix de 6 € pour 100 copies et impression (papier non fourni).

#### 4 - Assurances :

Le ministère de la santé et des sports – direction générale de l'offre de soins – donne dans l'Instruction n° DGOS/RH1/2010/243 du 5 juillet 2010, les mesures à appliquer concernant les assurances. Ci-après les termes de cette note :

« Les frais d'assurance de responsabilité civile sont à la charge des étudiants. .... **Les étudiants doivent être garantis pour l'ensemble des risques suivants couvrant la responsabilité civile, tant lors du stage que des trajets occasionnés par celui-ci :**

- **accidents corporels causés au tiers,**
- **accidents matériels causés aux tiers,**
- **dommages matériels ».**

À ce titre, vous pouvez :

- soit vous rapprocher de votre compagnie d'assurance afin de souscrire « **une assurance responsabilité civile professionnelle** » ou
- soit, lors du forum de rentrée, de souscrire cette assurance auprès d'un organisme assureur qui vous proposera de garantir ce risque gratuitement pour votre année de formation.

Vous devrez impérativement fournir une attestation d'**assurance responsabilité civile professionnelle** en début d'année scolaire.

#### 5 - Dossier médical :

L'entrée en IFPS est subordonnée :

- 1 – à la production d'un certificat médical établi par un **médecin agréé par l'ARS** attestant que l'élève ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession,
- 2 – à la production d'un certificat médical de vaccinations conforme aux exigences de la formation aide-soignant (Arrêté du 22 février 2018 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L 3114-4 du Code de la Santé publique).
- 3 – à la production d'une attestation vaccinale Covid+ conforme aux exigences des conditions d'exercice des professionnels de santé (Décret n° 2022-51 du 22 janvier 2022 modifiant le décret n° 2021-699 du 1er juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire).

#### 6 – Situation de handicap :

La formation est accessible sous réserve d'une phase d'analyse des besoins et de faisabilité des conditions de la mise en œuvre des moyens. Si vous êtes dans cette situation, vous pouvez prendre contact avec le référent handicap de l'IFPS de Pontivy au 02.97.28.40.27.

**NOTE D'INFORMATION**  
**BOURSES D'ETUDES SANITAIRES ET SOCIALES**  
**RENTREE LE 29 AOUT 2022**

**Demande de Bourses d'études à saisir sur :**

- le site du Conseil Régional est ouvert du **27 juin 2022** au **15 octobre 2022** et accessible en **permanence jusqu'à cette date.**
- o Adresse du Site : [www.bretagne.bzh/bourse-sanitaire-social](http://www.bretagne.bzh/bourse-sanitaire-social)
- o Page d'accès : Les politiques / Formations et Orientation / Les formations sanitaires et sociales / Demande de bourses en ligne
- Code d'accès ETABLISSEMENT : **BSS41961163**

**PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR**

La liste des pièces justificatives à télécharger sera précisée à la fin de la saisie de la demande, en fonction de la situation de l'élève.

**CONDITIONS D'INDEPENDANCE FINANCIERE**

Pour être considéré comme indépendant financièrement par la région, le demandeur doit justifier des 3 critères suivants :

- Un domicile distinct de celui de ses parents,
- Un avis d'imposition distinct de celui de ses parents,
- Un revenu personnel dans l'année qui précède l'entrée en formation équivalent à 50% du SMIC brut annuel ou, si l'étudiant est marié ou pacsé, d'un revenu par le couple au moins égal à 90 % du SMIC brut annuel, hors pension alimentaire versée par les parents.

Pour les élèves âgés de 25 ans à la date de la rentrée de l'année considérée, la justification de 2 critères sur 3 permet la prise en compte de l'indépendance financière.

**REGLES DE NON-CUMUL AVEC LA BOURSE D'ETUDES**

La bourse d'étude n'est pas cumulable avec une autre aide du Conseil Régional au titre de la formation professionnelle ou avec une indemnisation versée par POLE EMPLOI ou tout autre organisme au titre des droits au chômage, ou encore avec le bénéfice d'un congé parental rémunéré.

La bourse d'étude n'est pas cumulable avec l'allocation spécifique solidarité ou le revenu de solidarité active.

**CONDITIONS D'ASSIDUITE ET DE PRESENCE AUX EXAMENS**

La bourse est une aide financière pour l'élève engagé dans un curseus complet de formation.

En conséquence, le versement des échéances de la bourse est conditionné à l'assiduité des élèves en cours, stages et examens qui constituent la scolarité.

**SITUATIONS PARTICULIERES**

Les candidats inscrits en formation D.E. d'aide-soignant et titulaire d'un baccalauréat professionnel Accompagnement Soins et Services aux Personnes (ASSP) ou Soins Accompagnement aux Personnes et aux Territoires (SAPAT) pourront, à titre dérogatoire, bénéficier, sous réserve de critères de ressources, d'une bourse d'étude proratisée à 60 %.

**Les élèves aides-soignants sont tenus de faire connaître au Conseil Régional les arrêts de formation ou les interruptions momentanées de formation qui suspendent le versement de la bourse.**

**P.S.** : - Ne validez votre dossier que si vous êtes certain(e) d'avoir bien répondu à toutes les questions

- N'oubliez pas votre mot de passe ; il vous permettra de suivre votre dossier

- Pour plus de renseignements contacter le 02.97.28.40.27 ou par mail : [secretariat@ifsi.ch-centre-bretagne.fr](mailto:secretariat@ifsi.ch-centre-bretagne.fr)

**Contacts CONSEIL REGIONAL :**

- Service des Formations Sanitaires et Sociales – [sanitaireetsocial.assistance@bretagne.bzh](mailto:sanitaireetsocial.assistance@bretagne.bzh)
- Service Gestion des bourses d'études – 02.99.27.97.88



INSTITUT DE FORMATION  
DES PROFESSIONNELS  
DE SANTÉ

IFSI - Institut de Formation en Soins Infirmiers  
IFAS - Institut de Formation Aides-Soignants  
Rue des Pommiers - 56300 PONTIVY  
Courriel : [secretariat@ifsi.ch-centre-bretagne.fr](mailto:secretariat@ifsi.ch-centre-bretagne.fr)

 [ifps-centre-bretagne.fr](http://ifps-centre-bretagne.fr)

 02 97 28 40 27

 [@ifsiifaspontivy](https://www.facebook.com/ifsiifaspontivy)



# DOSSIER DE RENTREE

**A RETOURNER SOUS 7 JOURS  
APRES INFORMATION PAR L'IFPS  
DE VOTRE ADMISSION**

## 1- Fiche de renseignements

(Obligatoire)

## 2- Attestation médicale d'immunisation et de vaccinations

(Obligatoire)

## 3- Fiche de renseignements pour la carte de self du CHCB

(Souscription facultative)



INSTITUT DE FORMATION  
DES PROFESSIONNELS  
DE SANTÉ

IFSI - Institut de Formation en Soins Infirmiers  
IFAS - Institut de Formation Aides-Soignants  
Rue des Pommiers - 56300 PONTIVY  
Courriel : secretariat@ifsi.ch-centre-bretagne.fr



ifps-centre-bretagne.fr



02 97 28 40 27



@ifsiifaspontivy



## 1-FICHE DE RENSEIGNEMENTS

### PROMOTION AS 2022-2023

NOM D'USAGE : .....PRENOM : .....

NOM DE NAISSANCE : .....

Date et lieu de naissance : .....

Situation familiale : .....

Adresse des Parents ou adresse personnelle : .....

Tél. : Fixe : ..... Portable : .....

Adresse électronique : .....

Votre adresse pendant votre scolarité :

Titulaire permis de conduire (B) : OUI **avec** véhicule  OUI **sans** véhicule  NON

Avez-vous des enfants ? OUI  NON  Combien : .....

Age, activité ou scolarisation

#### SECURITE SOCIALE :

Numéro de l'étudiant : /----/ /-----/ /-----/ /-----/ /-----/ /-----/ /-----/

#### POLE EMPLOI : (Si vous êtes détenteur d'un n° d'identifiant)

Numéro identifiant : .....

I.N.E : Numéro identifiant étudiant : .....

Où avez-vous effectué vos études :

Avez-vous poursuivi d'autres études (ex. Université, B.T.S. ...) : OUI  NON

Si « OUI », lesquelles et précisez votre niveau d'études : .....

Diplômes obtenus : **(Fournir copie du diplôme ou justificatif de réussite)**

.....  
.....  
.....  
Avez-vous eu des activités antérieures (travail d'été, animation remplacements ...) ou avez-vous une expérience professionnelle : OUI  NON

Si « OUI », précisez lesquelles, où et quand :

.....  
.....  
.....  
**Ces renseignements sont nécessaires pour établir votre livret de scolarité.**

---

A ce questionnaire indispensable, veuillez compléter votre dossier en joignant :

- 1 photo d'identité récente**, avec votre nom au dos, obligatoirement au format « CARTE D'IDENTITE »
- 1 photocopie de votre pièce d'identité** (Recto/Verso)
- 1 photocopie de vos diplômes** (Pour les nouveaux diplômés, les copies seront à transmettre lorsque vous aurez la version papier)
- 1 chèque de 6.00 € pour la carte d'accès au self du Lycée Le Gros Chêne et 1 chèque du « montant souhaité » pour alimenter cette carte (A l'ordre de Régie Mixte LEGTA-Pontivy) **(Facultatif)**
- La fiche de renseignements pour la carte self du CHCB accompagnée d'un RIB et du mandat de prélèvement SEPA signé **(Facultatif)**

**Un certificat de scolarité vous sera délivré la semaine de la rentrée** (Sous réserve de la conformité de tous vos documents administratifs et médicaux).

## 2-ATTESTATION MEDICALE

(A retourner au plus tard le jour de la rentrée)

### DOCUMENT À FAIRE REMPLIR LORS DE L'ENTRÉE EN FORMATION

#### Attestation médicale d'immunisation et de vaccination

**OBLIGATOIRE** pour réaliser des stages en milieu hospitalier et/ou établissement d'hébergement médico-social

Je, soussigné(e) Dr....., certifie que Mr / Mme .....

Né(e) le ....., candidat(e) à la formation aide-soignante, a été vacciné(e) :

- Contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite :

Dernier rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N° lot

- Contre la fièvre typhoïde depuis moins de 3 ans (*pour les élèves, étudiants ou professionnels de santé ayant un stage ou une activité à risque de contamination dans un laboratoire de biologie médicale, i.e. lors de la manipulation d'échantillons biologiques, en particulier de selles, susceptibles de contenir des salmonelles*) :

Nom du vaccin	Date	N° lot

- Contre l'hépatite B, selon les conditions définies au verso, il/elle est considéré(e) comme (*raier les mentions inutiles*) :

- Immunisé(e) contre l'hépatite B : Oui    Non

- Non répondeur (se) à la vaccination (après l'administration de 6 doses): Oui    Non

- Nécessite un avis spécialisé Oui    Non

- Par le BCG :

Oui    Non

Si oui

Nom du vaccin intradermique ou Monovax®	Date du vaccin	N° lot

IDR à la tuberculine	Date	Résultat (en mm)

**Vaccination obligatoire COVID-19 (SARS-CoV-2) (fournir une copie du Pass Vaccinal)**

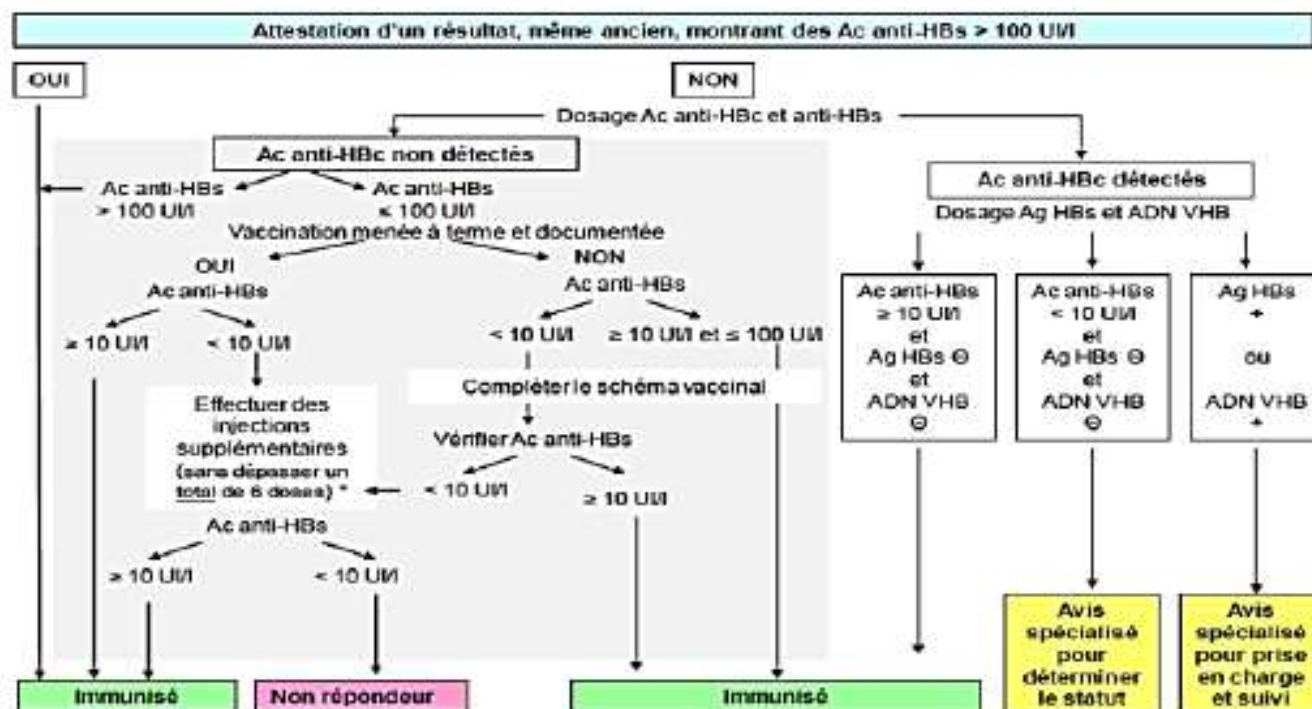
Nom du Vaccin	Date	N° Lot
	1 <sup>ère</sup> dose : 2 <sup>ème</sup> dose : 3 <sup>ème</sup> dose :	
COVIDE	Date :	Date :

Établi le : Signature et cachet du médecin :

*Nota bene* : Selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour les professionnels en contact avec des personnes fragiles, il est par ailleurs recommandé d'être immunisé contre la coqueluche, la rougeole, la rubéole, la varicelle et la grippe saisonnière.



**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

**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 tuberculiques.
- Arrêté du 8 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.
- Arrêté
- Calendrier vaccinal en vigueur (cf. [www.vaccination-info-service.fr](http://www.vaccination-info-service.fr))



INSTITUT DE FORMATION  
DES PROFESSIONNELS  
DE SANTÉ

IFSI - Institut de Formation en Soins Infirmiers  
IFAS - Institut de Formation Aides-Soignants  
Rue des Pommiers - 56300 PONTIVY  
Courriel : secretariat@ifsi.ch-centre-bretagne.fr



ifps-centre-bretagne.fr



02 97 28 40 27



@ifsifaspontivy



**FACULTATIF**

**3- FICHE DE RENSEIGNEMENTS POUR CARTE SELF C.H.C.B.**

**ELEVES AIDES SOIGNANTS                      PROMOTION 2022-2023**

Document à compléter en caractères d'imprimerie

NOM D'USAGE : .....                      PRENOM : .....

NOM : .....

DATE & LIEU DE NAISSANCE : .....

ADRESSE PERSONNELLE : .....

TELEPHONE : .....                      PORTABLE : .....

N° Sécurité Sociale : .....                      N° Clé : .....

**COMPTE BANCAIRE**

NOM DE LA BANQUE : .....

CODE BANQUE : .....

CODE GUICHET : .....

N° DE COMPTE : .....                      CLE RIB : .....

**Si vous souhaitez cette carte (facultative), vous devez compléter cette fiche de renseignements + le Mandat de prélèvement, ci-après, et joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire**

# MANDAT DE PRELEVEMENT POUR LA CARTE DE SELF DU CHCB

## MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

**Type de contrat :**

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) le \_\_\_\_\_ à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de \_\_\_\_\_

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :  
- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA

--

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER
Nom, prénom :
Adresse :
Code postal :
Ville :
Pays :

DESIGNATION DU CREANCIER
Nom :
Adresse :
Code postal :
Ville :
Pays :

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER	
<u>IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)</u>	<u>IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)</u>
I   B   A   N	(       )

**Type de paiement :** Paiement récurrent/répétitif **Y**  
Paiement ponctuel **Y**

Signé à :

Signature :

Le (JJ/MM/AAAA) :

--

DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUE (SI DIFFERENT DU DEBITEUR LUI-MEME ET LE CAS ECHEANT) :

Nom du tiers débiteur :

**JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE** (au format IBAN BIC)

**Rappel :**

*En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par \_\_\_\_\_. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend directement avec \_\_\_\_\_.*

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.