



# Institut de Formation d'Aides-Soignants

Directrice des Soins – Directrice de l'IFAS : Nelly CONSTANT

Secrétariat : 03.85.27.51.07 – Fax : 03.85.27.59.77

E-Mail : ifsi@ch-macon.fr

**Nos Réf. :** NC/LC/2025

**Affaire suivie par :** Nelly CONSTANT

**Objet :** Rentrée Aide-Soignant – Promotion 2025-2026

Mâcon, le 20 juin 2025

Madame, Monsieur,

Vous avez été admis(e) à l'institut de formation d'Aides-Soignants du Centre Hospitalier de Mâcon et nous vous en félicitons.

La rentrée aura lieu le **jeudi 28 août 2025 à 08h30.**

Afin de préparer votre rentrée administrative et de vous projeter dans votre formation aide-soignante, vous trouverez ci-joint des informations pratiques et les documents indispensables pour la confirmation de votre inscription, ainsi que les conditions générales de ventes.

J'attire votre attention sur la nécessité de nous retourner dans le délai précisé l'ensemble des pièces indispensables à la constitution de votre dossier.

Dans l'attente de vous accueillir, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations les meilleures.

Nelly CONSTANT  
Directrice



---

INSTITUT SUBVENTIONNE PAR LE CONSEIL REGIONAL DE BOURGOGNE

REGION  
BOURGOGNE  
FRANCHE  
COMTE

CENTRE HOSPITALIER DE MÂCON – Boulevard Louis Escande – 71018 MÂCON CEDEX  
TÉL : 03.85.20.30.40 – FAX : 03.85.27.59.94 – E-MAIL : chmacon@ch-macon.fr

## DOSSIER ADMINISTRATIF ENTRÉE EN FORMATION D'AIDES-SOIGNANTS

*RENTRÉE AOUT 2025*

Le dossier doit nous être retourné dûment complété et accompagné de **toutes** les pièces demandées dans la fiche récapitulative page 4, rubrique dossiers administratifs et demandeurs d'emplois (le dossier médical sera à apporter le jour de la rentrée) :

- au secrétariat de l'IFAS pendant les horaires d'ouvertures (08h00 – 16h00 du lundi au vendredi)  
ou
- par voie postale en lettre suivie à l'adresse suivante :  
Institut de formation Aide-Soignant  
Boulevard Louis Escande  
71018 MÂCON CEDEX

Au plus tard :

↪ **7 jours après la date définitive de validation de votre inscription.**

**VOTRE ADMISSION DÉFINITIVE SERA SUBORDONNÉE  
A LA PRODUCTION D'UN DOSSIER COMPLET.**

---

INSTITUT SUBVENTIONNÉ PAR LE CONSEIL RÉGIONAL DE BOURGOGNE

RÉGION  
BOURGOGNE  
FRANCHE  
COMTE

 <p>REGION BOURGOGNE FRANCHE COMTE</p>  <p>INSTITUTS DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS ET D'AIDES- SOIGNANTS DE MACON</p>	<b>LIVRET D'ACCUEIL DE L'ÉLÈVE AIDE-SOIGNANT</b>	Version : 2
	Réf. : IF-DOC-020	Date de création : 12/07/2018

	QUI	Date
Rédaction	Nelly CONSTANT (directrice IFSI-IFAS) - Lise CATHERIN (secrétaire IFSI-IFAS)	
Vérification	Lise CATHERIN (secrétaire IFSI-IFAS)	
Approbation	Nelly CONSTANT (directrice IFSI-IFAS)	

Version	Rédacteur	Date	Objet de la modification
1	Lise CATHERIN	06/11/2023	Rajout informations bourses d'études ; tarif repas pour les boursiers.

## INFORMATIONS PRATIQUES

### **FRAIS D'INSCRIPTION :**

L'inscription définitive est soumise au règlement des frais d'inscription qui s'élèvent à **184 €**.

Ils sont valables pour l'année scolaire.

En cas de désistement, l'argent encaissé reste acquis à l'institut.

### **BOURSES D'ETUDE :**

Les demandes de bourses seront faites par les étudiants eux-mêmes sur Internet, site du Conseil Régional de Bourgogne Franche-Comté (<https://www.bourgognefranche-comte.fr/demande-de-bourse-sanitaire-et-sociale>).

### **SECURITE SOCIALE :**

Aucune démarche à effectuer. L'élève reste sous le régime de la Caisse Primaire Assurance Maladie ou autre caisse suivant sa situation ou celles de ses parents (régimes spéciaux).

### **FRAIS DE FORMATION ET MODALITES DE FINANCEMENT :**

Le coût de la formation s'élève à hauteur de **7800 €** pour l'année scolaire 2025 et pour un parcours complet.

Vous avez la possibilité d'effectuer des demandes de financement : cf. document joint « Modalités de financement des formations d'aide-soignant, ... » de la région Bourgogne Franche-Comté.

### **STAGES :**

L'institut de formation se charge de trouver les lieux de stage et d'affecter les élèves.

Ces stages se déroulent majoritairement sur le bassin de Mâcon et ses environs. Néanmoins, selon votre lieu de résidence, des déplacements sont à prévoir.

### **VETEMENTS PROFESSIONNELS :**

Ils sont prêtés et entretenus par le Centre Hospitalier pendant la durée des études. Ils sont rendus en fin de formation.

### **REPAS :**

Il est possible de prendre les repas à la cafétéria du Centre Hospitalier pour un coût de 3,30 € et 1€ pour les élèves boursiers.

Le paiement s'effectue par une carte magnétique qui vous est prêtée à la rentrée et que vous devez approvisionner.

### **HEBERGEMENT :**

Aucun hébergement n'est possible sur le Centre Hospitalier. Vous pouvez consulter les offres de logements sur notre site internet [www.ifsmacon.fr](http://www.ifsmacon.fr) rubrique « l'institut » puis « vie étudiante ».

### **ELEVE EN SITUATION DE HANDICAP :**

Mme Amandine SAMBARDIER, cadre de santé formateur et référent handicap est disponible pour vous accompagner dans la procédure d'aménagement de formation. Contact par l'intermédiaire du secrétariat ou [ifsmacon@ch-macon.fr](mailto:ifsmacon@ch-macon.fr)

## FICHE RECAPITULATIVE DES PIÈCES OBLIGATOIRE A FOURNIR

Ce document est à mettre en première page de votre dossier

<b>NOM ET PRENOM :</b> .....	Colonne réservée à l'IFAS
<b>DOSSIER ADMINISTRATIF</b>	
<b>❖ DOCUMENTS CI-JOINTS A COMPLETER :</b>	
<input type="checkbox"/> La fiche de renseignements – page 7 et 8	
<input type="checkbox"/> Le questionnaire de mise en stage – page 13	
<input type="checkbox"/> La fiche de recouvrement des frais de formation – page 10	
<input type="checkbox"/> Le formulaire de demande d'équivalences de compétences et d'allègements de formation – page 14	
<b>❖ DOCUMENTS A FOURNIR :</b>	
<input type="checkbox"/> Chèque d'inscription de 184€ libellé à l'ordre du « Trésor Public »	
<input type="checkbox"/> Photocopie(s) du/des diplôme(s) obtenu(s)	
<input type="checkbox"/> La photocopie recto/verso de votre carte nationale d'identité ou passeport ou titre de séjour <b>ATTENTION : votre pièce d'identité doit être valable jusqu'à la fin de votre formation pour la présentation au jury du diplôme d'état.</b>	
<input type="checkbox"/> L'attestation de responsabilité civile en cours de validité	
<input type="checkbox"/> La photocopie de votre attestation d'ayant droits à l'assurance maladie de moins de 6 mois <i>(téléchargeable sur votre espace santé ameli.fr ou sur une borne de la sécurité sociale).</i>	
<b>❖ DOCUMENTS A RETOURNER POUR LES DEMANDEURS D'EMPLOI :</b>	
<input type="checkbox"/> Si vous êtes demandeurs d'emploi : merci de renvoyer le tableau « Demande de prise en charge du cout d'une formation Aide-Soignant (...) » - page 11 et 12 complété avec les pièces justificatives demandés à l'adresse mail suivante : <a href="mailto:formationsanitairesociale@bourgognefranchecomte.fr">formationsanitairesociale@bourgognefranchecomte.fr</a> ou par voie postale à l'adresse suivante :  <div style="text-align: center;">           CONSEIL REGIONAL DE BOURGOGNE FRANCHE COMTE            Direction de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur            Services formations sanitaires et sociales            17 Bd de la Trémouille            21000 DIJON         </div>	
<b>❖ DOCUMENTS A FOURNIR <u>LE JOUR DE LA RENTREE</u> :</b>	
<input type="checkbox"/> Le dossier médical <u>complet</u> portant votre nom et prénom. <b>ATTENTION : veillez à anticiper les vaccinations obligatoires et la visite médicale chez un médecin agréé.</b>  <input type="checkbox"/> Pour information : l'institut ne vérifie pas le dossier médical, il doit être dans une enveloppe cachetée sur laquelle vous aurez collé le document à votre nom et prénom, il sera ensuite envoyé à la médecine du travail de l'hôpital.	

 <b>REGION BOURGOGNE FRANCHE COMTE</b>  <b>INSTITUTS DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS ET D'AIDES-SOIGNANTS DE MACON</b>	<b>CONDITIONS GÉNÉRALES DE VENTE DES FORMATIONS</b>	Date d'application : 08/12/2021
		Version 1

	<b>QUI</b>
Rédaction	Nelly CONSTANT, directrice par intérim
Vérification	Florence GUILLEMOT, cadre supérieure de santé F.F
Approbation	Nelly CONSTANT, directrice par intérim

Version	Rédacteur	Date	Objet de la modification
1			

### **Article 1 : Désignation**

L'institut de formation en soins infirmiers (IFSI) et d'aides-soignants (IFAS) a pour mission :

- La formation préparant au diplôme d'Etat d'infirmier selon l'arrêté du 31 juillet 2009 modifié et relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, qui se déroule sur 3 ans, soit 6 semestres de 20 semaines chacun, équivalant à 4200 heures ;
- La formation préparant au diplôme d'Etat d'aide-soignant selon l'arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant, qui se déroule en quarante-quatre semaines, équivalant à 1540 heures. Les élèves suivent la formation dans son intégralité ou bénéficient d'un allègement de la formation conformément à l'article 14 de l'arrêté du 10 juin 2021 ;
- La formation continue et d'adaptation à l'emploi proposées aux professionnels des établissements sanitaires et médico-sociaux.

Il est rattaché au Centre Hospitalier (CH) de Mâcon. Son numéro de SIRET est 267 100 287 000 15. Son numéro de déclaration d'activité est 27 71 02577 71. Il se situe Boulevard Louis Escande, 71018 MÂCON CEDEX.

### **Article 2 : Objet**

Les présentes Conditions Générales de Vente (CGV) fixent les conditions applicables aux prestations de formation réalisées par IFSI/IFAS du CH de Mâcon. Toute prestation de formation emporte l'adhésion sans réserve de l'acheteur aux présentes CGV. L'institut de formation se réserve le droit de modifier ses CGV à tout moment et le cas échéant, les conditions applicables seront celles en vigueur à la date de signature du contrat de formation.

### **Article 3 : Inscription et attestations**

Seuls les devis ou contrats dûment renseignés, datés et retournés à IFSI/IFAS du CH de Mâcon tiennent lieu d'inscription.

A l'issue des formations, un diplôme professionnel d'Etat est délivré par la DREETS et/ou diplôme universitaire, une attestation de formation est établie pour les actions de formation continue.

### **Article 4 : Organisation des Formations**

Les modalités d'organisation des formations dispensées par l'institut de formation en soins infirmiers du CH de Mâcon sont définies par voie de convention signée entre l'institut et l'acheteur.

### **Article 5 : Dispositions financières**

Le prix des prestations de formation est indiqué en euros TTC. L'acheteur procède, au paiement de la somme auprès du comptable public du CH de Mâcon à compter de la réception de l'avis de somme à payer. Tout désistement ou abandon, renvoi de l'apprenant en cours de formation, fait l'objet d'un paiement intégral au CH de Mâcon, hors cas de force majeure dûment reconnue.

## **Article 6 : Propriété intellectuelle et droits d'auteur**

Les contenus des formations dispensées au sein de l'IFSI/IFAS sont la propriété des formateurs permanents ou vacataires. Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle d'une œuvre de l'esprit faite sans le consentement de son auteur est illicite. Ainsi, l'acheteur s'engage à ne pas utiliser, transmettre ou reproduire tout ou partie de ces documents sans l'accord exprès de son auteur.

## **Article 7 : Protection des données à caractère personnel**

Les données à caractère personnel collectées et traitées par l'IFSI/IFAS du CH de Mâcon sont nécessaires au traitement de l'inscription, de la scolarité et de la délivrance des diplômes des apprenants. En application de la loi n°7817 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et diverses dispositions concernant la protection des données à caractère personnel, modifiée par l'ordonnance n°2018-1125 du 12 décembre 2018 prise en application de l'article 32 de la loi n°2018 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles, les apprenants disposent d'un droit d'accès et de rectification de leurs données personnelles et d'opposition pour motif légitime au traitement de ces données, qu'ils peuvent exercer auprès du Délégué à la Protection des Données personnelles du GHT Bourgogne Méridionale ([dpo@ch-macon.fr](mailto:dpo@ch-macon.fr)).

## **Article 8 : Satisfaction et réclamations**

Toute réclamation doit être adressée à l'IFSI/IFAS à l'adresse e-mail suivante : [ifsi@ch-macon.fr](mailto:ifsi@ch-macon.fr).

## **Article 9 : Droit applicable et règlement des litiges**

Les présentes Conditions Générales de Vente sont régies par le droit français. Tout différend survenu entre l'IFSI/IFAS du CH de Mâcon et l'acheteur fera l'objet d'une tentative de résolution amiable. Si cette dernière reste infructueuse, le litige sera porté devant le tribunal administratif de Dijon.



## FICHE DE RENSEIGNEMENTS – PROMOTION 2025-2026

**A compléter en lettres majuscules**

### IDENTITE :

NOM : \_\_\_\_\_ NOM Marital : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_ Dépt : ( \_\_\_\_ )

N° de Téléphone portable : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ N° de Téléphone fixe : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

E-mail (faisant apparaître votre nom **ET** prénom) \_\_\_\_\_

N° Immatriculation à la sécurité sociale OBLIGATOIRE (de l'élève) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ clé \_\_\_\_

Précisez si : Ayant droit du père (ou mère) :  Ayant droit du conjoint :

### ADRESSE FAMILIALE :

### ADRESSE DE L'ELEVE PENDANT SA FORMATION si différente de l'adresse familiale :

DISTANCE LIEU DE RESIDENCE ET IFAS (en km): \_\_\_\_\_

Elève en situation de handicap ou d'aménagement de formation :  OUI  NON

Souhait de rendez-vous avec un référent handicap :  OUI  NON

Statut de travailleur handicapé :  OUI  NON

### VOIE D'ADMISSION ET DIPLÔME :

#### ➤ Voie d'admission en IFAS :

Concours d'entrée

ASHQ / agent de service

Apprenti : nom de l'établissement employeur : \_\_\_\_\_

#### ➤ Niveau d'études :

Niveau de formation le plus élevé : \_\_\_\_\_

Dernière classe suivie : \_\_\_\_\_

Date d'obtention du dernier diplôme : \_\_\_\_\_

#### ➤ Diplôme obtenu avant votre admission à l'institut :

**Une attention particulière doit être apportée au titre/diplôme ayant permis ou permettant l'accès à la formation AS : ce diplôme personnalisera dès la rentrée votre parcours de formation.**

Titulaire du Bac ASSP

Auxiliaire de vie sociale

Auxiliaire de puériculture

Ambulancier

Baccalauréat, série : \_\_\_\_\_

Autre diplôme de niveau 4 (à préciser) : \_\_\_\_\_

Titulaire du Bac SAPAT

Mention Complémentaire d'Aide à Domicile

Aide médico-psychologique

Assistant de vie aux familles

Candidat inscrit en terminale : série : \_\_\_\_\_

Autres (à préciser) : \_\_\_\_\_

## STATUT AVANT L'ENTREE A L'IFAS :

**Je suis élève en poursuite de scolarité** : (je n'ai jamais quitté le cursus scolaire) :

Précisez l'établissement fréquenté - année scolaire 2024-2025 : .....

*↳ Fournir votre certificat de scolarité pour l'année 2024-2025.*

**Je suis demandeur d'emploi** :

**Oui** :

**en cours d'inscription**

**Refus de droit**

N° d'identifiant Pôle Emploi (**OBLIGATOIRE**) : .....

Date d'inscription (**OBLIGATOIRE**) : .....

Date de fin de droit (**OBLIGATOIRE**) : .....

Type d'indemnisation :  Dossier de demande d'indemnisation en cours  Indemnisé au titre de la RFF  
 Indemnisé au titre de l'ARE/AREF  Indemnisé au titre de l'ASS/ASSF  
 Indemnisé au titre de l'ATA  Autres  
 Indemnisé au titre de l'allocation reclassement professionnelle (ASP)

*↳ Fournir un avis de situation daté de moins de 3 mois.*

**Percevez-vous des Indemnités FRANCE TRAVAIL ?**  OUI  NON

*Si vous êtes inscrit en tant que demandeur d'emploi et que vous avez un refus de droit ARE/AREF :*

*↳ fournir une attestation de refus de droit de moins de 1 mois + votre RIB.*

**Percevez-vous le RSA ?**  OUI  NON

*↳ Si oui, merci d'indiquer la date de début de droit au RSA.*

**Je suis salarié(e) d'un établissement de santé et envoyé en formation par mon employeur** :

Nom et adresse de l'établissement d'origine :  
.....  
.....

Nom et adresse de l'organisme de prise en charge si différente  
.....  
.....

**Autre situation, précisez** :  
.....  
.....

➤ **Vaccination demandées à jour** :  OUI  NON<sup>1</sup>

➤ **Le choix d'inscription dans notre institut a été influencé par** (plusieurs réponses possibles) :

La journée porte ouverte  Le bouche à oreilles  Le site internet de l'IFSI  Les salons ou forums  
Autres : .....

Date : .....

**SIGNATURE :**

<sup>1</sup> **Rappel** : Tout élève n'étant pas à jour de ses vaccinations comme précisé dans le document de la médecine préventive, ne sera pas autorisé à partir en stage.

	Ma situation avant l'entrée en formation	Financement du coût de formation
Je suis en formation initiale (sans rupture de scolarité) avant la formation (hors formation AES)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- je suis scolarisé</li> <li>- je suis une préparation au concours après mes études et avant l'entrée à l'école</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prise en charge par le Conseil régional du coût de la formation si respect du cursus en fonction de son diplôme</li> <li>- Frais d'inscription à la charge de l'apprenant (en parcours complet et partiel) à hauteur de 184€</li> <li>- Possibilité de déposer une demande de bourse pour les <b>parcours complets et parcours partiel (Bac pro SAPAT et ASSP)</b></li> </ul>
Je suis demandeur d'emploi inscrit à Pôle Emploi	<p><b>Pour les parcours complets :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- je suis inscrit à Pôle emploi au plus tard la veille de l'entrée en formation toutes catégories confondues</li> <li>- je ne suis pas titulaire d'une qualification professionnelle dans les 2 ans précédant l'entrée en formation sauf CAP Petite enfance et AEPE</li> <li>- je n'ai pas obtenu un diplôme paramédical et/ou relevant du secteur social</li> <li>- je ne suis pas démissionnaire d'un CDI à temps plein ou partiel dans les 4 mois précédant l'entrée en formation</li> <li>- je ne suis pas en congé parental</li> </ul> <p><b>Pour les parcours partiels :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- je suis titulaire d'un BAC PRO SAPAT ou ASSP + critères ci-dessus (hors formation AES)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prise en charge par le Conseil régional du coût de la formation pour les parcours complets et partiels issus des bacs pro SAPAT/ASSP</li> <li><b>ATTENTION ! Les titulaires d'un BAC PRO SAPAT/ASSP et CAP AEPE pour les AP ne seront pas pris en charge sur un parcours complet</b></li> <li>- Prise en charge des formations AES par le Conseil régional dans le cadre de l'appel à projets</li> <li>- Frais d'inscription à la charge de l'apprenant (en parcours complet et partiel) à hauteur de 184€</li> <li>- <b>Impossibilité</b> de déposer une demande de bourse</li> </ul> <p><i>Formulaire de demande de prise à charge à retirer auprès des écoles ou sur le site internet du conseil régional</i></p>
Je suis sans emploi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pour les parcours "passerelles" : je suis titulaire d'un des diplômes suivants : auxiliaire de puériculture, aide-soignant, ambulancier, assistant de vie aux familles, accompagnant éducatif et social (AMP et DEAVS), assistant de régulation médicale, agent de service medico-social</li> <li>- je ne suis pas inscrit à Pôle Emploi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le demandeur d'emploi doit contacter directement son conseiller Pôle Emploi pour valider son projet de formation et étudier les possibilités de financement dans l'ordre suivant : CPF Autonome, CPF Abondé PE, AIF</li> <li>- <b>Impossibilité</b> de déposer une demande de bourse</li> </ul> <p><b>Pas de prise en charge : auto-financement possible</b></p>
Je suis salarié	<ul style="list-style-type: none"> <li>- je travaille dans un établissement public</li> <li>- je travaille dans un établissement privé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- contacter son employeur pour étudier la possibilité de la prise en charge du coût de la formation</li> <li>- contacter Transitions Pro Bourgogne Franche-Comté (projet de transition professionnelle) pour la prise en charge du coût de la formation</li> </ul>

 <p>REGION BOURGOGNE FRANCHE COMTE</p> <p>INSTITUTS DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS ET AIDES-SOIGNANTS DE MACON</p>	<b>FICHE DE RECOUVREMENT DES FRAIS DE FORMATION D'AIDES-SOIGNANTS Promotion 2025-2026</b>	Version : 2
Réf : IF-FOR-068	Date de création : 13/06/2023	

**Ce document est indispensable à la prise en charge du coût de votre formation.**

COUT DE FORMATION D.E AIDE-SOIGNANT(E) :

**7 800 €** pour l'année de formation (tarif 2025) pour un parcours complet HORS APPRENTISSAGE.

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, déclare avoir pris connaissance du coût de la formation et atteste être dans la situation suivante avant mon entrée en formation :

➤ **Prise en charge par un organisme :**

**CURSUS INITIAL** DERNIERE ECOLE FREQUENTEE : \_\_\_\_\_  
↳ Vous n'avez jamais quitté le cursus scolaire. Joindre un certificat de scolarité du précédent établissement fréquenté pour l'année 2024-2025  
Frais d'inscription à la charge de l'apprenant 184€

**REGION BOURGOGNE FRANCHE COMTE**  
↳ Etre demandeur d'emploi et répondre aux conditions cumulatives pour une prise en charge régionale (tableau page 11 et 12 à envoyer à la région + fournir obligatoirement une attestation pôle emploi de – de 15 jours).  
Frais d'inscription à la charge de l'apprenant 184€

**POLE EMPLOI** N° identifiant : \_\_\_\_\_  
↳ Joindre une attestation de prise en charge de pôle emploi  
Frais d'inscription à la charge de l'apprenant de 184€

**EMPLOYEUR** NOM ETABLISSEMENT : \_\_\_\_\_  
↳ Joindre **impérativement** une attestation de prise en charge établie par votre employeur  
Frais d'inscription de 184€ à la charge  de l'apprenant ou  de l'employeur

**AUTO FINANCEMENT**  
↳ Je m'engage à verser à l'IFAS du CH de Mâcon la somme de 7 800€  
Frais d'inscription à la charge de l'apprenant 184€

**AUTRE** (précisez) \_\_\_\_\_  
Frais d'inscription de 184€ à la charge  de l'apprenant ou  de l'employeur  autre

J'atteste de la sincérité et de l'exactitude de tous les renseignements portés sur le présent document.

DATE : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

SIGNATURE :

*L'inscription définitive est soumise au règlement des frais d'inscription. Ils sont valables pour l'année scolaire.  
En cas de désistement, l'argent encaissé reste acquis à l'institut. Règlement par chèque à l'ordre du Trésor Public.*

**DEMANDE DE PRISE EN CHARGE DU COUT D'UNE FORMATION  
AIDE-SOIGNANT, AUXILIAIRE DE PUERICULTURE, AMBULANCIER ET ACCOMPAGNANT EDUCATIF ET SOCIAL  
A DESTINATION DES DEMANDEURS D'EMPLOI**

Renseignements demandés					COLONNE RESERVÉE A L'ADMINISTRATION
NOM					
PRENOM					
DATE DE NAISSANCE	...../...../.....				
N° SECURITE SOCIALE	.....				
ADRESSE	..... ..... .....				
TELEPHONE	...../...../...../...../.....				
ADRESSE EMAIL	.....				
Dans quel institut de formation êtes-vous inscrit ? (précisez la ville)	.....				
FORMATION Cochez la formation souhaitée	AIDE-SOIGNANT <input type="checkbox"/>	AUXILIAIRE DE PUERICULTURE <input type="checkbox"/>	AMBULANCIER <input type="checkbox"/>	AES <input type="checkbox"/>	
Date de rentrée ?	...../...../.....				
Quel parcours allez-vous effectuer ?	COMPLET <input type="checkbox"/>		PARTIEL <input type="checkbox"/>		
Etes-vous redoublant ?	OUI <input type="checkbox"/>		NON <input type="checkbox"/>		
Etes-vous inscrit à Pôle Emploi ?	OUI <input type="checkbox"/>		NON <input type="checkbox"/>		
Si oui, à quelle date	...../...../.....				
Avez-vous démissionné d'un emploi dans les 4 mois avant l'entrée en formation ?	OUI <input type="checkbox"/>		NON <input type="checkbox"/>		
Si oui :	d'un CDD <input type="checkbox"/>	d'un CDI <input type="checkbox"/>	Temps complet <input type="checkbox"/>	Temps partiel <input type="checkbox"/>	
Quels sont les diplômes ou qualifications obtenus ? A quelles dates ? Plusieurs réponses possibles	..... ..... .....				
Etes-vous en emploi ?	OUI <input type="checkbox"/>		NON <input type="checkbox"/>		
Si oui :	En CDD <input type="checkbox"/>	En CDI <input type="checkbox"/>	Temps complet <input type="checkbox"/>	Temps partiel <input type="checkbox"/>	
Etes-vous en congé parental ?	OUI <input type="checkbox"/>		NON <input type="checkbox"/>		
Etes-vous fonctionnaire ?	OUI <input type="checkbox"/>		NON <input type="checkbox"/>		
Si oui :	stagiaire ou titulaire en activité <input type="checkbox"/>	stagiaire ou titulaire en disponibilité <input type="checkbox"/>	en congé sans traitement <input type="checkbox"/>	démisionnaire <input type="checkbox"/>	
Je déclare sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements portés sur le présent formulaire et sur les documents que j'adresserai en pièces justificatives. Je m'engage à informer mon institut de formation et la Région de tout changement intervenant dans ma situation, dans un délai maximum d'un mois suivant le changement.	<i>Date et signature :</i>				
	<i>Tournez la page S.V.P</i>				

Pièces justificatives à transmettre après diffusion des résultats de la sélection et au plus tard la veille de l'entrée en formation au conseil régional BFC en priorité par mail ou par voie postale	<p style="text-align: center;">formationsanitairesociale@bourgognefranchecomte.fr ou CONSEIL REGIONAL BOURGOGNE FRANCHE COMTE Direction de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur Service formations sanitaires et sociales 17 boulevard de la Trémouille 21000 DIJON</p>		
Copie carte d'identité recto verso			
Attestation d'inscription à Pôle Emploi datant de moins de 2 mois			
Copie du dernier diplôme obtenu ou qualification obtenue			
Ce formulaire dûment complété et signé			

Vos données personnelles (nom, prénom, date de naissance, adresse, téléphone) sont traitées par la Région Bourgogne Franche Comté pour l'instruction des dossiers de financement du coût des formations de niveau 3 et 4 à destination des demandeurs d'emploi.

Ces données seront conservées pour une durée de 3 ans.

Conformément à la loi « informatique et libertés » n°78-17 du 6 janvier 1978 et au règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (Règlement Général sur la protection des Données) vous pouvez accéder aux données vous concernant ou demander leur effacement. Vous disposez également d'un droit d'opposition, d'un droit de rectification et d'un droit à la limitation du traitement de vos données.

Ces droits peuvent être exercés par courrier à l'adresse suivante : Région Bourgogne-Franche-Comté /

Direction de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur

Service formations sanitaires et sociales

4 Square Castan CS 51857

25031 BESANCON CEDEX ou formationsanitairesociale@bourgognefranchecomte.fr

**Sanctions en cas de fausses déclarations :**

Quiconque aura fourni sciemment des renseignements inexacts ou incomplets dans la présente déclaration en vue d'obtenir un paiement ou avantage quelconque indu, sera puni d'un emprisonnement de quatre ans et d'une peine d'amende de 9 000 € ou de l'une de ces deux peines seulement (Loi n° 68-690 du 31 juillet 1968 - article 22 ; Ordonnance n° 2000-916 du 19 septembre 2000 portant adaptation de la valeur de certains montants exprimés en francs dans les textes législatifs).

 <p>REGION BOURGOGNE FRANCHE COMTE</p>  <p>INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS ET AIDES SOIGNANTS DE MÂCON</p>	<b>QUESTIONNAIRE DE MISE EN STAGE ELEVE AIDE-SOIGNANT</b>	Date d'application : 31/03/2014
	Réf. : IF-FOR-046	

**Coordination des stages :**

Sophie MAZUIR  
somazuir@ch-macon.fr

Sophie LYSAK  
solysak@ch-macon.fr

**Année 2025-2026**

**Afin de bénéficier de tous les avantages des stages et pour faciliter votre intégration, nous vous remercions de répondre à ce questionnaire :**

Nom de naissance :

Nom marital :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu d'habitation durant l'année 2025-2026

Diplômes obtenus :

Avez-vous votre permis de conduire :  oui  non

Si non, allez-vous le passer cette année :  oui  non

Possédez-vous un véhicule pour vos déplacements :  oui  non

Avez-vous déjà travaillé ou fait des stages en milieu sanitaire et social :  oui  non

Si oui, donnez le nom des établissements et le nom du ou des services, ainsi que la période de l'emploi :

Si vous avez quelqu'un de votre entourage proche qui travaille ou qui est résident dans une institution (hôpital, maison de retraite,...) dans un rayon de 50 km autour de Mâcon, indiquez le nom de l'établissement et du service

**Partie réservée à l'IFAS**

CURSUS : .....

FINANCEMENT : .....

 <p>REGION BOURGOGNE FRANCHE COMTE</p>  <p>INSTITUTS DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS ET D'AIDES- SOIGNANTS DE MACON</p>	<p><b>DEMANDE DES EQUIVALENCES DE COMPETENCES ET ALLEGEMENTS DE FORMATION POUR L'ACCES AU DIPLOME D'ETAT D'AIDE-SOIGNANT</b></p>	<p>Date d'application : 05/05/2014</p>
---	--	--

**Selon l'article 14 de l'arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant et son Annexe VII :**

« Sous réserve d'être admis à suivre la formation dans les conditions fixées par l'arrêté du 7 avril 2020 modifié susvisé, des équivalences de compétences, de blocs de compétences ou des allègements partiels ou complets de certains modules de formation sont accordées aux élèves titulaires des titres ou diplômes suivants :

- 1° Le diplôme d'Etat d'auxiliaire de puériculture ;
- 2° Le diplôme d'assistant de régulation médicale ;
- 3° Le diplôme d'Etat d'ambulancier ;
- 4° Le baccalauréat professionnel Services aux personnes et aux territoires (SAPAT) ;
- 5° Le baccalauréat professionnel Accompagnement, soins et services à la personne (ASSP) ;
- 6° Les diplômes ou certificats mentionnés aux articles D. 451-88 et D. 451-92 du code de l'action sociale et des familles ;
- 7° Le titre professionnel d'assistant de vie aux familles ;
- 8° Le titre professionnel d'agent de service médico-social.

Les personnes susmentionnées bénéficient des mesures d'équivalences ou d'allègement de suivi ou de validation de certains blocs de compétences selon les modalités fixées à l'annexe VII du présent arrêté. Leur parcours de formation et les modalités d'évaluation des blocs de compétences ou des compétences manquantes en vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'aide-soignant sont définies dans ladite annexe. »

**POUR TOUTES DEMANDES, MERCI DE NOUS FOURNIR OBLIGATOIREMENT  
UNE COPIE DE VOTRE DIPLOME OU LE CAS ECHEANT DE VOTRE RELEVÉ DE NOTES**

**NOM de naissance :** .....

**NOM marital :** .....

**Prénom :** .....

**Titulaire du/des diplômes suivants (cocher la ou les cases correspondantes) :**

- DE AP** (Diplôme d'Etat d'auxiliaire de puériculture ; référentiel relevant de l'arrêté du 16 janvier 2006 et référentiel relevant de l'arrêté du 10 juin 2021)
- BAC PRO ASSP** (Baccalauréat professionnel "Accompagnement Soins et Services à la Personne" option "A domicile" et option "En structure sanitaire, sociale ou médicosociale" ; arrêtés du 11 mai 2011)
- BAC PRO SAPAT** (Baccalauréat professionnel spécialité "Services aux personnes et aux territoires" ; arrêté du 22 août 2011)
- ADVF** (Titre professionnel d'assistant de vie aux familles ; arrêté du 11 janvier 2021)
- ASMS** (Titre professionnel d'agent de service médico-social ; arrêté du 10 juillet 2020)
- DE AES** (Diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social ; arrêté du 29 janvier 2016 : spécialités "à domicile", "en structure collective", "éducation inclusive et vie ordinaire")
  - Les titulaires des diplômes d'Etat d'aide médico-psychologique (AMP) ou d'auxiliaire de vie scolaire (AVS) sont titulaires de droit du DEAES 2016*
- DE AES** (Diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social ; fusion des spécialités ; référentiel 2021)
- ARM** (Diplôme d'assistant de régulation médicale ; référentiel relevant de l'arrêté du 19 juillet 2019)
- AMBULANCIER** (Diplôme d'Etat d'ambulancier (référentiel relevant de l'arrêté du 26 janvier 2006)  
*Une actualisation du référentiel est prévue pour les futurs diplômés ambulanciers à compter de 2022*)

**Fait à :** .....

**Le :** .....

**Signature :**