



DOSSIER ADMISSION

INSTITUT DE FORMATION AIDE-SOIGNANT  
CENTRE HOSPITALIER DES PAYS DE MORLAIX

## PRESENTATION ET INFORMATIONS DIVERSES

### IFAS DU CENTRE HOSPITALIER DES PAYS DE MORLAIX

#### EFFECTIF

44 places.

#### VIE ETUDIANTE

##### HEBERGEMENT

L'institut fonctionne en externat. Les élèves doivent se loger hors de l'établissement (une liste des chambres ou appartements à louer dans un rayon proche est à la disposition des élèves, au secrétariat de l'institut).

##### REPAS

Les élèves peuvent prendre leurs repas (midi) au self du personnel du Centre Hospitalier des Pays de MORLAIX.

Une cafétéria au sein de l'institut équipée de 4 micro-ondes et de 3 distributeurs de boissons et friandises est mise à disposition.

##### EQUIPEMENT MULTIMEDIA :

Les élèves disposent d'une salle multimédia équipée de 19 PC portables pour leur usage exclusif, ainsi qu'une imprimante-photocopieuse pour leurs éditions scolaires ou personnelles. L'intégralité du bâtiment est dotée d'une couverture wifi. Chaque élève possède un code personnel de connexion illimitée.

##### ASSOCIATION ETUDIANTE

Une association d'étudiante est active au sein de l'institut = ADESIF. Elle organise différentes actions permettant le financement du voyage d'études de fin d'année à l'étranger, de la soirée d'intégration, des bals de promotion.....Les élèves aides-soignants participent également à cette association.

##### BIBLIOTHEQUE

Une bibliothèque paramédicale et médicale est présente au sein de l'institut. Une bibliothécaire vous accompagne dans vos recherches. Vous pouvez y emprunter livres ou revues.

#### SANTE-ASSURANCE

##### MUTUELLE

Les élèves peuvent adhérer aux mutuelles. (Cotisations en fonction des garanties choisies).

#### FRAIS -FINANCEMENT

##### FRAIS ANNEXES

Aucun achat de livre n'est nécessaire pour intégrer l'institut. Il est fortement recommandé de disposer d'un PC portable.

## LES TENUES

Les tenues sont fournies par le CHPM.

## BOURSES D'ETUDES

L'attribution des bourses d'études relève de la compétence du Conseil Régional de Bretagne. Elles sont attribuées en fonction des revenus de l'élève ou de la famille.

↳ *Dépôt de la demande :*

Site du **Conseil Régional de Bretagne** : [www.bretagne.bzh](http://www.bretagne.bzh) – **QUALIF sanitaire et social**

Un code établissement vous sera fourni par l'institut

L'étudiant peut :

- Simuler une demande de bourse afin de savoir s'il est éligible et à quel échelon de bourses il se situe
- Déposer sa demande en ligne
- Suivre l'avancement de son dossier

La demande de bourse sera validée par l'IFSI.

Une assistance sera mise en place à l'IFSI pour renseigner les élèves et les aider dans la saisie de leur demande de bourse (toutes les informations seront données aux élèves définitivement admis).

**La bourse d'études n'est pas cumulable** avec une autre aide au titre de la formation professionnelle, avec une indemnisation versée par le Pôle Emploi ou tout autre organisme au titre des droits au chômage, ou encore avec un congé parental rémunéré ou un congé de formation.

## INDEMNITES VERSEES par POLE EMPLOI, CONGES INDIVIDUELS DE FORMATION, AUTRES ALLOCATIONS ...

Au vu de leur situation à l'entrée en formation, les élèves pourront obtenir les renseignements concernant ces aides auprès du Pôle Emploi, des Missions Locales, des organismes gérant les congés individuels de formation, etc...

***Pour toutes informations complémentaires, vous pouvez contacter :***

***Financement : P LORLEACH : 02 98 62 62 00***

## LISTE DES PIÈCES À FOURNIR POUR CONFIRMER VOTRE INSCRIPTION

### DOSSIER ADMINISTRATIF

- Dossier d'inscription administrative 2023-2024
- Photocopie de la carte nationale d'identité (Recto-Verso) ou du passeport (en cours de validité)
- Photocopie du livret de famille (toutes les feuilles renseignées - parents et enfants)
- Photocopies des diplômes
- 2 photos d'identité récentes (les découper et noter nom et prénom au verso)
- Les documents relatifs à la carte de self **accompagnés d'un relevé d'identité bancaire ou postal** (nécessaire pour le paiement des repas pris au self du Centre Hospitalier)

### DOSSIER MEDICAL

#### **L'admission définitive à l'IFSI est subordonnée à la production :**

- ⇒ d'un certificat établi par un médecin agréé (liste jointe) attestant que l'élève ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession (à fournir au plus tard le jour de la rentrée)
- ⇒ d'un certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France ( à fournir au plus tard le jour du départ en stage)

# DOSSIER D'INSCRIPTION ADMINISTRATIVE 2023

## COORDONNEES

Nom

Nom marital

Prénom

Date et lieu de naissance

Numéro de sécurité sociale

Adresse

Numéro de téléphone fixe

Numéro de téléphone portable

Adresse mail

Adresse et coordonnées pendant la formation

**En cas de modification en cours d'année, merci d'en informer le secrétariat**

## COORDONNEES DE LA PERSONNE A CONTACTER SI BESOIN

Nom

Prénom

Adresse

Numéro de téléphone

## DIPLOMES

Diplôme(s) obtenu(s) :

## ACTIVITE PROFESSIONNELLE

### Situation à l'entrée en formation :

1 - En activité       2 - En recherche d'emploi       3 - En poursuite d'études

Congé formation - Promotion professionnelle (Indiquez le nom de l'établissement employeur ou organisme financeur) .....

.....

- Année de sortie de formation initiale : .....
- Diplôme obtenu : .....
- Dernier emploi occupé : .....
- Type de contrat :  CDD    CDI    Mission d'intérim    Contrat d'apprentissage  
 Contractuel de droit public    Fonctionnaire    Autre
- Date de fin ou de rupture de contrat .....

Activités professionnelles antérieures : (emplois, même dans un autre domaine, stages ...)

Fonctions	Employeur	Durée du contrat
-	-	-
-	-	-
-	-	-
-	-	-
-	-	-

Avez-vous déjà travaillé au Centre Hospitalier des Pays de Morlaix

- Non
- Oui précisez le(s) service(s)

Avez-vous déjà effectué des stages en milieu hospitalier ou médico-social

- Non
- Oui précisez où

## FINANCEMENT

- Demande d'une bourse d'études régionale
- Promotion professionnelle                      Établissement employeur :
- Congé individuel de formation
- Pôle emploi

Serez-vous indemnisé(e) par le pôle emploi

- Oui
- Non

Numéro identifiant pôle emploi :

*(Ou à nous communiquer dès votre inscription à Pôle Emploi)*

- Autre mode de financement personnel

## MODE DE DEPLACEMENT

Permis de conduire

- Oui
- Non

Voiture

- Oui
- Non

Autre (précisez)



D.A.L.T.

AJ/NJ-2021/003

## UTILISATION de la CARTE NOMINATIVE du RESTAURANT DU PERSONNEL

*Note à l'attention des agents contractuels, des élèves et des stagiaires.*

L'attention des agents contractuels, des élèves des écoles, ainsi que des stagiaires, est attirée sur l'utilisation de la carte magnétique nominative d'accès au self, remise à leur demande, lors de leur arrivée dans l'établissement.

Cette carte faisant office de carte de crédit pour l'accès au restaurant du personnel ou aux distributeurs, les précautions d'usage en matière de sécurité s'imposent.

Par ailleurs, il est rappelé que cette carte doit être restituée à la fin du contrat ou de la formation, des horaires d'ouverture des bureaux de la Direction des Achats, de la Logistique et des Travaux (boîte aux lettres près du bureau de la permanence), et ce, pour des raisons tarifaires et de sécurité.

Une attention particulière devra être apportée au bon état de la carte, notamment au niveau de la bande de lecture, afin d'éviter des problèmes de passage en caisse. D'autre part, il est conseillé de ne pas approcher le badge d'une source magnétique ou électro-magnétique (téléphone portable et aimant).

Une carte devenue inutilisable car détériorée, ou une carte perdue, sera facturée par débit du compte bancaire lors du renouvellement de celle-ci.

Une nouvelle délivrance de badge coûtera 4.80 euros\* (tarif des activités annexes fixé par le Conseil de Surveillance publié chaque année).

Comptant sur votre collaboration.

Fait à Morlaix, le 10 juin 2021

Le Directeur Adjoint

Olivier BELLEC



Direction des Achats,  
de la Logistique et des Travaux

### RESTITUTION DES CARTES NOMINATIVES D'ACCES AU SELF

#### ENGAGEMENT sur l'HONNEUR

Je soussigné(e) ..... m'engage à restituer ma carte nominative de self en fin de contrat ou de formation, au Centre Hospitalier des Pays de MORLAIX (permanence des cartes de self à la Direction des Achats, de la Logistique et des Travaux).

Aucune réclamation ne serait recevable par le Centre Hospitalier des Pays de Morlaix, tant en ce qui concerne les sommes engagées et directement prélevées sur mon compte bancaire, postal ou de caisse d'épargne, ou pouvant être réclamées ultérieurement par le Trésor Public, dans le cas où la carte serait utilisée à mon insu ou que les modalités décrites dans la note n'aient pas été respectées.

A MORLAIX, le : .....

Signature :



## MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA (exemplaire à conserver par le CHPM)

Référence Unique du Mandat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le Centre Hospitalier des Pays de Morlaix par l'intermédiaire de la TRESORERIE MORLAIX MUNICIPALE comptable assignataire à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et vous autorisez votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la TRESORERIE MORLAIX MUNICIPALE. 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.

Nom, prénom et adresse du Titulaire du compte à débiter
.....
.....
.....

<b>Désignation du créancier</b>
Centre Hospitalier Des Pays De Morlaix
B.P. 97237
29672 MORLAIX CEDEX
Identifiant créancier SEPA : FR52ZZZ293857

### DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

Identification Internationale (IBAN) :

Identification Internationale de la banque (BIC) :

Type de prélèvement : Récurrent

Morlaix, le  
Signature

### 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 le Centre Hospitalier des Pays de Morlaix par l'intermédiaire de la TRESORERIE MORLAIX MUNICIPALE comptable assignataire. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrais en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai alors le différend directement à la Trésorerie Morlaix Municipale comptable assignataire du Centre Hospitalier des Pays de Morlaix. Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'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.

## MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

(exemplaire à conserver par l'agent après obtention de sa carte de self)

Référence Unique du Mandat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le Centre Hospitalier des Pays de Morlaix par l'intermédiaire de la TRESORERIE MORLAIX MUNICIPALE comptable assignataire à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et vous autorisez votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la TRESORERIE MORLAIX MUNICIPALE. 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.

Nom, prénom et adresse du Titulaire du compte à débiter
.....
.....
.....

<b>Désignation du créancier</b>
Centre Hospitalier Des Pays De Morlaix
B.P. 97237
29672 MORLAIX CEDEX
Identifiant créancier SEPA : FR52ZZZ293857

### DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

Identification Internationale (IBAN) :

Identification Internationale de la banque (BIC) :

Type de prélèvement : Récurrent

Morlaix, le  
Signature

### 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 le Centre Hospitalier des Pays de Morlaix par l'intermédiaire de la TRESORERIE MORLAIX MUNICIPALE comptable assignataire. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrais en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai alors le différend directement à la Trésorerie Morlaix Municipale comptable assignataire du Centre Hospitalier des Pays de Morlaix. Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'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.



**LISTE DES MEDECINS GENERALISTES AGREES**  
**POUR L'EXAMEN DES AGENTS DE LA FONCTION PUBLIQUE**  
(pour 3 ANS à compter du 14.09.2020)

**Arrondissement de BREST :**

M. le Docteur <b>BARRAINE</b> Pierre -10 ter, rue Michelet - 29200 BREST	02 98 43 83 94
M. le Docteur <b>CONAN</b> Pierre-Yves - 1, rue Paul Pochard - 29200 BREST	02 98 05 25 41
M. le Docteur <b>DONNOU</b> Philippe – 9, avenue de Tarente - 29200 BREST	02 98 47 57 16
M. le Docteur <b>FURET</b> Eric - 2, rue Colbert - 29200 BREST	02 98 43 03 38
M. le Docteur <b>HENRY</b> Pierre - 9 place Jack London 29200 BREST	02 98 05 02 04
Mme le Docteur <b>KAPRY</b> Marianne - 2, rue Aristide Briand - 29200 BREST	02 98 02 01 00
M. le Docteur <b>MAILLOUX</b> Florent - 165, rue Jean Jaurès - 29200 BREST	02 98 44 63 25
Mme le Docteur <b>MATHILIN</b> Nathalie – 94, rue du Calvaire- 29200 BREST	02 98 03 39 02
M. le Docteur <b>PONDAVEN</b> François - 5, place de la Liberté - 29200 BREST	02 98 43 18 09
Mme le Docteur <b>LE GAC</b> Corinne - 8, rue du Commandant Toul - 29890 KERLOUAN	02 98 83 95 94
M. le Docteur <b>GALLOT-LAVALLEE</b> Olivier – 2, place de l'Eglise Saint-Houardon - 29800 LANDERNEAU	02 98 85 13 89
Mme le Docteur <b>SAFFRE</b> Diane - rue des Ecoles - 29800 LA ROCHE MAURICE	02 29 62 34 77
M. le Docteur <b>LE HIR</b> Alain -2, rue Anatole Le Braz - 29860 PLABENNEC	02 98 40 42 57
M. le Docteur <b>LE MOIGNE</b> Gwenaël - 1, rue de Pen ar C'hoat - 29190 SAINT RENAN	02 98 84 23 18

**Arrondissement de CHATEAULIN :**

M. le Docteur <b>PARENTHOINE</b> François - rue Saint Yves - 29160 CROZON	02 98 27 08 10
---------------------------------------------------------------------------	----------------

**Arrondissement de MORLAIX :**

Mme le Docteur <b>KERDUDO</b> Sara - 6, rue Foch - 29660 CARANTEC	02 98 67 04 36
M. le Docteur <b>LE RESTE</b> Jean-Yves - 24 route de Locquirec - 29620 LANMEUR	02 98 67 51 03
M. le Docteur <b>REUNGOAT</b> Jean-Yves - 27, rue Charles de Gaulle - 29420 PLOUVORN	02 98 61 30 40
M. le Docteur <b>CORRE</b> Philippe - 4, rue Pierre Curie -29600 St MARTIN DES CHAMPS	02 98 88 44 12
M. le Docteur <b>LE VERGE</b> Joseph - CH des Pays de Morlaix – Bâtiment Les Chardonnerets 15, rue de Kersaint Gilly – 29672 MORLAIX CEDEX	02 98 62 61 32
M. le Docteur <b>BOURHIS</b> Antoine – 2, Route de Paris – 29600 MORLAIX	02 98 63 32 45

Date de mise à jour : 11 juin 2021

**Arrondissement de QUIMPER :**

M. le Docteur <b>LEBRUN</b> Hervé - 7, rue de Kéranguen - <b>29360 CLOHARS CARNOET</b>	02 98 71 52 90
M. le Docteur <b>PRIMAULT</b> Stéphane - 12, rue Per Jakes Helias - <b>29500 ERGUE-GABERIC</b>	02 98 90 74 93
M. le Docteur <b>LOUBOUTIN</b> Jean-Paul - 27, avenue de la France Libre - <b>29000 QUIMPER</b>	02 98 95 32 75
M. le Docteur <b>BLONDEL</b> Philippe - 3, rue Kerneveleck - <b>29170 FOUESNANT</b>	02 98 51 69 69
M. le Docteur <b>GUAYS</b> Yann – 27, Avenue de la France Libre – <b>29000 QUIMPER</b>	02 98 95 32 75

CERTIFICAT MÉDICAL

Établi par un médecin agréé

En vue de l'admission à l'Institut de Formation Aide Soignant  
du CH des Pays de Morlaix

Je soussigné, Docteur \_\_\_\_\_

Médecin agréé par la Préfecture du département \_\_\_\_\_

Exerçant à \_\_\_\_\_

Certifie que Mme, , Mr \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Demeurant à \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession d'aide soignant(e).

Fait à \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

Signature et cachet du médecin

**ATTESTATION MEDICALE D'IMMUNISATION ET DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES**  
 des personnes mentionnées à l'article L3111-4 du code de la santé publique

Je, soussigné(e) Docteur .....

Certifie que : Nom de naissance ..... Nom d'usage .....

Prénom : ..... Né(e) le...../...../.....

En formation de : .....

Est immunisé(e) :

- Contre la DIPHTERIE, le TETANOS et la POLIOMYELITIS :

Dernier rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N° lot

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

- Immunisé(e) contre l'HEPATITE B :	<b>oui</b>	<b>non</b>
- Non répondeur (se) à la vaccination (après l'administration de 6 doses) :	<b>oui</b>	<b>non</b>
- Nécessitant un avis spécialisé	<b>oui</b>	<b>non</b>

- Par le BCG\*  OUI  NON

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

\*Un arrêté du 27 février 2019 a **suspendu** l'obligation de vaccination par le BCG.

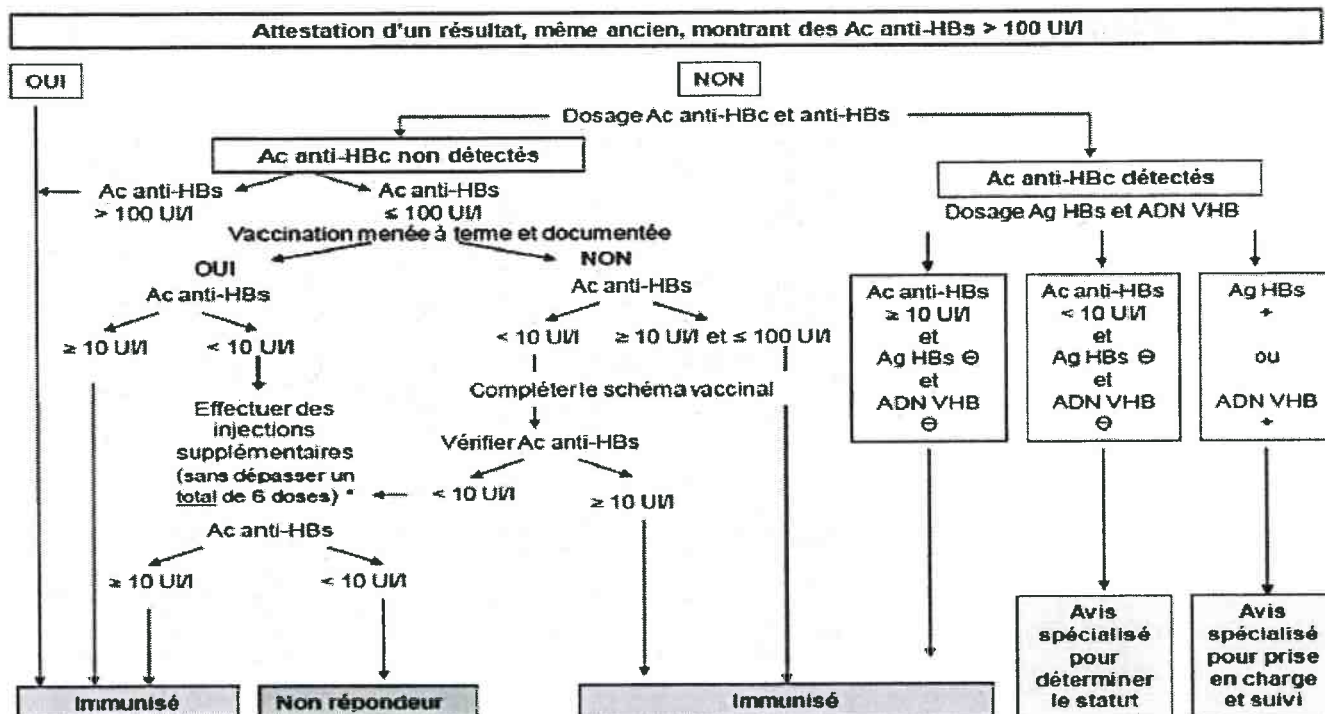
IDR à la tuberculine*	Date	Résultat (en mm)

\*L'IDR de référence est **obligatoire** : Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiques.

**SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN**

**Nota bene** : Selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour les étudiants et professionnels de santé, il est par ailleurs recommandé d'être immunisé contre **la COVID-19, la coqueluche, la rougeole, la rubéole et les oreillons (ROR), la varicelle et la grippe saisonnière**, ainsi que contre l'hépatite A pour les personnes s'occupant d'enfants n'ayant pas atteint l'âge de la propreté (par exemple personnels des crèches, assistants maternels...) et – des structures collectives d'accueil pour personnes handicapées.

Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des personnes mentionnées à l'article L.311-4 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 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. <https://vaccination-info-service.fr/>)