

Institut de Formation Aides-Soignants Du CHU de Nice

DOSSIER D'INSCRIPTION

**DATE LIMITE DE RESTITUTION DU DOSSIER ET ESSAYAGE DES
TENUES PROFESSIONNELLES AVANT LE :**

31/07/2026

Tout dossier incomplet entraînera un refus d'entrée en formation

Vous avez la possibilité de :

- le déposer dans la boîte aux lettres extérieure de l'Institut de Formation
- le faire parvenir par voie postale, à l'adresse suivante :

**IFAS DU CHU DE NICE
DOSSIER D'INSCRIPTION ADMINISTRATIVE
12, avenue de Valombrese
06100 NICE**

RENTREE LE 27/08/2026 à 8h30

FINALISATION DE VOTRE INSCRIPTION

Pensez à vérifier régulièrement votre boîte mail et vos spams.

**Pensez également à consulter régulièrement le site internet
www.chu-nice.fr pour suivre les informations relatives à la rentrée.**

LISTE DES PIÈCES À FOURNIR

- ☐ Fiche de renseignements recto verso dûment, complétée et signée (**ANNEXE 1**)
- ☐ 2 photos d'identité
- ☐ 1 photocopie de la pièce d'identité recto / verso ou titre de séjour **en cours de validité**
- ☐ 1 photocopie de votre attestation de sécurité sociale
- ☐ 1 attestation de responsabilité civile vie privée pour l'année scolaire concernée (**établie par l'assureur de votre habitation**)
- ☐ **Pour les personnes issues du concours uniquement** : Le certificat médical d'aptitude à suivre la formation d'Aide-Soignant (**ANNEXE 2**) et le dossier médical de la médecine préventive (**ANNEXE 3**)
- ☐ **Pour les promotions professionnelles du CHU de NICE uniquement** : Le certificat médical d'aptitude à suivre la formation d'Aide-Soignant (**ANNEXE 2**)
- ☐ 1 photocopie de **TOUS** les diplômes obtenus
- ☐ Le document « **Droit à l'image et propriété intellectuelle** » dûment complété et signé
- ☐ **La dernière page de la charte informatique** dûment complétée et signée (l'intégralité du document est consultable sur le site internet www.chu-nice.fr)
- ☐ 1 attestation d'honorabilité à demander sur le site suivant :
 - <https://honorabilite.social.gouv.fr/qui-est-concerne/je-suis-elevestagiaireapprenti-intervenant-dans-un-etablissement-daccueil-du-jeune>
 - Lien à retrouver également sur le site internet du CHU de Nice : <https://www.chu-nice.fr/professionnels-etudiants/aide-soignant/>

En fonction de votre situation :

- ☐ **Courrier d'accord de prise en charge**, si votre formation est prise en charge par votre employeur ou par un organisme payeur (PROMOTION PROFESSIONNELLE CHU ou HORS CHU, OPCO, FONGECIF, ANFH...)
- ☐ Si vous êtes inscrit(e) et/ou indemnisé(e) par **France Travail** :
 - Prescription de formation précisant les dates de début et de fin de formation,
 - Justificatif attestant de votre indemnisation ou de refus d'indemnisation de France Travail

Un certificat de scolarité vous sera remis à la rentrée

Pour les candidats issus de la sélection (hors Promotion professionnel du CHU de NICE) :

- **ANNEXE 2** : Certificat médical d'aptitude à suivre la formation AS à faire compléter et signer par un **médecin agréé** (liste des médecins disponibles par département sur le site du CHU de NICE)
- **ANNEXE 3** : Dossier médical à faire compléter et signer par le **médecin agréé**.

LES ANNEXES 2 ET 3 SONT A REMETTRE IMPERATIVEMENT DANS LE DOSSIER D'INSCRIPTION

Pour les agents en promotion professionnelle du CHU DE NICE (PP CHUN) :

- **1/ ANNEXE 2** : Certificat médical d'aptitude à suivre la formation AS à faire compléter et signer par un **médecin agréé** (liste des médecins disponibles par département sur le site du CHU DE NICE).

A REMETTRE IMPERATIVEMENT DANS LE DOSSIER D'INSCRIPTION

- **2/** Contacter le secrétariat de la médecine préventive de votre service d'affectation (**uniquement après confirmation de la promotion professionnelle**) :
 - Hôpital Pasteur II : 04 92 03 76 36 / 04 92 03 37 75
 - Hôpital Cimiez : 04 92 03 44 60
 - Hôpital l'Archet III : 04 92 03 59 89



: Pensez à vérifier dès à présent la mise à jour de vos vaccinations obligatoires : DTP, hépatite B, tuberculose.

En cas de vaccination non à jour, aucun départ en stage ne pourra être autorisé.

REGLEMENT INTERIEUR

Merci de prendre connaissance du règlement intérieur sur le site internet www.chu-nice.fr durant l'été. Le jour de la rentrée, il vous sera demandé de signer un document vous engageant à le respecter.

VETEMENTS PROFESSIONNELS

Lors des stages, les étudiants doivent être dotés d'une tenue professionnelle complète (blouses, pantalons), identique et **OBLIGATOIRE**.

L'école fait appel à la Blanchisserie du CHU de Nice.

Les essayages doivent s'effectuer à l'IFAS du CHU de Nice – 12 avenue Valombrose (du lundi au vendredi de 8h30 à 12h00 et de 13h00 à 16h00).

Il est impératif de commander vos tenues rapidement (**date limite au 31/07/2026**), car il existe un délai entre le passage de la commande et la réception de vos tenues.

Aucune commande ne pourra être passée à distance ou par téléphone.



Pour les agents en PROMOTION PROFESSIONNELLE DU CHU de NICE

Dès les résultats de la commission de financement, vous devez vous rendre à la dotation de la BIH (58285), pour faire modifier ou retirer de nouvelles tenues ; sauf le lundi et le jeudi matin.

STAGES PROFESSIONNELS

Pour information, les stages effectués au cours de votre formation se dérouleront dans tout le département 06 (de Menton à Mandelieu). De ce fait, vous devrez vous organiser afin de pouvoir accéder à votre lieu de stage (véhicule personnel, co-voiturage, transports en commun...).

AIDES REGIONALES

Vous avez été reçu à la sélection d'entrée en formation d'aide-soignant, vous pouvez déposer votre demande d'aide régionale sur le site : <https://aidesenligne.maregionsud.fr/aides/#/crsud/>

CODE ETABLISSEMENT = XhWh8Z3

(Date rentrée scolaire : **27/08/2026** / Date de fin de formation : **23/07/2027**)

Durée de la formation : **1540 heures**

ANNEXE 1**FICHE DE RENSEIGNEMENTS IFAS - ANNEE 2026/2027****ETAT CIVIL**

NOM DE NAISSANCE

NOM D'USAGE

Prénom

Date de naissance / / Ville de naissance :

Code département de naissance : Pays :

NATIONALITE

ADRESSE
.....

MAIL (A votre nom)@.....

TELEPHONE-.....-.....-.....-.....

NUMERO DE SECURITE SOCIALE

--	--	--	--	--	--	--	--

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

NOM Prénom TELEPHONE-.....-.....-.....-.....

Etes-vous porteur d'un handicap ? OUI ☐ NON ☐Si oui, précisez :
(Vous serez contacté par la personne référente handicap de l'Institut à la rentrée)**SITUATION AVANT L'ENTREE EN FORMATION**Continuité de parcours scolaire : ☐Salarié du secteur public CDD ☐ CDI ☐ STAGIAIRE ☐ TITULAIRE ☐Salarié du secteur privé CDD ☐ CDI ☐Inscrit à France Travail Indemnisé ☐ Non indemnisé ☐

Autres (précisez) :

PARCOURS SCOLAIRE / FORMATION

CANDIDAT ISSU DE :

Sélection IFAS ☐

Sélection Promotion Professionnelle CHUN ☐

CERFAH ☐

Niveau d'études :

☐ Aucun diplôme

☐ DEAP

☐ DEAMP

☐ BAC PRO ASSP

☐ BAC PRO SAPAT

☐ TITRE PROFESSIONNEL ASMS

☐ TITRE PROFESSIONNEL ADVF

☐ ARM

☐ DE AMBULANCIER

☐ DEAES

☐ AUTRES :

POUR TOUT DIPLÔME OBTENU, MERCI DE JOINDRE UNE COPIE A CE DOSSIER

Etes-vous titulaire de l'Attestation de Formation aux Gestes d'Urgence Niveau 2 ? OUI ☐ NON ☐

Si oui, fournir la photocopie de cette attestation

FINANCEMENT

☐ **SITUATION 1** : Vous êtes indemnisé(e) par France Travail :

- Fournir la fiche de prescription de formation

☐ **SITUATION 2** : Votre formation est prise en charge par votre employeur ou par un organisme

Promotion Professionnelle CHU de Nice ☐

Autre employeur ou organisme ☐

NOM DE L'ORGANISME :

ADRESSE :

NOM DE LA PERSONNE REFERENTE :

Vous devez fournir impérativement le courrier d'accord de prise en charge correspondant à votre situation

☐ **SITUATION 3** : Votre formation est prise en charge par TRANSITION PRO PACA

N° de dossier PTP :

☐ **SITUATION 4** : Vous êtes en continuité de scolarité (moins d'un an d'interruption des études), votre formation est prise en charge par le CONSEIL REGIONAL (**aucune démarche à effectuer**)

Je certifie sur l'honneur ne pas avoir suivi une ou plusieurs années de formation aide-soignante dans un autre Institut.

Fait à le/...../.....

Signature :



ANNEXE 2

FORMATION AIDE-SOIGNANTE

Vous avez choisi un métier de soins qui exige de répondre à certains critères de santé physique et psychologique. La réglementation précise que l'admission définitive dans un institut de formation est subordonnée « à la production, au plus tard le premier jour de la rentrée, d'un certificat établi par un médecin agréé attestant que l'étudiant ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession » (*liste des médecins agréés disponible sur le site « médecins agréés » de l'ARS*).

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE

Le médecin agréé juge de l'opportunité d'examens ou avis complémentaires pour déterminer sa décision médicale.

Je soussigné-e, Docteur

Médecin agréé par la préfecture du département

Exerçant à

Certifie que M. /Mme

Né(e) le / /à.....

Demeurant

Ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession aide-soignante

Fait à

Le

Signature et cachet du médecin agréé par la Préfecture



ANNEXE 3

**Attestation médicale
D'immunisation et de vaccinations**

En référence au calendrier des vaccinations et aux recommandations vaccinales 2023 selon
l'avis du Haut Conseil de la Santé Publique

Je soussigné(e), Docteur Médecin agréé

Exerçant à

Certifie que M./Mme

Né(e) le

A été vacciné(e) :

Vaccinations obligatoires

☐ **Diphtérie-Tétanos-Polio (DTP)**

	Dernier rappel effectué	
Nom du vaccin	Date	N° de lot

Prochain rappel en :

☐ **Hépatite B**

	Nom du vaccin	Date	N° de lot
INJ. 1			
INJ. 2			
INJ. 3			
INJ. 4			
INJ. 5			
INJ. 6			

Immunisé(e) contre l'hépatite B :

☐ **OUI**

☐ **NON**

Sérologies Hépatite B

- Pour les élèves en cours de vaccination, date du contrôle (à effectuer 4 à 8 semaines après la 3^{ème} dose du schéma vaccinal) :
- Pour les élèves déjà vaccinés, date du contrôle :

Taux d'Ac anti-Hbs :

Taux d'Ac anti-HbC :

Vaccinations recommandées :

☐ Coqueluche

Nom du vaccin	Date	N° de lot

☐ R.O.R

	Nom du vaccin	Date	N° de lot
INJ. 1			
INJ. 2			

Vaccination(s) autre(s) :

☐ Tuberculose

Vaccin intradermique ou MONOVAX®	Date	N° de lot

Tubertest (ou Monotest)

date :

résultat :

Fait à

Le

Signature et cachet du Médecin :

DROIT A L'IMAGE ET PROPRIETE INTELLECTUELLE

(Document valable pour toute la durée de la formation)

ETUDIANT/ELEVE (NOM, Prénom) :
PROMOTION/.....

Dans un but strictement pédagogique ou éducatif à des fins non commerciales, et sous réserve de préserver l'intimité de la vie privée de l'étudiant/élève, les formateurs peuvent être amenés à utiliser, à reproduire et à diffuser des photographies, des films et des enregistrements sonores, des créations (écrits, supports PowerPoint ou autres, travaux de groupes et toutes sortes de réalisations intellectuelles) pour une durée indéterminée à dater de la présente.

DROIT A L'IMAGE

En application de l'article 9 du code civil « *chacun a droit au respect de sa vie privée* », « *toute personne peut interdire la reproduction des traits* », « *c'est à celui qui reproduit l'image d'apporter la preuve de l'autorisation* ».

☐ J'autorise l'équipe pédagogique de l'IFPP, sans contrepartie financière, à capter, à diffuser, des photographies, images filmées et enregistrements de ma personne et de mon discours :

- Sur Internet
- Sur tous supports numériques (cd, dvd) à destination du personnel de l'IFPP et du CHU de Nice
- Sur tout support papier
- Sur grand écran (Forums, cours...).

☐ Je n'autorise pas.

Il ne sera pas utilisé de photographie individuelle de l'étudiant/élève et celui-ci apparaîtra uniquement sur des photos collectives. Cette photographie sera accompagnée d'une légende ne communiquant aucune information susceptible de rendre identifiable l'étudiant/élève.

PROPRIETE INTELLECTUELLE

En application de l'article 121-2 du code de la propriété intellectuelle, « *l'auteur jouit du droit au respect de son nom, de sa qualité et de son œuvre* ». Ce droit est attaché à sa personne. Il est perpétuel, inaliénable et imprescriptible :

☐ J'autorise l'institut de formation à utiliser mes créations (écrits, support Powerpoint, travaux de groupe, mémoire de fin d'études...) sur tout type de support (internet, supports numériques, support papier, projection sur grand écran...) à des fins exclusivement d'information, de formation, d'enseignement et de recherche sans contrepartie financière.

☐ Je n'autorise pas.

De mon côté, je note que le code de la propriété intellectuelle s'applique également à tout document diffusé par l'institut de formation, et en particulier aux supports des cours produits par l'équipe pédagogique. Je m'engage à :

- ne pas les communiquer à des tiers ;
- respecter l'obligation de discrétion professionnelle pour tous les faits, informations ou documents dont j'aurais pris connaissance à l'occasion de mon parcours de formation ;
- ne pas reproduire, stocker, copier, diffuser, modifier, altérer ou détruire toute information ou donnée dont je pourrais avoir connaissance à d'autres fins que dans le cadre de mon parcours de formation.

Fait à Nice, le

Ajouter la mention manuscrite « Lu et approuvé- Bon pour accord »

.....

Signature de l'élève/étudiant(e) ou son représentant légal si mineur :

Signature de la Direction :



La Directrice des Instituts de Formation
Aux Professions Paramédicales
(IFSI - IFAS - IFA - IADE - IBODE)
du CHU de Nice

Anne-Gaëlle PAUL

CHARTRE D'ACCES ET D'USAGE DU SYSTEME D'INFORMATION DU CHU DE NICE A DESTINATION DES SALARIES

VII – ENGAGEMENT DE CONFIDENTIALITE DE L'UTILISATEUR

Je soussigné/e

Nom :

Prénom :

Numéro de matricule :

Fonction : Etudiant/Elève

Téléphone :

Etant à ce titre amené/e à accéder à des données à caractère personnel, déclare reconnaître la confidentialité desdites données.

Je déclare avoir pris connaissance de la charte d'accès et d'usage du système d'information du CHU de Nice et m'engage à la respecter.

Je m'engage par conséquent, conformément aux articles 121 et 122 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ainsi qu'aux articles 32 à 35 du règlement général sur la protection des données du 27 avril 2016, à prendre toutes précautions conformes aux usages et à l'état de l'art dans le cadre de mes attributions afin de protéger la confidentialité des informations auxquelles j'ai accès, et en particulier d'empêcher qu'elles ne soient communiquées à des personnes non expressément autorisées à recevoir ces informations.

Cet engagement de confidentialité, en vigueur pendant toute la durée de mes fonctions, demeurera effectif, sans limitation de durée après la cessation de mes fonctions, quelle qu'en soit la cause, dès lors que cet engagement concerne l'utilisation et la communication de données à caractère personnel.

J'ai été informé que toute violation du présent engagement m'expose à des sanctions disciplinaires et pénales conformément à la réglementation en vigueur, notamment au regard des articles 226-16 à 226-24 du code pénal.

Fait à....., **le**/...../.....

Signature :

POUR RAPPEL – PREMIERE OUVERTURE DE SESSION

Comme précisé ci-dessus en pages 6 et 18 de la présente charte, le mot de passe initial pour l'ouverture de la session utilisateur est constitué de la manière suivante : Les deux premières lettres du prénom en Majuscule + les deux premières lettres du nom + le jour + le mois de naissance + 4 derniers chiffres du matricule RH+ « ! »

Exemple :

Jean ROBERT, né le 29/11/1970 matricule 1007662

Le mot de passe sera le suivant : JEro2911766!

Le mot de passe sera modifié par l'utilisateur dès la première connexion.