Dossier d'inscription
Formation aide-soignante

Pré-rentrée le vendredi 20 novembre 2026

Rentrée le lundi 4 janvier 2027 à 10h00

DOCUMENTS A FOURNIR IMPERATIVEMENT
POUR LE VENDREDI 20 NOVEMBRE 2026 AU PLUS TARD

Nous vous rappelons que votre inscription définitive et donc votre rentrée à l'institut ne sera validée qu'à réception de votre dossier complet

Dossier administratif

- ☐ La fiche de renseignements complétée et signée avec photo d'identité en couleur
- ☐ Photocopie de la carte d'identité recto-verso ou passeport en cours de validité
- ☐ Photocopie du titre de séjour en cours de validité (élèves de nationalité étrangère)
- ☐ Photocopie du baccalauréat (ou relevés de notes en attente de la délivrance du diplôme) ou du titre professionnel
- ☐ Photocopie du diplôme et une attestation de comparabilité Enic Naric (diplôme acquis à l'étranger)
- ☐ Photocopie de la traduction du (des) diplôme (s)
- ☐ Niveau B2 Français
- ☐ Autorisation parentale pour les élèves mineurs à la rentrée (document joint)
- ☐ Attestation d'assurance de responsabilité civile professionnelle, fournie par votre assurance à votre demande, couvrant l'année de formation en cours **avec les garanties spécifiques couvrant les risques professionnels de l'élève, y compris en stage. Cette notion doit apparaitre impérativement sur l'attestation.**
- ☐ Attestation de droits à la sécurité sociale en cours de validité (http://www.ameli.fr)
- ☐ Pour la fourniture d'un badge individuel d'accès à l'institut valable tout au long de la formation, vous devez régler une caution de 5 euros (5€) : par virement bancaire, carte bancaire ou par chèque bancaire à l'ordre de l'Agent comptable du G.C.S avec votre nom et prénom au dos.

Dossier médical comportant
(à fournir impérativement au plus tard le jour de la rentrée)

- ☐ Certificat médical d'aptitude, de vaccination et d'immunisation délivré par un médecin agréé (document joint) : listes par départements disponibles sur le site de l'ARS
- ☐ Justificatif(s) en cas de situation de handicap

Fiche de renseignements
Formation aide-soignante

PHOTO
récente
obligatoire
A coller

NOM de naissance : ..... NOM marital : .....
Prénom(s) : .....
Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....
Département : ..... Pays : ..... Nationalité : .....
Téléphone : ..... E-mail : .....

Adresse pendant la durée de la formation :

.....
Code postal : ..... Ville : .....

Adresse familiale :

.....
Code postal : ..... Ville : .....

Personne(s) à contacter en cas d'urgence :

NOM/Prénom : ..... Lien de parenté : .....
Téléphone : .....
NOM/Prénom : ..... Lien de parenté : .....
Téléphone : .....

Médecin traitant :

NOM du médecin traitant : .....
Adresse : .....
Code postal : ..... Ville : .....
Téléphone : .....

Voie d'accès à la formation :

☐ Epreuves de sélection Année de sélection ……
☐ Apprentissage ☐ FPC (ASHQ et agent de service) ☐ VAE

Diplômes - Formations :

Niveau scolaire à l'entrée en formation : ……
Dernier diplôme obtenu : …….. Année d'obtention : ……
Numéro INE : ……

Demande d'aménagement de formation :

☐ OUI ☐ NON

J'atteste sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements portés sur le présent document et m'engage à informer le secrétariat de l'Institut de tout changement.

Fait à : ..... le : .....

Signature de l'apprenant : ……

*** Autorisation parentale de soins médicaux pour un mineur**

Je soussigné(e) :
Nom …… Prénom : ……

☐ Père
☐ Mère
☐ Représentant légal

Domicilié(e) à : ……
……
Code postal : …… Ville : ……
Téléphone : …… E-mail : ……

☐ **Autorise** à délivrer les soins médicaux nécessités par l'état de santé concernant :

☐ **N'autorise pas** à délivrer, en dehors des situations d'urgence caractérisées par la nécessité d'une intervention médicale immédiate, les soins médicaux concernant :

☐ Mon fils mineur
☐ Ma fille mineure
☐ L'enfant mineur (e)

Nom …… Prénom : ……
Date de naissance : ……. / …… / ……

Dans le cadre de la formation suivie :

☐ Infirmier(ère)
☐ Aide-Soignant(e)
☐ Auxiliaire de Puériculture

Fait à : ..... le : .....

Signature du (de la) père/mère/représentant légal

……

** Article L.1111-4 du Code de la Santé Publique*
** Article L.1111-5 du Code de la Santé Publique*
** Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé*

Autorisation parentale de réalisation de stage pour un apprenant mineur

Je soussigné(e) :

Nom …… Prénom : ……

☐ Père

☐ Mère

☐ Représentant légal

Domicilié(e) à : ……

……

Code postal : …… Ville : ……

Téléphone : …… E-mail : ……

☐ **Autorise**

☐ **N'autorise pas**

- ○ Mon fils mineur
- ○ Ma fille mineure
- ○ L'enfant mineur (e)

  Nom …… Prénom : ……

  Date de naissance : …… / …… / ……

A effectuer les stages dans le cadre et conformément à la formation suivie :

☐ Infirmier(ère)

☐ Aide-Soignant(e)

☐ Auxiliaire de Puériculture

Fait à : .....le : .....

Signature du (de la) père/mère/représentant légal

……

Attestation médicale d'aptitude, de vaccinations et d'immunisation

Je soussigné(e), Docteur _____

☐ Médecin agréé par la préfecture du département _____

☐ Médecin traitant

Certifie que :
Madame/Monsieur _____
Né(e) le ____/____/____
Demeurant _____
_____

Code postal : _____ Ville _____

1. Ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession * :
   ☐ Infirmier(e)
   ☐ Aide-Soignant(e)
   ☐ Auxiliaire de Puériculture
   ☐ Ambulancier(ère)

2. Ses vaccinations obligatoires sont à jour *
3. Remplit les conditions d'immunisation contre l'hépatite B *

Certificat réalisé à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre pour servir et faire valoir ce que de droit.

A _____
Le ____/____/____

Signature et cachet du médecin agréé _____

Références réglementaires

- *Arrêté du 21 avril 2007 modifié relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux.*
  TITRE III : vaccinations pour l'entrée en formation et suivi médical des étudiants et des élèves.
  Article 91
  L'admission définitive dans un institut de formation préparant à l'un des diplômes visés à l'article 1er du présent arrêté est subordonnée :
  a) A 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 ;
  b) A la production, au plus tard le jour de la première entrée en stage, d'un certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France.

- *Arrêté du 2 août rend obligatoire la vaccination contre l'hépatite B pour les étudiants se préparant à l'exercice d'une profession en santé. Il est vivement conseillé de débuter le schéma vaccinal au minimum 3 mois avant la rentrée scolaire ou dans les plus brefs délais de manière à apporter la preuve d'une immunité vaccinale récente et complète au moment de l'entrée en formation initiale.*