

FICHE DE RENSEIGNEMENTS DES ÉLÈVES-STAGIAIRES AIDE-SOIGNANTS

SEPTEMBRE 2026

Cadre réservé à l'IFAS Coursus complet Coursus partiel

Nom de famille _____ Nom d'épouse ou d'usage _____

Prénom _____ Nationalité _____

Date de naissance _____ Commune _____

Département de naissance : n° _____ et nom du département _____

Pays de naissance _____ Âge _____ Genre Féminin Masculin

ADRESSE _____

Code postal _____ Ville _____

Téléphone portable _____ e-mail _____

NIR (n° de sécurité sociale) _____

INE (n° identifiant national étudiant) _____ (Cf. bulletins)

Identifiant FranceTravail _____

Adresse des parents _____

Code postal _____ Commune _____

Chez Mme ou M. _____ Téléphone _____

NIVEAU D'ÉTUDE À L'ENTRÉE EN FORMATION

BAC GÉNÉRAL *Spécialités* _____ Année _____

BAC TECHNOLOGIQUE *Série* _____ Année _____

BAC PROFESSIONNEL *Série* _____ Année _____

BEP / CAP *Série* _____ Année _____

Autres diplômes obtenus _____ Année _____

Lycée d'origine – Code postal – Ville _____

SITUATION À L'ENTRÉE EN FORMATION

En poursuite d'études : _____

Inscrit à Pôle Emploi depuis le _____

En activité : Employeur _____

Autre : _____

FICHE D'URGENCE

Année de formation 2026 - 2027

DE infirmier DE Aide-Soignant DE Auxiliaire puériculture DTS IMRT

NOM : _____

Prénom : _____

Date de Naissance : _____

NIR (n° de sécurité sociale) : _____

CPAM de _____

Nom et adresse des parents ou du représentant légal : _____

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.
Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone.

	MERE	PERE	CONJOINT
DOMICILE			
MOBILE			
TRAVAIL			

Nom et téléphone de la personne à prévenir en cas d'urgence : _____

Nom et téléphone du médecin traitant : _____

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade, est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins.

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : _____

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement* : _____

PÔLE SANTÉ

NOTE VACCINATION ELEVES AIDES SOIGNANTS

41, rue Paul Doumer
59110 LA MADELEINE

Téléphones

03.20.63.02.63 Poste 307
03 20 63 89.83

IFSI

secretariat-ifsivl@ac-lille.fr

IFAS

secretariat-ifasvl@ac-lille.fr

IFAS en Apprentissage

de.apprentissage@lycee-valentine-labbe.fr

IFAP

deap@lycee-valentine-labbe.fr

IMRT

03 20 63 02 72
dts.imrt@ac-lille.fr

Site Internet

ifsi-ifas-valentine-labbe.fr



Pôle Santé V. Labbé
Site officiel

Vous intégrerez prochainement la formation d'aide-soignant(e) à l'IFAS Valentine Labbé.

Dans le cadre de votre admission, il est impératif de faire compléter votre fiche sanitaire selon la procédure suivante :

- dans un premier temps, par votre **médecin traitant**, qui réalisera le bilan médical et vaccinal ;
- dans un second temps, par **un médecin agréé**, qui se prononcera sur votre aptitude physique et psychologique à suivre la formation et à effectuer les stages prévus dans le cursus.

La fiche sanitaire dûment renseignée et signée par ces deux praticiens devra être transmise à l'institut avant la rentrée ou, au plus tard, le jour de la rentrée fixé au 24 août 2026. Ce document constitue une pièce obligatoire de votre dossier d'entrée en formation. À défaut de sa remise complète dans les délais impartis, votre intégration au sein de la formation ne pourra être autorisée.

Par ailleurs, afin d'anticiper votre entrée en formation et de satisfaire aux exigences réglementaires applicables aux professionnels de santé, il vous est demandé d'entreprendre dans les meilleurs délais votre vaccination contre l'hépatite virale B.

Le schéma vaccinal comprenant deux injections espacées d'un mois, suivies d'un rappel six mois plus tard, il est essentiel de débiter cette vaccination dès votre inscription afin de pouvoir justifier d'un parcours vaccinal conforme lors de votre entrée en formation et de vos périodes de stage.

FICHE SANITAIRE

NOM

PRENOM

Date de naissance

VACCINATIONS OBLIGATOIRES

(Code de la santé publique : Articles R.3112-1, R.3112-2 et L.3111-4 et Arrêté du 2 août 2013 – bulletin officiel, Décret du 1er mars 2019 (BCG ne sera plus exigé lors de la formation ou de l'embauche dès le 1er avril 2019).)

CADRE RESERVE AU MEDECIN TRAITANT

TYPES DE VACCINATIONS	NOM VACCIN	DATES	CACHET SIGNATURE
TUBERTEST (obligatoire) (de moins de 6 mois au jour de la rentrée)	Lecture (en mm obligatoire)	
DIPHTERIE - TETANOS - POLIO	rappel à 6 ans :	:	
COQUELUCHE	rappel à 11-13 ans :	:	
(obligatoire)	rappel à 25 ans :	:	
HEPATITE VIRALE B	1 ^{ère} injection :	:	
(Schéma vaccinal complet)	2 ^{ème} injection :	:	
M0 – M1 – M6	3 ^{ème} injection :	:	
Sérologie OBLIGATOIRE : Ac anti HBs Ac anti HBc et Ag HBs 2 mois après la 3 ^{ème} injection	date :		
	Ac anti HBs	Ac anti HBc	Ag HBs
ROUGEOLE-OREILLONS-RUBEOLE (2 doses si naissance après 1980 sinon au moins 1 injection)	1 ^{ère} injection :		
(recommandé)	2 ^{ème} injection :		

CADRE RESERVE AU MEDECIN AGREE

Je, soussignée, Docteur médecin agréé(e),
atteste que l'élève susnommé(e) ne présente aucune affection d'**ordre physique ou psychologique** incompatible avec l'exercice de la profession aide-soignant (e).

DATE

SIGNATURE et CACHET



IDENTIFICATION DU CANDIDAT

**DEAS – Session _____
IFAS Valentine Labbé LA MADELEINE**

Nom de Naissance (en majuscule) : _____

Nom d'usage : _____

Prénoms (tous les prénoms) : _____

Date de Naissance : _____

Commune de naissance : _____

Département de naissance (en toutes lettres) : _____

Pays de naissance _____

Nationalité _____

Adresse : _____

Numéro téléphone : _____ **Numéro portable :** _____

Adresse Mail : _____ @ _____

Cet imprimé servira à établir votre diplôme, vous devez joindre impérativement, **une copie claire et lisible**, en cours de validité : de la carte nationale d'identité / du passeport / ou du titre de séjour. **Le permis de conduire n'est pas accepté.**



Seuls les noms et prénoms des candidats admis seront affichés. Souhaitez-vous que ceux-ci apparaissent sur le site internet de la DREETS Hauts-de-France ?

OUI

NON

Signature du candidat