

FICHE DE RENSEIGNEMENTS DES ÉLÈVES AUXILIAIRE DE PUERICULTURE

SEPTEMBRE 2026

Cadre réservé à l'IFAP ☐ 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)	

Adresse des parents _____	
Code postal _____ Commune _____	
Téléphones : Mme ou M. _____ Mme ou M. _____	

NIVEAU D'ÉTUDES À L'ENTRÉE EN FORMATION	
☐ BAC GÉNÉRAL <i>Spécialités</i> _____ / _____	Année _____
☐ BAC TECHNOLOGIQUE <i>Série</i> _____	Année _____
☐ BAC PROFESSIONNEL <i>Série</i> _____	Année _____
Lycée d'origine – Code postal – Ville _____	
Autres diplômes obtenus _____	

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* : _____



**PRÉFET
DE LA RÉGION
HAUTS-DE-FRANCE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**Direction régionale
de l'économie, de l'emploi,
du travail et des solidarités**

IDENTIFICATION DU CANDIDAT

**DEAP – Session _____
IFAP 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

PÔLE SANTÉ

NOTE VACCINATION ELEVES AUXILIAIRE DE PUERICULTURE

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-labbé.fr

IFAP

deap@lycee-valentine-labbé.fr

IMRT

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

Site Internet

ifsi-ifas-valentine-labbé.fr



Pôle Santé V. Labbé
Site officiel

Vous intégrerez prochainement la formation d'Auxiliaire de Puériculture à l'IFAP 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.