



# DOSSIER D'INSCRIPTION FORMATION ASSISTANT DE VIE AUX FAMILLES IRFSS AQUITAINE



croix-rouge française  
PARTOUT OÙ VOUS AVEZ BESOIN DE NOUS

**PARCOURS COMPLET**

**PARCOURS PARTIEL** (fournir une copie du livret délivré par la DIRECCTE)

### Choix des certificats :

- CCP1** : Entretien du logement et du linge d'un particulier
- CCP2** : Accompagner les personnes dans les actes essentiels du quotidien
- CCP3** : Relayer les parents dans la prise en charge de leurs enfants à domicile

Merci de bien vouloir cocher le parcours choisi puis les certificats dans le cadre du parcours partiel.

### ÉTAT CIVIL

NOM USUEL	NOM DE NAISSANCE
PRÉNOM	NATIONALITE
DATE DE NAISSANCE /__ __/__ __/__ __/	LIEU DE NAISSANCE
N° DE SÉCURITE SOCIALE :	
ADRESSE .....	
CODE POSTAL.....VILLE.....	
TELEPHONE .....	PORTABLE .....
E-MAIL	

### SITUATION DE FAMILLE

Célibataire
  Marié(e)
  Divorcé(e)

Nom et N° de téléphone de la personne à contacter en cas d'accident

----- ☎ -----

### SITUATION ACTUELLE

Etudiant(e) – études suivies : -----  
 Salarié(e) – Employeur : -----  
 Demandeur d'emploi / depuis quand : -----  
 Emplois occupés le cas échéant : -----

### FINANCEMENT DE LA FORMATION

Par le (la) candidat(e)  
 Au titre de la formation continue :  
     Employeur : -----  
     Adresse : -----  
     OPCA : -----  
 Autres financements (à préciser) : -----

### INFORMATIONS

**COMMENT AVEZ-VOUS CONNU CETTE FORMATION ?**

Site Internet    Par connaissance    Journaux    Journées « Portes Ouvertes »    Autres -----

**COMMENT AVEZ-VOUS OBTENU VOTRE DOSSIER D'INSCRIPTION ?**

Site Internet    Courrier    Téléphone    Journées « Portes Ouvertes »    Autres -----



# DOSSIER D'INSCRIPTION FORMATION ASSISTANT DE VIE AUX FAMILLES IRFSS AQUITAINE



## Pièces à fournir :

- La fiche d'inscription dûment remplie
- Une lettre de motivation décrivant la vision du métier et les motivations pour exercer le métier d'assistant de vie aux familles ; si il y a, l'expérience professionnelle et/ ou personnelle dans le secteur de l'aide à domicile

## DOSSIER COMPLET À RETOURNER À :

**CROIX-ROUGE FRANCAISE  
IRFSS AQUITAINE  
FORMATION ASSISTANT DE VIE AUX FAMILLES  
Bât 22 – 25 Rue des Terres Neuves  
33130 BÈGLES**



## - Inscription des étudiants en santé - Fiche médicale à valider par un médecin

**Filière universitaire :** ..... **NOM :** ..... **NOM de jeune fille :** .....  
 Médecine **Prénom :** ..... **Date de naissance :** .. / .. / ..  
 Odontologie **Tél. :** ..... **Email :** .....  
 Pharmacie **ou Institut de formation :** ..... **Département de naissance :** ..... **Code postal lieu de résidence :** .....  
 Sage-femme **Année d'admission :** ..... **Commune de naissance ou pays si né(e) à l'étranger :** .....

Avant votre entrée en formation, vous devez apporter la preuve que vous êtes vacciné(e) contre différents risques infectieux. Si vous n'êtes pas à jour des vaccinations obligatoires, vous ne serez pas autorisé(e) à aller en stage. Les tableaux suivants devront être complétés par votre médecin sauf si le carnet de vaccination électronique a été créé sur [www.mesvaccins.net](http://www.mesvaccins.net) et validé par un médecin. Cette fiche devra être communiquée, avec les résultats\*\*, en même temps que votre dossier d'inscription (article L3111.4 du Code de la Santé Publique).

Si carnet de vaccination électronique créé et validé par un médecin : code de partage   
 Le médecin n'a rien de plus à compléter. Joindre uniquement les résultats demandés sous pli confidentiel.

### Diphtérie-Tétanos-Polio (dTP)\* / Diphtérie-Tétanos-Polio-Coqueluche (dTPca)

Rappel dTPca si un vaccin coquelucheux n'a pas été administré dans les 5 dernières années (respecter un délai de 1 mois après le dernier dTP). Lors des rappels à âge fixe (25, 45 et 65 ans), sera réalisé systématiquement un dTPca.

Dernier rappel dTP => Date : .. / .. / ..... Nom : ..... Dernier rappel dTcaP => Date : .. / .. / ..... Nom : .....

### Hépatite B\*

Rappel des conditions d'immunisation :  
 1) Ac anti-HBs > 100 UI/l (quel que soit l'historique vaccinal et l'ancienneté des résultats)  
 2) Ac anti-HBs ≥ 10 UI/l et Ac anti-HBc négatif (si schéma vaccinal complet)  
 Joindre les résultats\*\*

Schéma complet :

- soit classique (3 doses) : 2 doses à 1 mois d'intervalle, la 3<sup>ème</sup> au moins 5 mois après la 2<sup>ème</sup> dose
- à l'adolescence (de 11 à 15 ans) : 2 doses espacées de 6 mois (avec ENGERIX B20 ou GENHEVAC B)
- soit accéléré (à titre exceptionnel) : 3 doses en 21 jours, rappel à 1 an (avec ENGERIX B20 ou GENHEVAC B)
  - Première dose => Date : .. / .. / ..... Nom : .....
  - Deuxième dose => Date : .. / .. / ..... Nom : .....
  - Troisième dose => Date : .. / .. / ..... Nom : .....
  - Injections supplémentaires => Date : .. / .. / ..... Nom : .....
  - => Date : .. / .. / ..... Nom : .....
  - => Date : .. / .. / ..... Nom : .....

### Rougeole-Oreillons-Rubéole (ROR)

- Première dose => Date : .. / .. / ..... Nom : .....  
 - Deuxième dose => Date : .. / .. / ..... Nom : .....

### Varicelle

- Antécédent de maladie  
 Pas d'antécédent ou doute

Si pas d'antécédent ou doute => Sérologie à faire  
 Joindre le résultat\*\*

Si sérologie négative => Vaccination recommandée

- Première dose => Date : .. / .. / ..... Nom : .....  
 - Deuxième dose => Date : .. / .. / ..... Nom : .....

### Méningocoque C

Une seule injection recommandée jusqu'à l'âge de 24 ans inclus => Date : .. / .. / ..... Nom : .....

### Tuberculose\*

Si présence d'une cicatrice vaccinale ou antécédent de vaccination ou IDR positive => Pas de vaccination

#### BCG

=> Date : .. / .. / .....

#### Test tuberculinique (IDR)

Une valeur de référence est indispensable (quelque soit la date)

- Taille de l'induration en mm :

#### Radio pulmonaire de moins de 2 ans :

(à l'entrée dans la filière de formation)

Joindre le résultat\*\*

Je, soussigné Dr \_\_\_\_\_ certifie que les renseignements inscrits ci-dessus sont exacts.

Fait le : \_\_\_\_\_ Signature et cachet du praticien :

\* Obligatoire

\*\* Nous vous rappelons que tous les éléments demandés doivent être joints sous pli confidentiel.



## Suis-je à jour de mes vaccinations ?

**Bonne question !... Car c'est indispensable pour mon inscription.**

Vous envisagez d'exercer un métier dans le domaine de la santé ? Pour cela, il est indispensable que vous soyez vaccinés.

La vaccination est utile pour soi mais aussi pour protéger les autres, notamment les personnes les plus fragiles. Ainsi, la vaccination vous protège contre certaines maladies infectieuses et protégera également les patients auprès desquels vous interviendrez.



Attention : n'attendez pas les résultats des concours, faites vérifier vos vaccins par un médecin car être correctement vacciné peut prendre plusieurs mois.

Voici la liste des vaccins à faire\* :

BCG	Obligatoire
Coqueluche	Recommandé
Diphtérie - Tétanos - Poliomyélite	Obligatoire
Grippe saisonnière	Recommandé
Hépatite B	Obligatoire
Méningocoque C	Recommandé
Rougeole - Oreillons - Rubéole (ROR)	Recommandé
Varicelle	Recommandé

Tous ces vaccins sont jugés comme indispensables compte tenu du milieu professionnel dans lequel vous envisagez d'évoluer. Certains conditionnent votre entrée dans votre formation ainsi que la réalisation de vos stages programmés dans le cadre de votre cursus.

\* Source : Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2016

A l'issue du concours, si vous êtes admis, vous devez impérativement remettre dans votre dossier d'inscription de formation la fiche vaccination complétée par un médecin.

Celle-ci peut être remplie de manière simplifiée si vous créez votre carnet de vaccination électronique sur [www.mesvaccins.net](http://www.mesvaccins.net) et le faites valider par votre médecin (ou le médecin universitaire ou le médecin du travail) : il sera partagé entre vous et ces professionnels de santé.

Réalisation : département communication ARS ALPC (2016-2017)