

2024-2025

RENTRÉE 2024-2025



DOSSIER

Inscription administrative

IFAS du CH de Brive-la-Gaillarde

POLE DE FORMATION EN SANTE
Instituts de Formation des Professions de Santé
22, Rue Jules Vallès
19 100 BRIVE-LA-GAILLARDE



Dossier d'inscription administrative ADMISSION

Institut de Formation d'Aide-Soignant du
Centre Hospitalier de BRIVE-LA-GAILLARDE

NOM (de naissance) :
NOM D'USAGE :
PRÉNOM :
ADRESSE :
.....

Ce dossier est strictement réservé aux candidats admis en Institut de Formation d'Aide-Soignant pour la rentrée de septembre 2024.

Vous devez **imprimer ce dossier en recto uniquement**.

Le dossier est à nous retourner dûment complété et accompagné des pièces demandées **par voie postale en Lettre Suivie (cachet de la poste faisant foi)**, ainsi que le chèque d'inscription, au plus tard le : **31.07.2024**.

LES DOSSIERS DOIVENT COMPORTER L'INTÉGRALITÉ DES PIÈCES DEMANDÉES ET CELA CONDITIONNE VOTRE ENTRÉE EN FORMATION – LES DOSSIERS INCOMPLETS NE SERONT PAS PRIS EN COMPTE.

La rentrée à l'Institut de Formation d'Aide-Soignant est fixée au :

LUNDI 02 SEPTEMBRE 2024

La PRÉ-RENTRÉE aura lieu le Vendredi 30.08.2024 de 8h à 12h ou de 13h à 17h
Une convocation vous sera envoyée prochainement.

VOTRE PRÉSENCE EST OBLIGATOIRE

PIÈCES À FOURNIR IMPÉRATIVEMENT POUR L'INSCRIPTION

- 3 photocopies couleur de la carte d'identité (recto-verso) sur feuille A4
- 2 photocopies de l'attestation de droits à l'assurance maladie
- Un chèque de frais d'inscription d'un montant de 110€ établi à l'ordre de « Régie IFSI-IFAS »
- Une photocopie de l'assurance (attestation) couvrant la responsabilité civile et/ou professionnelle de l'élève de l'année en cours
- La photocopie du ou des diplôme(s) obtenu(s) ou la photocopie du relevé de notes des épreuves du Baccalauréat 2024 uniquement pour les candidats en classe de terminale durant l'année scolaire 2023-2024
- La photocopie de votre certificat de participation à la journée Défense et Citoyenneté (obligatoire pour ceux nés après 1988)
- « Le Questionnaire de pré-rentrée 2024 » dûment rempli
- La fiche de renseignements administratifs, l'autorisation d'enregistrement et de diffusion voix/image en fonction de votre âge
- La fiche de financement du coût de la formation complétée et les pièces justificatives demandées
- 2 photocopies du RIB au nom de l'étudiant sur feuille A4
- La photocopie de la carte grise et de l'assurance du véhicule correspondante en cours de validité.
À partir de la rentrée 2024, le Conseil Régional Nouvelle-Aquitaine rembourse les frais de transport lors des stages conformément à la réglementation du 11 décembre 2023
- Le certificat médical complété par **un médecin agréé**, (liste disponible sur le site de l'ARS de votre Région. **À RENDRE AVEC LE DOSSIER D'INSCRIPTION.**
- Le dossier médical dûment complété (à rendre le jour de la pré-rentrée au Service de la Santé au Travail.

Vous devez impérativement être à jour de vos vaccinations avant la rentrée scolaire et fournir un certificat médical qui l'atteste.

Rappel : la vaccination contre l'hépatite B est obligatoire et à débiter ou mettre à jour dès votre inscription en formation. Un memo « vaccination étudiants » est à votre disposition sur notre site internet www.ifsibrive.fr



Dossier d'inscription administrative

ADMISSION

Institut de Formation d'Aide-Soignant du
Centre Hospitalier de BRIVE-LA-GAILLARDE

▣ - ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE INDIVIDUELLE :

Le Centre Hospitalier a souscrit un contrat d'assurance responsabilité civile hospitalière, vous assurant pour les dommages corporels ou matériels que vous pouvez occasionner au cours de vos études ou des stages effectués durant la scolarité. Cependant **vous devez continuer à adhérer à l'assurance responsabilité civile de votre choix.**

▣ - BOURSES SANITAIRES ET SOCIALES :

Si vous correspondez aux critères sociaux, possibilité de demande de Bourses Régionales de la Nouvelle-Aquitaine, sur le site :

<https://boursesanitairesociale.fr>

La campagne des Bourses Sanitaires et Sociales pour les formations, démarrant à partir de septembre 2024, sera ouverte à compter du 04 Juin 2024 (simulation possible).



Attendre que votre Inscription soit DÉFINITIVE pour valider votre dossier de demande de bourses.

▣ - TENUES DE STAGE :

5 tuniques et 5 pantalons, sont mis à la disposition de chaque élève pendant la formation par le Centre hospitalier de BRIVE.

Vous devrez compléter votre équipement par :

- * Des chaussures silencieuses, fermées et lavables **exclusivement réservées au stage. (Pas de chaussures type « crocs »)** Des informations complémentaires vous seront fournies peu après la rentrée, par conséquent, **il serait préférable d'attendre pour cet achat.**
- * D'une montre à trotteuse

▣ - FOURNITURES POUR LA FORMATION RENTRÉE 2024

1. Un Ordinateur ainsi qu'une connexion internet correcte sont fortement conseillés.



Dossier d'inscription administrative ADMISSION

Institut de Formation d'Aide-Soignant du
Centre Hospitalier de BRIVE-LA-GAILLARDE



INSTITUTS DE FORMATION PARAMEDICALE
(IFSI-IFAS)



Direction des instituts :

Laurence BLANCO

Je soussigné(e) Docteur (Nom-Prénom)

Coordination pédagogique :

Mylène NEYRET

Médecin à

Secrétariat :

Accueil

Déclare avoir examiné(e) ce jour (Nom-prénom):

Emma BORDES-BOURGES

Entrant en institut de formation paramédicale :

05.55.92.79.55

Suivi des étudiants et intervenants

Conformément aux articles 10 et 13 du décret n°88-386 du 19 avril 1988, je constate que l'intéressé(e) n'est atteint(e) d'aucune maladie ou infirmité, ou que les maladies ou infirmités constatées et qui doivent être indiquées au dossier médical de l'intéressé(e) ne sont pas incompatibles avec l'exercice des fonctions postulées.

Fanny MAGNAUDET

05.55.92.79.18

J'engage ma responsabilité et déclare que l'intéressée(e) :

- N'est atteint(e) d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique avec l'exercice de la profession aide-soignante ou infirmière *
- Ne remplit pas les conditions d'aptitudes physiques ou psychologiques

OBSERVATIONS EVENTUELLES :

Fait et délivré à la demande des instituts de formation paramédicale du CH de Brive, pour valoir ce que de droit,

à

Le

Signature et cachet obligatoire

*Rayer la mention inutile

Certificat médical en vue de l'entrée en IFSI-IFAS
Ce document officiel sera classé au dossier administratif de l'apprenant



Dossier d'inscription administrative ADMISSION

Institut de Formation d'Aide-Soignant du
Centre Hospitalier de BRIVE-LA-GAILLARDE

DOSSIER MÉDICAL

Médecine du Travail

Téléphone : 05 55 92 66 53

Email : med-travail@ch-brive.fr

Dans le cadre de votre admission à l'institut de formation d'Aide-Soignant, vous êtes prié (e)s **de fournir les documents suivants** :

- **La Fiche Médicale ci-jointe**, remplie par un médecin
- **La preuve de votre immunité** contre la rubéole (pour les femmes) et les oreillons (pour les hommes). Si l'immunité est négative, la vaccination est recommandée mais pas obligatoire
- Une photocopie du **carnet de santé** (vaccinations). *La vaccination anti COVID 19 n'est plus obligatoire (décret du 13 mai 2023) mais fortement recommandée.*
- **La preuve de votre immunité contre l'hépatite B**
 - ✓ Dosage quantitatif des Anticorps Anti-Hbs
 - ✓ Recherche de l'AgHbs ➤ (arrêté du 06.03.2007)
- **Une radiographie pulmonaire et un test tuberculinique** datant de moins de trois mois.
 - BCG - non obligatoire depuis le 1^{er} avril 2019
- **Une photo d'identité** (nom et prénom au dos).

Ce dossier médical complet est à remettre lors de la pré-rentree

Le Médecin du Travail.
M. Bergès Pascal



Dossier d'inscription administrative ADMISSION

Institut de Formation d'Aide-Soignant du
Centre Hospitalier de BRIVE-LA-GAILLARDE



Réalisation : département communication ARS Nouvelle-Aquitaine
Mise à jour Omedit NAGG Mission Vaccination (2024)

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

Filière :
 Médecine IFSI
 Odontologie IFAS
 Pharmacie Kinésithérapie
 Sage-femme

NOM : **NOM de naissance :**

Prénom : **Date de naissance :**/...../.....

Tél. : **Email :**

Autre : **Département de naissance :**

Année d'admission : **Code postal lieu de résidence :**

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 différentes maladies. 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 numérique a été créé sur www.mesvaccins.net et validé par un professionnel de santé. Cette fiche devra être communiquée, avec les résultats** sérologiques réalisés (au minimum anticorps anti-HBs et anticorps anti-HBc), en même temps que votre dossier d'inscription (article L3111.4 du Code de la Santé Publique).

Un carnet de vaccination numérique est créé et validé par un professionnel de santé : oui : non :

Diphthérie-Tétanos-Polio (dTP)* / Diphthérie-Tétanos-Polio-Coqueluche (dTPca)

Si un vaccin coquelucheux n'a pas été administré dans les 5 dernières années, faire 1 dose de vaccin dTcaP (au moins 1 mois après le dernier dTP). Ensuite, les rappels seront administrés aux âges fixes de 25, 45 et 65 ans avec systématiquement la valence coquelucheuse.

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

Hépatite B*

Joindre les résultats sérologiques quelle que soit la date**

Rappel des conditions d'immunisation :

- 1) Ac anti-HBs > 100 UI/l (quels que soient l'historique vaccinal et l'ancienneté des résultats) ;
- 2) Ac anti-HBs ≥ 10 UI/l et Ac anti-HBc négatif (si schéma vaccinal complet) ;
- 3) Ac anti-HBs ≤ 10 UI/l : compléter le schéma vaccinal.

Les différents schémas complets :

- soit pour les adultes (3 doses) :

- 2 doses à 1 mois d'intervalle, la 3ème au moins 5 mois après la 2ème dose ;
- soit accéléré (à titre exceptionnel) : 3 doses en 21 jours, rappel à 1 an.

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

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

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

- soit à l'adolescence de 11 à 15 ans (3 doses) :

- 2 premières doses espacées de 1 mois, puis la 3ème au moins 5 mois après la 2ème dose (schéma préférentiel) ;
- ou 2 doses espacées de 6 mois avec ENGERIX® B20.

Covid-19

Antécédent de COVID : non ; oui (si oui, date : / /)
Dernière injection : non ; oui (si oui, date : / /)
vaccin utilisé :

Rougeole-Oreillons-Rubéole (ROR)

Personnes nées avant 1980 :

- Antécédent de rougeole => Date : ... / ... /
- Pas d'antécédent de rougeole ou doute => 1 dose recommandée sans contrôle sérologique préalable.

Personnes nées depuis 1980 : vaccination 2 doses recommandées, à 1 mois d'intervalle quels que soient les ATCD.

Schéma vaccinal :

- 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

Vaccination recommandée jusqu'à l'âge de 24 ans inclus : Date : .. / .. / Nom :

Tuberculose (vaccination non obligatoire depuis le 1er avril 2019)

Date de lecture de l'IDR :
Résultats (mm) :

Si vous disposez d'une IDR (Intra Dermo Réaction) de référence, merci de l'indiquer ici :

Est-il nécessaire de disposer d'un résultat d'IDR pour l'entrée en stage ? Non, ce test n'est pas obligatoire.

Toutefois, le médecin doit proposer à l'étudiant de réaliser cette IDR (ou une IGRA, préférentielle chez les sujets vaccinés par le BCG) car le résultat servira de référence en cas de contage ultérieur et de détection d'ITL, particulièrement chez les étudiants originaires de zones d'endémie ou de forte circulation.

Cette vaccination n'est plus exigée lors de la formation ou l'embauche. Il appartient aux médecins du travail d'évaluer le risque et de proposer, le cas échéant une vaccination BCG.

À noter, la réalisation d'IDR est à éviter dans le mois suivant une vaccination ROR.

Je, soussigné(e) 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.



Dossier d'inscription administrative

ADMISSION

Institut de Formation d'Aide-Soignant du
Centre Hospitalier de BRIVE-LA-GAILLARDE

QUESTIONNAIRE DE PRÉ-RENTÉE 2024

NOM : Prénom :

- 1 Avez-vous un smartphone ? oui non
- 2 Avez-vous un ordinateur portable ? oui non
- 3 Avez-vous une connexion internet illimitée ? oui non

- 4 Avez-vous une adresse Gmail ? oui non
- Si oui, laquelle ?@.....
- Si non, il est fortement conseillé d'en créer une pour le jour de la pré-rentée au plus tard.
(Identifiable : nom, prénom...)

- 5 Citez les différentes structures sanitaires, sociales ou médico-sociales auprès d'adultes où vous avez été en stage ou celles où vous avez travaillé et nommez **précisément le ou les service(s)** :
- Ex : ~~centre hospitalier de Brive~~ mais **service de neurologie au Centre Hospitalier de Brive**
-
-
-

- 6 Avez-vous un membre de votre famille et/ou un(e) ami(e) qui travaille, qui est hospitalisé(e), qui est suivi(e) ou qui vit dans une structure sanitaire, sociale ou médico-sociale ?
- oui non
- Si oui, dans quelle structure ?

- 7 Avez-vous le permis ? oui non
- Si non, avez-vous prévu de le passer prochainement ?

- 8 Avez-vous un véhicule ? oui non

- 9 Dans quelle ville habitez-vous le temps de la formation ?
- Pour personnaliser, autant que faire se peut, votre parcours de stage, pouvez-vous nous indiquer les autres hébergements possibles autre que votre adresse principale ?
-
-
-



Dossier d'inscription administrative ADMISSION

Institut de Formation d'Aide-Soignant du
Centre Hospitalier de BRIVE-LA-GAILLARDE

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

ÉTAT CIVIL :

Nom de famille (Naissance) : Nom d'usage :

Prénom(s) (dans l'ordre de l'Etat Civil) :

Date et lieu de naissance :/...../..... àN° Dpt :

Nationalité :

Numéro de Sécurité Sociale :

ADRESSE DE L'ÉLÈVE PENDANT SA SCOLARITÉ :

N° : Rue ou Lieu-Dit :

Code postal : Ville :

Téléphone : Portable :

E-mail :@.....

SITUATION FAMILIALE :

Célibataire, Marié(e), Pacsé(e), Divorcé(e), Union libre, Autre (**raier les mentions inutiles**)

Nombre d'enfant(s) :

SITUATION PARTICULIÈRE : Accompagnement Handicap

Aurez-vous besoin d'un accompagnement spécifique durant votre cursus de formation ?

Non Oui

Si oui, lequel ?

Si oui, documents à fournir :

- Demande écrite à la Direction des Instituts de Formation
- Aménagements antérieurs (PAP, PPS PAI)
- Bilan orthophoniste récent si troubles des apprentissages
- Justificatif MDPH ou par un médecin agréé MDPH

Votre dossier sera ensuite étudié par la section pour le traitement pédagogique des situations individuelles, conformément à l'arrêté du 10 juin 2021. Votre situation sera suivie par Mme PILLIEN Christine, Référente accessibilité des Instituts de Formation du CH de Brive pour l'étude de vos besoins.



Dossier d'inscription administrative ADMISSION

Institut de Formation d'Aide-Soignant du
Centre Hospitalier de BRIVE-LA-GAILLARDE

FINANCEMENT DES FRAIS PÉDAGOGIQUES/COÛT DE LA FORMATION

STATUT	Pièces obligatoires à fournir avec le dossier d'inscription	Partie réservée à l'administration
<input type="checkbox"/> Salarié(e) du secteur public	L'attestation de prise en charge par l'employeur du coût de la formation	
<input type="checkbox"/> Salarié(e) du secteur privé	L'attestation de prise en charge de l'employeur ou d'un fonds de formation en produisant l'attestation de prise en charge des frais de formation.	
<input type="checkbox"/> Inscrit(e) à France Travail	N° identifiant France Travail : Date d'inscription L'avis de situation à télécharger sur votre espace personnel France Travail, document daté de moins d'un mois à la date de l'entrée en formation à transmettre pour le 23 Août 2024 (dernier délai) .	
<input type="checkbox"/> En poursuite de scolarité	Le ou les certificats de scolarité successifs depuis l'obtention du Baccalauréat ou titre équivalent. Le cas échéant la ou les attestation(s) de scolarité en classe préparatoire aux épreuves de sélection d'entrée en IFSI.	
<input type="checkbox"/> Bourses Sanitaires et Sociales	Notification d'attribution des Bourses Sanitaires et Sociales – Septembre 2024	
<input type="checkbox"/> Bénéficiaires des rémunérations des stagiaires de la Formation Professionnelle	Dossier à demander à l'Institut	
<input type="checkbox"/> Aucune des catégories précédentes		

NB : Pas de démarche individuelle auprès du Conseil Régional : l'IFAS assure le lien entre les élèves et la Région, dès la rentrée, sous réserve de fournir les documents nécessaires à la constitution du dossier et d'être inscrit à France Travail.



Dossier d'inscription administrative ADMISSION

Institut de Formation d'Aide-Soignant du
Centre Hospitalier de BRIVE-LA-GAILLARDE

AUTORISATION D'ENREGISTREMENT ET DE DIFFUSION VOIX/IMAGE

INSTITUTS DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS et AIDE-SOIGNANTE

Pôle de Formation en Santé

22 rue Jules Valles

19100 Brive la Gaillarde

Tél : 05.55.92.79.55 / ifsi@ch-brive.fr

AUTORISATION D'ENREGISTREMENT ET DE DIFFUSION DE LA VOIX/IMAGE

Formation : infirmière aide-soignante

Je soussigné(e), (Nom, Prénom, adresse)

.....
.....
.....

autorise N'autorise pas (cochez votre choix)

les Instituts de Formation, à titre gratuit, à photographier, enregistrer, filmer, publier, exposer et/ou diffuser la (les) photographie(s) ou les films me représentant pour les usages suivants :

- ✓ Présentation d'une activité pédagogique intra ou extra institut
- ✓ Administratif (Trombinoscope, logiciel métier...)
- ✓ Film sur un sujet expressément désigné à caractère pédagogique
- ✓ Exposition de photographies dans le cadre d'activités pédagogiques
- ✓ Publication sur le site internet de l'institut ou du CH
- ✓ Publication à caractère professionnel (livres, revues, réseaux sociaux...)

Cette utilisation concerne la durée de la scolarité.

Je m'engage à ne pas tenir responsable les instituts de formation ainsi que ses représentants pour ce qui relève de la possibilité d'un changement de cadrage, de couleur et de densité qui pourrait survenir lors de la reproduction.

Je déclare avoir 18 ans ou plus et être compétent (e) à signer ce formulaire en mon propre nom. J'ai lu et compris toutes les implications de cette autorisation.

Fait à : _____ le _____

Signature de l'apprenant



Dossier d'inscription administrative

ADMISSION

Institut de Formation d'Aide-Soignant du
Centre Hospitalier de BRIVE-LA-GAILLARDE

AUTORISATION POUR LES MINEURS

INSTITUTS DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS et AIDE-SOIGNANTE

Pôle de Formation en Santé

22 rue Jules Valles

19100 Brive la Gaillarde

Tél : 05.55.92.79.55 / ifsi@ch-brive.fr

AUTORISATION D'ENREGISTREMENT ET DE DIFFUSION DE LA VOIX/IMAGE d'un apprenant mineur

Vu le code civil (article 9) la Déclaration universelle des droits de l'homme (article 12), la Convention européenne des droits de l'homme (article 8) et la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne (article 7)

Vu le règlement général européen N°2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation des données (RGPD) et à la loi n°78-17 du 16 janvier 1978 modifiée le 29 juin 2018 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

La présente demande est destinée à recueillir le consentement et les autorisations nécessaires dans le cadre de l'enregistrement, la captation, l'exploitation et l'utilisation de l'image des apprenants mineurs (photographie, voix) quel que soit le procédé envisagé.

Formation : infirmière aide-soignante

1. Finalités envisagées

- Présentation d'une activité pédagogique intra ou extra institut
- Administratif (Trombinoscope, logiciel métier...)
- Film sur un sujet expressément désigné à un caractère pédagogique
- Exposition de photographies dans le cadre d'activités pédagogiques
- Publication sur le site internet de l'institut ou du CH
- Publication à caractère professionnel (livres, revues, réseaux sociaux...)



Dossier d'inscription administrative

ADMISSION

Institut de Formation d'Aide-Soignant du
Centre Hospitalier de BRIVE-LA-GAILLARDE

2. Modes d'exploitation

Autorisation *	Support	Conservation	Étendue de la diffusion
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Gestion Administrative Logiciel métier BL	1 année formation	Personnels administratif, équipe pédagogique
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Trombinoscope	1 année formation	Personnel administratif, équipe pédagogique et apprenants de l'institut.
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Pour un usage collectif dans sa promotion	1 année formation	Personnel administratif, équipe pédagogique et vie scolaire, élèves de l'établissement
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	En ligne	1 année formation	Site avec accès réservé (ENT, plateforme, ex ou intranet..) Précisez le(s) site(s) :
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	En ligne	1 année formation	Internet (monde entier)
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Support de stockage amovible	1 année formation	Précisez les destinataires du support :
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Projection collective	1 année formation	<input type="checkbox"/> Usage collectif dans les promotions des Apprenants enregistrés <input type="checkbox"/> Autres usages institutionnels à vocation éducative, de formation ou de recherche <input type="checkbox"/> Usages de communication externe de l'institution
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autre	1 année formation	Précisez les destinataires :



Dossier d'inscription administrative ADMISSION

Institut de Formation d'Aide-Soignant du
Centre Hospitalier de BRIVE-LA-GAILLARDE

3. Consentement de l'apprenant

- On m'a expliqué et j'ai compris à quoi servait ce projet.
- On m'a expliqué et j'ai expliqué qui pourrait voir cet enregistrement.

Et je suis d'accord pour que l'on enregistre, pour ce projet mon image ma voix.

Nom prénom de l'apprenant :

Signature :

4. Autorisation parentale

Je (Nous) soussigné(e)(s) :

Demeurant à :

Et (nom prénom).....

Agissant en qualité de représentant(s) légal(aux) de : (nom - prénom de l'apprenant).....

Je reconnais être entièrement investi de mes droits civils à son égard. Je reconnais expressément que le mineur que je représente n'est lié par aucun contrat exclusif pour l'utilisation de son image et/ou de sa voix, voire de son nom et

- Autorise(ons) la captation de l'image / de la voix de l'enfant et l'utilisation qui en sera faite par son institut de formation
- N'autorise(ons) pas la captation de l'image / de la voix de l'enfant.

Merci d'écrire lisiblement le mot « REFUS » :

Fait à

Le

Signature (s) :



Dossier d'inscription administrative

ADMISSION

Institut de Formation d'Aide-Soignant du
Centre Hospitalier de BRIVE-LA-GAILLARDE

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

À partir de la rentrée, le secrétariat des instituts sera en mesure de vous remettre :

- Des certificats de scolarité ;
- La carte CPE du CH de BRIVE

Les informations générales concernant la formation et la programmation vous seront communiquées dès la pré-rentrée (29.08.24) et le premier jour de la rentrée (02.09.24).