



**INSTITUT REGIONAL DE FORMATION SANITAIRE ET SOCIALE - CENTRE-VAL DE LOIRE**  
**INSTITUT DE FORMATION AUXILIAIRE DE PUERICULTURE**  
 13-15 rue Gaston Berger  
 18000 BOURGES

☎ 02 48 24 16 77 e.mail : ifsi18.irfss.cvd1@croix-rouge.fr

**Dossier de candidature en formation Auxiliaire de Puériculture  
 par apprentissage  
 Rentrée Septembre 2021**

**Conditions d'accès à la formation**

La formation conduisant au diplôme d'Etat d'auxiliaire de puériculture est accessible **sans condition de diplôme**, par les voies suivantes :

- la formation initiale,
- la formation professionnelle continue,
- la validation des acquis de l'expérience professionnelle.

Les candidats doivent être âgés de **17 ans au moins à la date de leur entrée en formation** à 29 ans au début du contrat d'apprentissage et être reconnu apte à l'exercice du métier lors de la visite médicale d'embauche.

**L'entrée en formation par apprentissage est subordonnée à la production obligatoire d'un contrat d'apprentissage.**

**Dates à retenir**

Date d'ouverture des inscriptions	<b>03 mai 2021</b>
Date limite de dépôt des dossiers apprentissage	<b>Au plus tard le 31 août 2021</b>

**Pièces à joindre obligatoirement au dossier**

- ✓ Photocopie de la carte d'identité recto/verso de l'apprenti
- ✓ Lettre de motivation avec description du projet professionnel de l'apprenti
- ✓ Curriculum-Vitae
- ✓ La copie du contrat d'apprentissage signé ou tout document justifiant de l'effectivité des démarches réalisées en vue de la signature imminente du contrat d'apprentissage

Le dossier doit être retourné par voie postale en lettre suivie ou en courrier recommandé avec Accusé de Réception à l'adresse suivante:

**INSTITUT DE FORMATION AUXILIAIRE DE PUERICULTURE**  
**Croix-Rouge française**  
 13-15 rue Gaston Berger  
 18000 BOURGES

## Information importante

Il est très important de porter la plus grande attention aux données personnelles (nom, prénoms et surtout adresse) indiquées sur la fiche d'inscription. En effet, ces informations vont servir à l'envoi du courrier de résultat. Indiquez le plus d'informations utiles (bâtiment, n° d'appartement, nom de la personne chez qui vous résidez...). Vérifiez bien que votre nom figure sur la boîte aux lettres de l'adresse que vous nous communiquez.

Une adresse mail vous est également demandée. Il n'est pas strictement obligatoire de la renseigner. Toutefois, elle pourra être utilisée pour communiquer de façon plus rapide avec vous.

Il est également impératif que vous signaliez au secrétariat de l'IFAP tout changement dans vos coordonnées (en cas de déménagement, de changement de numéro de téléphone...).

## Règlement Général pour la Protection des Données

L'IRFSS CVDL collecte des données personnelles vous concernant, elles sont utilisées par la Croix-Rouge française pour la gestion et l'organisation des sélections d'entrée en formation sur la base de son intérêt légitime et le respect de ses obligations légales. Elles ne sont en aucun cas cédées à des tiers à des fins commerciales.

Les destinataires sont les parties intéressées (CRf, Sous-traitants...) et la CNIL en cas de contrôle et à la demande de cette dernière. Ces données seront conservées le temps de la réalisation de la finalité précitée et conservées le cas échéant le temps de la Durée d'Utilité Administrative avant destruction.

Le responsable de traitement est le président de la CRf et par délégation son Directeur Général. Conformément au Règlement général sur la protection des données personnelles (règlement UE n° 2016/679 du 27 avril 2016), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, de suppression de vos données. Vous pouvez exercer vos droits en vous adressant à la Direction de l'IRFSS : [qualite.irfss.cvdl@croix-rouge.fr](mailto:qualite.irfss.cvdl@croix-rouge.fr)

En cas de difficulté, vous pouvez contacter le Délégué à la protection des données personnelles, au siège de la CRf au 98 rue Didot - 75014 Paris ou à l'adresse suivant : [DPO@croix-rouge.fr](mailto:DPO@croix-rouge.fr)

Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

N'attendez pas votre entrée en formation pour vous renseigner sur les vaccins obligatoires pour entrer en formation.



### LES OBLIGATIONS VACCINALES

#### REFERENCES REGLEMENTAIRES

- Article L 3111-4 du Code de la Santé Publique (CSP)  
Extrait de cet article : « Une personne qui, dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention de soins ou hébergeant des personnes âgées, exerce une activité professionnelle l'exposant ou exposant les personnes dont elle est chargée à des risques de contamination doit être immunisée contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et la grippe. (...)  
*Tout élève ou étudiant d'un établissement préparant à l'exercice des professions médicales et des autres professions de santé dont la liste est déterminée par arrêté du ministre chargé de la santé, qui est soumis à l'obligation d'effectuer une part de ses études dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention ou de soins, doit être immunisé contre les maladies mentionnées à l'alinéa premier du présent article. »*
- Article R 3112-1 du Code de la Santé Publique (CSP)
- Arrêté du 6 mars 2007 relatif à la liste des élèves et étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des autres professions de santé pris en application de l'article L 3111-4 du CSP
- Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L 3111-4 du CSP
- **Article 8 ter de l'arrêté du 12 avril 2021** : « L'admission définitive est subordonnée à la production, au plus tard le jour de la rentrée, d'un certificat médical émanant d'un médecin agréé attestant que l'élève n'est atteint d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession à laquelle il se destine ».

#### A l'entrée en formation, il vous sera demandé de prouver :

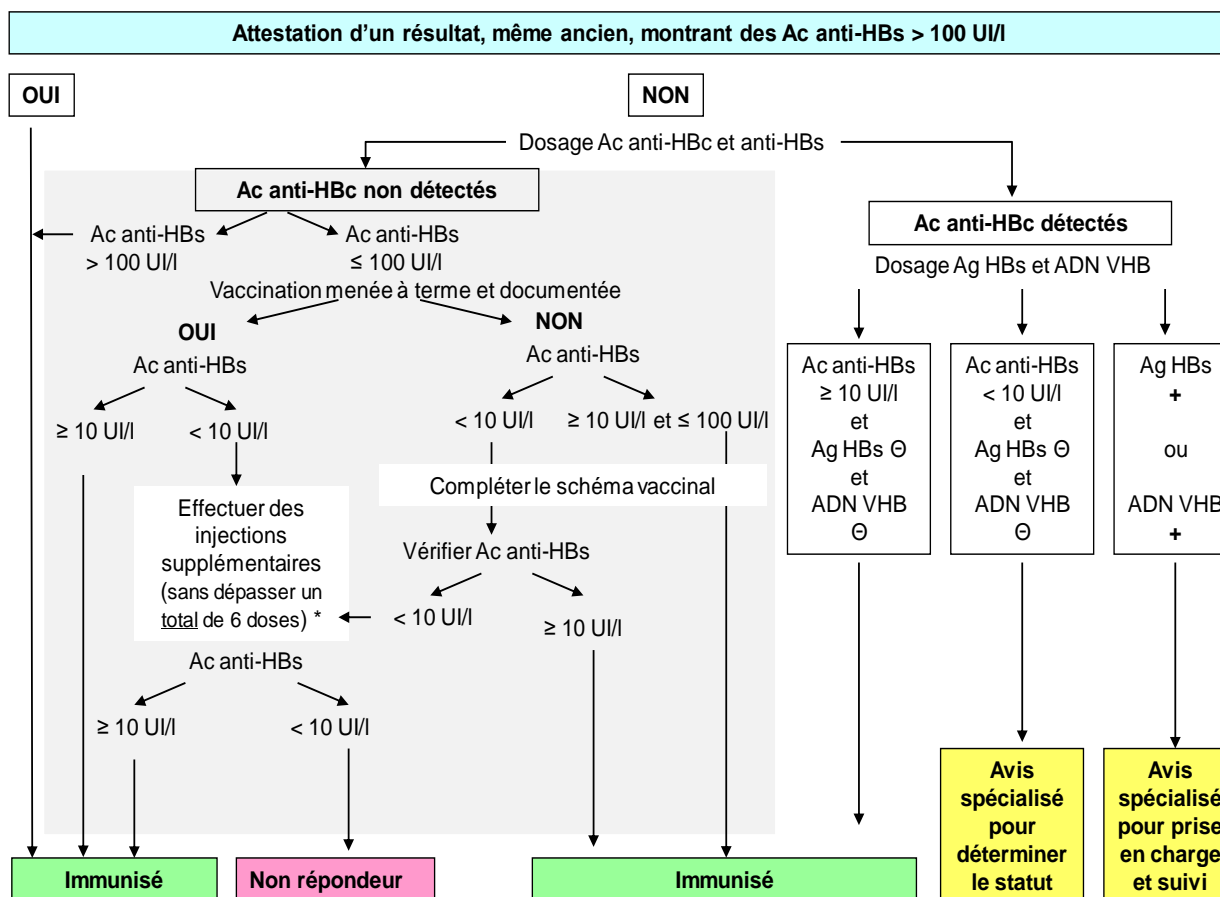
- que vous êtes à jour de votre vaccination contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite ;
- que vous êtes immunisé contre l'hépatite B, au vu d'une sérologie ☞ Cf. schéma vaccinal au verso ;
- et de fournir le résultat d'un test tuberculinique.

Si vous n'êtes pas à jour de vos obligations vaccinales à la date d'entrée en formation, **vous ne pourrez pas effectuer les stages.**



RAPPROCHEZ-VOUS DES MAINTENANT DE VOTRE MEDECIN TRAITANT POUR VOUS ASSURER DE VOTRE OBLIGATION VACCINALE.

**Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 et dont les conditions sont fixées par l'arrêté du 2 août 2013**



\* Sauf cas particulier voir 4° de l'annexe 2 de l'arrêté

Légende : Ac : anticorps ; Ag : antigène ; VHB : virus de l'hépatite B

**Textes de référence**

- Articles L.3111-1, L.3111-4 et L.3112-1 du code de la santé publique (CSP)
- Articles R3112-1, R3112-2 et R3112-3 du CSP
- Arrêté du 15 mars 1991 fixant la liste des établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins dans lesquels le personnel exposé doit être vacciné, modifié par l'arrêté du 29 mars 2005 (intégration des services d'incendie et de secours)
- Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiques
- Décret n°2006-1260 du 14 octobre 2006 pris en application de l'article L. 3111-1 du CSP et relatif à l'obligation vaccinale contre la grippe des professionnels mentionnés à l'article L. 3111-4 du même code
- Arrêté du 6 mars 2007 relatif à la liste des élèves et étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des autres professions de santé pris en application de l'article L.3111-4 du CSP
- Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux (Titre III)
- Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L.3111-4 du CSP
- Calendrier vaccinal en vigueur (cf. Site du ministère chargé de la santé : <http://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/vaccination/calendrier-vaccinal>)



# INSTITUT DE FORMATION AUXILIAIRE DE PUÉRICULTURE PAR APPRENTISSAGE BOURGES

## FICHE D'INSCRIPTION - RENTRÉE de SEPTEMBRE 2021

NOM DE NAISSANCE :	
NOM d'USAGE (marital) :	
Nom utilisé dans la vie courante <b>lorsqu'il diffère du nom de naissance</b> : nom de son époux ou nom de son épouse, double nom (nom de ses parents ou nom des deux époux accolés...)	
PRÉNOMS (les deux premiers) :	
DATE DE NAISSANCE : /__ /__ /__ __ __ __ /	SEXE : Féminin <input type="checkbox"/> – Masculin <input type="checkbox"/>
LIEU DE NAISSANCE (ville) :	DÉPARTEMENT DE NAISSANCE : /__ /__ /
NATIONALITE :	SITUATION FAMILIALE :
ADRESSE : .....	
CODE POSTAL : ..... VILLE : .....	
TÉLÉPHONE :	PORTABLE :
E-mail (en majuscules) : .....	

Reconnaissance handicap : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Besoin(s) aménagement scolaire et/ou pédagogique : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si oui : Le ou lesquels ? : .....
.....
Joindre la notification RQTH en cas de situation d'handicap

## Situation avant l'apprentissage

### Situation année scolaire précédente :

<input type="checkbox"/> <b>Etudiant ou apprenti</b>	<input type="checkbox"/> scolaire <input type="checkbox"/> contrat d'apprentissage <input type="checkbox"/> contrat de professionnalisation
Intitulé du diplôme préparé : .....	
Classe : .....	
Nom établissement : .....	
CP et Ville : .....	
Ou	
<input type="checkbox"/> <b>En emploi</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Autre situation</b> , précisez : .....	

### Dernier diplôme obtenu :

Intitulé du diplôme : .....	
Année scolaire : .....	

## Avez-vous trouvé l'entreprise d'accueil ?

- Non, pas encore**
- Non, pas encore**, mais j'ai commencé mes recherches et j'attends des réponses.
- Oui**  
Si oui, merci de nous retourner la « **déclaration d'intention d'embauche** » remplie par votre futur employeur.

**L'entrée en formation par apprentissage est subordonnée à la production obligatoire d'un contrat d'apprentissage.**

- En cochant cette case, j'accepte que les informations saisies dans ce formulaire soient utilisées pour permettre mon inscription et la gestion de mon dossier au CFA.

J'autorise également le traitement de ces données pour toute enquête statistique sur l'apprentissage par les autorités compétentes.

A ....., le .....

**Signature du candidat** (et d'un parent ou du représentant légal si l'apprenti est mineur)



# DECLARATION « INTENTION D'EMBAUCHE » en contrat d'apprentissage

A remplir par le futur employeur et à retourner avant le 31 août 2021 à :

INSTITUT DE FORMATION AUXILIAIRE DE PUERICULTURE  
Croix-Rouge française  
13-15 rue Gaston Berger 18000 BOURGES

## FORMATION AUXILIAIRE DE PUERICULTURE

### L'APPRENTI :

Nom : ..... Prénom : .....

### L'EMPLOYEUR :

Etablissement :  Privé  Public Statut juridique : .....

N° Identifiant de convention collective (IDCC) : .....

Nom de l'OPCO : .....

Activité de l'entreprise : .....

Adresse : .....

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

Téléphone : ..... Mail : .....

Nom et Prénom du directeur d'entreprise : .....

**Nom du responsable du suivi administratif :** .....

Service et fonction : .....

Tél : ..... Portable : .....

E-mail : .....

**Nom du futur maître d'apprentissage** (si déjà connu) : .....

Service et fonction : .....

Tél : ..... Portable : .....

E-mail : .....

**Date prévisionnelle de début de contrat :** ...../...../.....

***Attention : l'inscription au CFA sera définitive à réception du contrat d'apprentissage.***

Fait à .....

Le ...../...../.....

<b>CACHET ET SIGNATURE ENTREPRISE :</b>
---