



Formation



Auxiliaire de puériculture



croix-rouge française
PARTOUT OÙ VOUS AVEZ BESOIN DE NOUS

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 : ifap18.irfss.cvdl@croix-rouge.fr

Dossier de candidature en formation Auxiliaire de Puériculture par apprentissage Rentrée Septembre 2022

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,
- l'apprentissage.

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	20 janvier 2022
Date limite de dépôt des dossiers apprentissage	Au plus tard le 10 juillet 2022
Rentrée à l'IFAP	Lundi 5 septembre 2022

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
- ✓ 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 prioritaire avec sticker de suivi**, à l'adresse suivante:

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

Financement

Prise en charge du coût de la formation et rémunération par l'employeur.

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

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

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 ;
- de fournir le résultat d'un test tuberculinique.
- que vous êtes immunisé contre la COVID et titulaire d'un pass sanitaire à jour

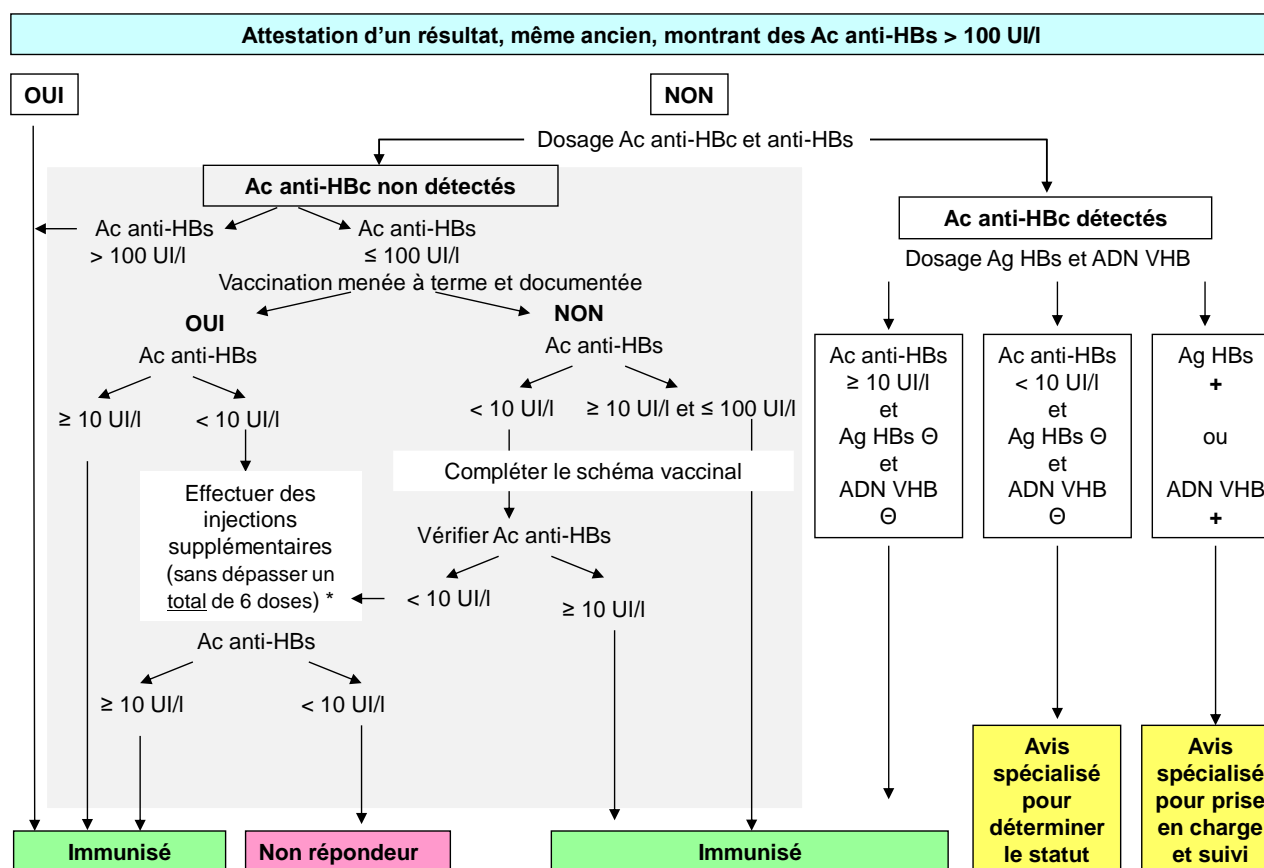
A la date d'entrée en formation, vous ne pourrez pas :

- entrer en formation, si vous ne fournissez pas un pass sanitaire à jour
- effectuer les stages, si vous n'êtes pas à jour de vos obligations vaccinales



RAPPROCHEZ-VOUS DÈS 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 SEPTEMBRE 2022

NOM DE NAISSANCE :	
NOM d'USAGE (marital) :	
Nom utilisé dans la vie courante lorsqu'il diffère du nom de naissance : 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) :	

Avez-vous eu besoin d'aménagements spécifiques au cours de votre scolarité antérieure ? Oui Non

Avez-vous bénéficié d'aménagements spécifiques au cours de votre scolarité (examens, cours, stage...) ?
Oui Non

Pensez-vous avoir des besoins d'aménagements spécifiques pour votre formation ? Oui Non

La C2ABS est la cellule d'accompagnement des apprenants à besoins spécifiques de l'IRFSS Centre-Val de Loire : personnes présentant une maladie chronique ou une affection temporaire, personnes en situation de handicap, sportif de haut niveau, femmes enceintes, etc. Pour recueillir les besoins spécifiques et/ou des aménagements pédagogiques (cours, examens, stages) il est conseillé de contacter dès que possible la référente de la cellule C2ABS, Madame Aurélie LE FLEM (aurelie.le.flem@croix-rouge.fr) ou votre référent pédagogique afin d'envisager votre parcours de formation.

Joindre la notification RQTH en cas de situation d'handicap.

Situation avant l'apprentissage

Situation ou classe fréquentée année précédente :

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

Dernier diplôme ou titre obtenu :

Intitulé précis du diplôme ou titre : Année :
--	----------------

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

Intitulé du diplôme ou titre : Année :
---	----------------

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 10 juillet 2022 à :

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

FORMATION AUXILIAIRE DE PUERICULTURE

L'APPRENTI(E) :

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 (RH, ...) :

Service et fonction :

Tél : Portable :

E-mail :

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

Service et fonction :

Tél : Portable :

E-mail :

Nom du service d'affectation de l'apprenti(e) :

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

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

Fait à

Le/...../2022

CACHET ET SIGNATURE ENTREPRISE :