

GRETA CFA AQUITAINE
Agence SSOBE
Apprentissage

Nom-Prénom du candidat :

Diplôme d'état d'aide-soignant DEAS

Etablissement : **IFAS GRETA-CFA Aquitaine**
Lycée La MORLETTE
62, rue Camille Pelletan
33150 Cenon

Conseiller en Formation Professionnelle Marilys LOUPIEN ● 06 32 64 14 85 @ marilys.loupien@greta-cfa-aquitaine.fr	Conseiller Apprentissage Marilys LOUPIEN ● 06 32 64 14 85 @ marilys.loupien@greta-cfa-aquitaine.fr
Cadre de santé référent pédagogique Nathalie HUGAULT ● 06 32 64 14 87 @ ifas.cenon@greta-cfa-aquitaine.fr	Assistant de Formation Agnès BERLAND Prioriser le Mail @ agnes.berland@greta-cfa-aquitaine.fr ● 06 32 64 14 87

DOSSIER À COMPLÉTER ET À RETOURNER AU

GRETA-CFA AQUITAINE

A l'attention de l'IFAS GRETA-CFA Aquitaine – Lycée la Morlette

Adresse : 62, rue Camille Pelletan 33250 Cenon

DOCUMENTS À JOINDRE AU DOSSIER DE CANDIDATURE

- | | |
|--|---|
| ☐ Curriculum Vitae | ☐ Photo d'identité |
| ☐ Lettre de motivation | ☐ Copie de la Carte Nationale d'Identité |
| ☐ Copie du ou des derniers diplômes obtenus | ☐ Copie de la RQTH le cas échéant |
| ☐ Copie des derniers bulletins de notes | |

AUTORISATION DE DIFFUSION DU DOSSIER DE CANDIDATURE DANS LE CADRE DE LA RECHERCHE D'UNE ENTREPRISE

Je soussigné(e) (nom-prénom) : _____

☐ Déclare déposer ma candidature et autorise le GRETA-CFA Aquitaine à transmettre mon dossier et à diffuser les documents suivants :

- CV, lettre de motivation
- Dossier de candidature, relevés de notes et/ou bulletins de notes

Auprès d'entreprises qui en feraient la demande et qui seraient susceptibles d'être intéressées par ma candidature, lors du recrutement d'un apprenant en :

- ☐ Contrat d'apprentissage ☐ Contrat de professionnalisation ☐ PFMP (stage en entreprise non rémunéré)

Fait à _____

Le _____

Signature du candidat

Signature du représentant légal
(dans le cas où le candidat est mineur)

CADRE RÉSERVÉ AU GRETA-CFA AQUITAINE

Dossier reçu le _____

☐ Complet

☐ Incomplet

Pièces manquantes : _____

Date entretien : _____

Date passation des tests : _____

☐ Candidat admis

☐ Candidat refusé

☐ Candidat en liste d'attente

Devis établi le _____

Montant _____ €

☐ Financement accordé le _____

☐ Financement refusé le _____

COORDONNÉES DU CANDIDAT

☐ Madame ☐ Monsieur	Nom – Prénom : _____		
Date de naissance : _____		Lieu de naissance : _____	
Nationalité : _____		Permis de conduire : Oui ☐ ☐ Non	
Adresse : _____			
Code postal : _____		Ville : _____	
(portable) _____		(fixe) _____	

N° Sécurité Sociale _____		☐ Reconnaissance Qualité Travailleur handicapé (RQTH) ☐ Besoins spécifiques avec aménagement de la formation	

PARCOURS SCOLAIRE

INTITULÉ DU DIPLOME	ANNÉE	Validé (obtenu)	Niveau (non validé)

PROJET PROFESSIONNEL

Décrivez votre projet professionnel :

VOTRE RECHERCHE D'ENTREPRISE

Avez-vous entamé des démarches de recherche d'entreprise ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, auprès de quelles entreprises ? _____

Raison sociale de l'entreprise & Ville	Nom-prénom du contact	Fonction du contact	Coordonnées (Téléphone – Email)
			 
			 
			 

Avez-vous trouvé une entreprise susceptible de vous accueillir ? ☐ Oui ☐ Non

Raison sociale : _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

 _____  _____

Personne à contacter : _____ Fonction : _____

SITUATION FACE A L'EMPLOI

Vous êtes :

Demandeur d'emploi inscrit à France Travail depuis le : ____ ☐ Identifiant : ____

Salarié en CDD ☐ ☐ Salarié en CDI

Salarié autre, précisez __

Non salarié (Travailleur indépendant, profession libérale, commerçant, artisan, agriculteur, ...)

FINANCEMENT DE LA FORMATION

- | | |
|--|--|
| ☐ Individuel / Personnel | ☐ CPF |
| ☐ Contrat d'apprentissage | ☐ CPF Transition |
| ☐ Contrat de professionnalisation | ☐ Entreprise / Plan de développement des Compétences |
| ☐ Pro-A | ☐ AIF France Travail / Aide Individuelle Conseil Régional |
| ☐ PRF / HSP Conseil Régional | ☐ Parcours Emploi Compétences |
| ☐ Autre, précisez : | |

Je soussigné(e)

- Certifie exacts les renseignements communiqués dans ce dossier,
- Certifie être informé que ce dossier de candidature ne vaut pas admission en formation.

Fait à _____, le _____

Signature du candidat

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

CONDITIONS D'ADMISSION A LA FORMATION CONDUISANT AU DEAS

La formation conduisant au DEAS est accessible sans condition de diplôme,
Les candidats doivent être âgés d'au moins 17 ans à la date d'entrée en formation DEAS

Préalable à l'entrée en formation conduisant au DEAS l'article 9 et à l'article 10 nouveau de l'Arrêté du 12 Avril 2021 :

CANDIDATS AYANT ÉTÉ SÉLECTIONNÉS À L'ISSUE D'UN ENTRETIEN AVEC UN EMPLOYEUR POUR UN CONTRAT D'APPRENTISSAGE ET SOLLICITANT UNE PLACE DANS L'IFAS DU GRETA CFA AQUITAINE A CENON

Il n'y a pas de sélection, ni de concours, par contre un employeur s'engage à vos côtés et vous sélectionne en contrat d'apprentissage pour intégrer la formation DEAS

ADMISSION DEFINITIVE

Si vous avez été accepté en formation, sachez que l'admission définitive est subordonnée à :

- ❖ **Au paiement par Virement** des frais d'inscription d'un montant de 100 €
 - ❖ **La production, au plus tard le jour de la rentrée**, d'un **certificat médical** émanant d'un médecin agréé attestant que le candidat n'est atteint d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice **de la profession Aide-Soignant** à laquelle il se destine (*honoraires à la charge du candidat*)
 - ❖ A la production, **avant la date d'entrée au premier stage** de la **fiche médicale de l'ARS** remplie par le médecin traitant **et d'une attestation qui vous sera adressée** précisant que l'élève remplit **les obligations d'immunisation et de vaccination prévues** le cas échéant par les dispositions du titre Ier du livre Ier de la troisième partie législative du code de la Santé Publique.
- ❖ **ENTRETIEN AVEC La REFRENTE PEDAGOGIQUE : en parler**

N'hésitez pas à établir le carnet de santé électronique : il permet de vous informer par mail de vos rappels. De plus, il est partageable avec tout professionnel de santé- mes vaccins.net : <https://www.mesvaccins.net/>

ATTESTATION ENGAGEMENT EMPLOYEUR

Préalable à l'entrée en formation conduisant au DEAS en APPRENTISSAGE, conformément à l'article 9 et à l'article 10 nouveaux de l'Arrêté du 12 Avril 2021 (Candidats ayant été sélectionnés à l'issue d'un entretien avec un employeur pour un contrat d'apprentissage et sollicitant une place dans l'IFAS GRETA CFA AQUITAINE)

Coordonnées de l'Établissement Employeur :

Nom du Directeur/Directrice/Responsable Ressources Humaines :

Etablissement :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Coordonnées du Salarié sélectionné pour suivre la formation conduisant au DE - Aide-Soignant :

Nom d'Usage :

Prénom :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Je soussigné(e), M/MME

Assure que M/MME

Est pressenti (e) pour signer un contrat d'apprentissage, et obtenir une place à l'IFAS du GRETA CFA Aquitaine).

Et donne donc mon accord pour son départ en formation dans les modalités connues (demander le calendrier de la formation à agnes.berland@greta-cfa-aquitaine.fr ou au **06.32.64.14.87 / 05.57.80.37.05**).

Cette personne :

- Exercera éventuellement en CDD sur les mois de Juillet et/ou d'Août 2025,

- A été sélectionné(e) par l'établissement pour suivre la formation conduisant au DE Aide-Soignant dès la rentrée du 26/08/2025 (articles 09 et 10 nouveaux de l'Arrêté du 12 avril 2021 relatif aux conditions d'accès à la formation conduisant au DEAS, et aux allègements de formation),

- et démarre son contrat d'apprentissage en date du... /... /2025

La présente *attestation* est délivrée pour faire *valoir* ce que de *droit*,

Signature et Cachet de l'établissement

FINANCEMENT DE LA FORMATION

Le financement des contrats d'apprentissage est confié aux Opérateurs de compétences (OPCO), dont le niveau de prise en charge est fixé par les branches professionnelles.

Consultez le référentiel des niveaux de prise en charge des contrats d'apprentissage.

Procédure :

- 1°) Signature du contrat d'apprentissage : Cerfa n° 10103*10 : A 13 partie à remplir par l'employeur et le futur apprenti
- 2°) Envoie du CERFA à angelique.cournac@greta-cfa-aquitaine.fr et à remplir par le GRETA CFA AQUITAINE- avec édition de la convention
- 3°) Signature de l'employeur de la convention
- 4°) Dépôt auprès de l'OPO du CERFA et de la Convention

RÉMUNÉRATION LE TEMPS DE LA FORMATION

Vous êtes apprenti donc vous êtes salarié de l'entreprise donc dans ce cadre-là :

Vous avez un statut de salarié. La durée de votre contrat peut varier de 6 à 36 mois.

Il inclut une période d'essai de 45 jours sur le temps effectif passé en entreprise.

En votre qualité d'apprenti(e), vous bénéficiez :

- D'une rémunération calculée en % du SMIC
- D'un droit aux congés payés calculés sur la base de 2,5 jours par mois d'apprentissage écoulé, selon les modalités définies par le Code du Travail
- D'une couverture « maladie, accident du travail... » par la Caisse d'Assurance Maladie dont il relève
- De l'exonération de l'impôt sur le revenu pour la fraction du salaire n'excédant pas le plafond prévu (renseignement auprès du centre des impôts)
- Du maintien des allocations familiales jusqu'à 20 ans si son salaire n'est pas supérieur à 55 % du SMIC
- De l'allocation logement s'il occupe un logement indépendant de celui de ses parents (renseignements auprès de la Caisse d'Allocations Familiales)

Son statut particulier d'apprenti(e) lui permet la possibilité de bénéficier en outre :

- De la carte d'étudiant des métiers remise par le GRETA-CFA AQUITAINE. Elle peut permettre à l'apprenti de bénéficier de certains avantages liés à ce statut (ex : transports, culture, sport et loisirs...).
- D'une aide financière à l'hébergement et à la restauration dans les conditions précisées par l'OPCO :
- Gratuité du repas pris à la cafétéria du site de formation (dans la limite de 3 €) ▪ 6 € pour la nuitée en internat au sein du site de formation

- D'un 1er équipement alloué par le GRETA-CFA AQUITAINE et financé par l'OPCO
- D'une aide à la mobilité internationale dans les conditions précisées par l'OPCO
- Sous conditions, d'une aide financière de 500 €, allouée par le GRETA-CFA AQUITAINE, au passage du permis de conduire.

Médiation apprentissage (avec QR code sur la liste des médiateurs)

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES IMPORTANTES

TRANSPORT



amenés à vous déplacer sur des établissements de santé au sein du département dans un rayon de 40km autour de votre domicile.

Dans le cadre des stages, vous serez

locomotion personnel.

Il est **indispensable** de prévoir un moyen de

FORMATION EN CENTRE

Horaire : 9h-12h / 13h-17h

FORMATION EN STAGE

Les lieux de stages cliniques sont affectés par la Directrice Adjointe de l'IFAS en fonction des places accordées par les structures pour l'année 2025 et de votre lieu d'habitation dans la mesure du possible.

Les horaires en stage correspondent aux horaires des professionnels de santé en activité (amplitude horaire de 6h30 à 21h, journée en 12h possible ...). **Aucun aménagement des horaires en stage ne sera possible sans la validation conjointe de la Directrice Adjointe et du cadre de santé du service.**



Évolutions réglementaires attendues

Des évolutions sont susceptibles d'intervenir en 2026 (PLFSS 2026), sous réserve d'un avis de la Haute Autorité de Santé (HAS) :

Forte probabilité d'extension de l'obligation vaccinale à la rougeole (quatrième trimestre 2026).

Possibilité d'extension à la vaccination antigrippale, sous réserve de l'avis de la HAS.

Adresse générique du service : ARS-NA-RH-METIERS-SOIN ars-na-rh-metiers-soin@ars.sante.fr.

Veuillez patienter
nous boostons
votre système
immunitaire



#JeMeVaccine

#JeNousProtège



ETUDIANT EN SANTE

Fiche médicale à valider par un médecin



Filière universitaire :

- ☐ Médecine
☐ Odontologie
☐ Pharmacie
☐ Sage-femme

ou

Institut de formation :

.....
.....

NOM :

Prénom :

Tél. :

Département de naissance :

Code postal résidence :

NOM de naissance :

.....

Date de naissance : / /

Email :

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 un médecin. 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, selon les modalités décrites par l'établissement.

Diphtérie-Tétanos-Polio (dTP)* / Diphtérie-Tétanos-Polio-Coqueluche (dTP*ca**)

Faire un rappel dTPca si un vaccin coquelucheux n'a pas été administré dans les 5 dernières années.

Puis rappels dTPca à âge fixe (25, 45 et 65 ans).

Dernier rappel dTP

Date : / /

Nom :

Dernier rappel dTPca

Date : / /

Nom :

Hépatite B*

Conditions d'immunisation valides :

Ac anti-HBs > 100 UI/l (quels que soient l'historique vaccinal et l'ancienneté des résultats)

Ac anti-HBs ≥ 10 UI/l et Ac anti-HBc négatif et schéma vaccinal complet

Autres situations : cf. Mémo « Professionnel de santé en charge des vaccinations des étudiants en santé »

Schémas complets valides :

- 3 doses (2 doses à au moins 1 mois d'intervalle, 3e dose au moins 5 mois après la 2e)
- Schéma accéléré (adultes) : 3 doses en 21 jours puis rappel à 1 an
- Schéma administré dans l'adolescence (entre 11 et 15 ans) : 2 doses espacées de 6 mois d'un vaccin dosé à 20 µg

Veuillez patienter
nous boostons
votre système
immunitaire



#JeMeVaccine

#JeNousProtège



ETUDIANT EN SANTE

Fiche médicale à valider par un médecin



Joindre résultats de sérologie sous pli confidentiel et indiquer les dates de vaccination (quels que soient les résultats de sérologie) :

- Première dose => Date : / / Nom :

- Deuxième dose => Date : / / Nom :

- Troisième dose => Date : / / Nom :

- Injections supplémentaires :

Date : / / Nom :

Date : / / Nom :

Date : / / Nom :

Rougeole Oreillons Rubéole (ROR)**

Personnes nées depuis 1980 : 2 doses recommandées, à 1 mois d'intervalle quels que soient les antécédents pour ces 3 maladies (ou 3 doses si 1^{ère} dose de vaccin reçue avant l'âge de 12 mois). Pas de contrôle sérologique préalable à effectuer.

Personnes nées avant 1980 : 1 dose si aucun antécédent rougeole ou si doute (sans contrôle sérologique préalable).

Personnes nées depuis 1980

Première dose : Date : / / Nom :

Deuxième dose : Date : / / Nom :

Personnes nées avant 1980

Antécédent rougeole : Oui / Non

Si Non : Date vaccination : / / Nom :

Varicelle**

Vaccination avec 2 doses si aucun antécédent varicelle (ou si doute) et sérologie négative.

Antécédent varicelle : Oui / Non

Si Non :

Sérologie positive : Joindre le résultat sous pli confidentiel

Sérologie négative : Précisez les dates des vaccinations :

Première dose : Date : / / Nom :

Deuxième dose : Date : / / Nom :

Les vaccinations grippe et Covid** seront à réaliser chaque année**

Veuillez patienter
nous boostons
votre système
immunitaire



#JeMeVaccine

#JeNousProtège



ETUDIANT EN SANTE

Fiche médicale à valider par un médecin



Infections invasives à méningocoques (IIM) ACWY*** et B***

IIM ACWY : 1 dose entre 11 et 14 ans, avec un rattrapage jusqu'à 24 ans inclus.

IIM B : 2 doses entre 15 et 24 ans

Date vaccination Men ACWY : / / Nom :

Première dose Men B : / / Nom :

Deuxième dose Men B : / / Nom :

Infections à papillomavirus (HPV)***

HPV : 2 doses entre 11 et 14 ans, avec un rattrapage jusqu'à 26 ans inclus (3 doses si 1^{ère} dose initiée à partir de 15 ans)

Première dose HPV : / / Nom :

Deuxième dose HPV : / / Nom :

Troisième dose HPV : / / Nom :

Tuberculose

Vaccination : non obligatoire depuis le 1er avril 2019

IDR (Intra Dermo Réaction) : Il n'est pas obligatoire de disposer d'un résultat d'IDR.

Toutefois, le médecin pourra proposer à l'étudiant, en l'absence d'examen de référence, de réaliser ce test (ou une IGRA, préférentielle chez les sujets vaccinés par le BCG) car le résultat peut servir de référence en cas de contage ultérieur et de détection d'infection tuberculeuse latente (ITL), particulièrement chez les étudiants originaires de zones d'endémie ou de forte circulation et étant en France depuis moins de 5 ans. À noter, la réalisation d'IDR est à éviter dans le mois suivant une vaccination ROR.

Si existence d'un résultat d'IDR connu, même ancien, et mesuré en mm, celui-ci doit être indiqué avec la date de réalisation.

Si informations disponibles, indiquer :

Date de la vaccination :

Date dernière IDR et résultat (en mm) :

Date IGRA de référence et résultat :

* Vaccination obligatoire pour devenir professionnel de santé **Vaccination recommandée chez les professionnels de santé

*** Vaccination recommandée en population générale dans cette tranche d'âge

Je, soussigné(e) Dr certifie que les renseignements inscrits ci-dessus sont exacts.

Fait le : / /

Signature et cachet du praticien :