

## DOSSIER D'INTÉGRATION

### FORMATION AUXILIAIRE DE PUERICULTURE

NOM :

PRENOM :

Situation à l'entrée en formation :

- En continuité de parcours
- N° France Travail : .....
- Demandeur d'emploi indemnisé       Demandeur d'emploi non indemnisé
- En activité :
- Oui       Non      Nom de l'employeur : .....
- En apprentissage :
- Oui       Non      Nom de l'employeur : .....
- N° de Sécurité sociale : .....

### PIÈCES À JOINDRE AU DOSSIER D'INTÉGRATION

- Le questionnaire de stage complété
- Le document « Droit à l'image » daté et signé
- Selon le mode de prise en charge de la formation, fournir :
- **Si prise en charge financière personnelle** → fournir le règlement du coût de la formation et des frais de dossier en espèces ou par chèque (possibilité maximale de 3 règlements)
  - **Si prise en charge par tout autre organisme financeur (FONGECIF, UNIFORMATION, UNIFAF, etc., ou employeur)** → le justificatif de la prise en charge
- Le règlement de la participation aux frais de scolarité d'un montant de 100€ (plateforme de cours, Centre de Ressources Documentaires, etc.), par chèque ou espèces
- Un chèque de caution d'un montant de 25 € pour les éventuelles dégradations des ouvrages prêtés, du badge, non encaissé, qui sera détruit ou restitué en fin de formation
- Le dossier médical complet :
- L'attestation médicale d'immunisation et vaccinations obligatoires
  - Le certificat Médical d'aptitude à l'exercice de la fonction d'auxiliaire de puériculture



**Pour l'assurance responsabilité civile :**

- Une attestation d'assurance de responsabilité civile professionnelle indiquant impérativement les mentions spéciales données dans le document d'information « *Assurance responsabilité civile obligatoire* » ci-dessous

**ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE**

Une circulaire de la Direction Générale de la Santé du 5 juillet 2000, relative à **l'Assurance Responsabilité Civile** et à la **couverture des risques professionnels des personnes accomplissant un stage lié à l'exercice d'une profession médicale**, modifie les dispositions antérieures. C'est pourquoi il appartient désormais aux candidats de souscrire un contrat garantissant leur « responsabilité civile » dans le cadre de leurs activités de formation.

Il pourra s'agir d'un avenant limité dans le temps souscrit auprès de la compagnie d'assurance qui gère leur contrat « multirisques habitation – responsabilité civile » ou celui de leurs parents.

Le choix du montant des garanties assurées relève désormais de la seule responsabilité des candidats.

Ainsi, les candidats doivent être garantis pour l'ensemble des risques suivants couvrant la responsabilité civile, tant lors du stage (métropole), que des trajets occasionnés par celui-ci :

- Accidents corporels aux tiers
- Accidents matériels causés aux tiers
- Dommages immatériels

**Il vous est donc demandé de fournir IMPERATIVEMENT une attestation d'assurance de « responsabilité civile professionnelle » couvrant les risques énumérés ci-dessus et spécifiant la phrase :**  
**« L'élève est pris en charge au cours de la formation d'auxiliaire de puériculture, y compris lors des stages »**  
**DANS LE CAS CONTRAIRE, VOUS NE POURREZ EFFECTUER AUCUN STAGE**

**NB : Si cette mention n'est pas notée sur l'attestation, l'élève devra demander une nouvelle attestation.**

**A titre indicatif**, nous vous proposons les coordonnées d'une assurance auprès de laquelle vous pouvez souscrire un contrat annuel :

- **MACSF : Possibilité de souscription par Internet : [www.macsf.fr](http://www.macsf.fr) / Rubrique « devis et souscription » et « RCP étudiant »**
- **Ou** votre assurance personnelle
- **Ou** toute autre assurance qui vous couvrira selon les conditions ci-dessus indiquée

## Fiche de renseignement pour les stages

Promotion : .....

A préciser si cursus allégé :

CAP AEPE     DEAS     Bac Pro ASSP     Autre (à préciser) : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Age : .....

Ville d'habitation pendant la formation : .....

Moyen de locomotion : .....

**Avez-vous des enfants (ou de la famille très proche en bas âge = fratrie, neveu, nièce) ?**

OUI     NON

Si oui, quel âge ont-ils ? .....

Sont-ils actuellement, ou ont-ils été accueillis récemment dans une structure d'accueil ?

OUI     NON

Si oui, laquelle (nom de l'établissement + ville) ? .....

.....

**Quel est votre parcours professionnel ?**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Avez-vous déjà effectué des stages dans le secteur de l'Enfance (hospitalier et/ou extra hospitalier) ?

OUI

NON

Si oui, à quel endroit (nom de l'établissement/du service + ville), sur quelle durée, dans quel contexte (stage de 3<sup>ème</sup>, stage CAP AEPE, etc.) ? .....

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

Avez-vous déjà travaillé dans le secteur de l'Enfance (hospitalier et/ou extra hospitalier) ?

OUI

NON

Si oui, à quel endroit (nom de l'établissement/du service + ville), sur quelle durée, dans quel fonction (agent de crèche, ASH, agent administratif, etc.) ? .....

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

**Quel est votre projet professionnel à ce jour ? .....**

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

**Avez-vous un projet de stage hors département ?**

OUI

NON

Si oui, à quel endroit et pourquoi ? .....

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

## DOSSIER MÉDICAL<sup>1</sup>

**Les documents peuvent être rendus dès la pré-rentrée mais l'admission définitive est subordonnée :**

1. A 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 psychologie incompatible avec l'exercice de la profession d'Auxiliaire de Puériculture (feuille jointe à compléter).

**Ce dernier document est à compléter par un médecin agréé de votre choix. La liste des médecins agréés est à consulter sur le lien ci-dessous :**

<https://www.paca.ars.sante.fr/listes-des-medecins-agrees-en-region-paca>

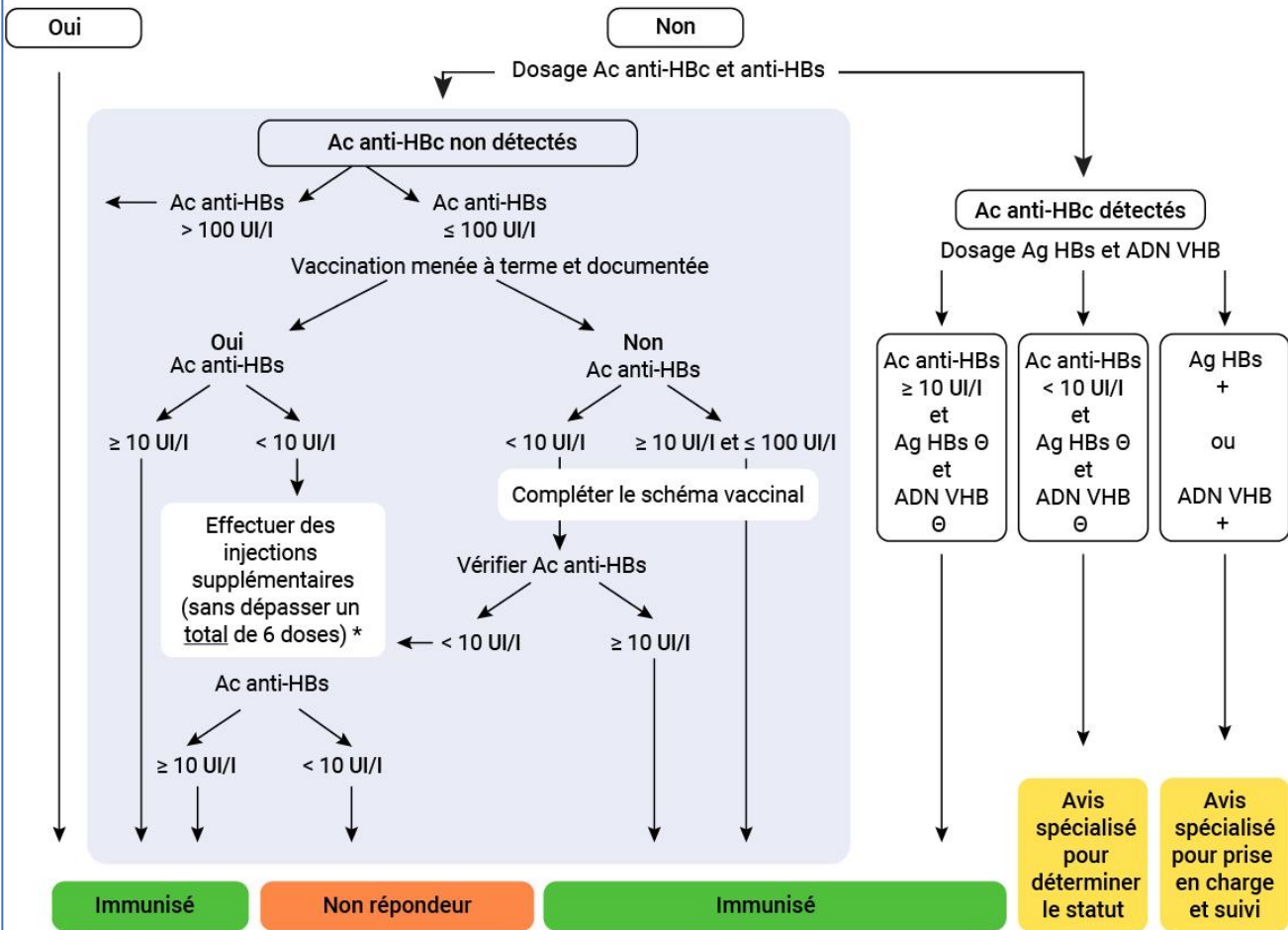
2. A la production, avant la date d'entrée au premier stage, d'un certificat médical attestant que l'élève remplit les obligations d'immunisation et de vaccination prévues (feuille jointe à compléter).

---

<sup>1</sup> Arrêté du 21/04/2007 article 44 modifié par arrêté du 02/08/2013 modifié par arrêté du 02/03/2017 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnés à l'article 3111-4 du code de la santé publique

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.

Attestation d'un résultat, même ancien, montrant des Ac anti-HBs > 100 UI/l



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

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

**CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE**

Je soussigné(e), ..... Médecin,

Atteste que : .....

Mme, Mr : .....

Né(e) le : .....

Présente les aptitudes physiques et psychologiques nécessaires à l'exercice de la profession d'Auxiliaire de  
Puériculture (prise en soins d'enfants de 0 à 18 ans).

Fait à .....,

Le .....

**Signature et cachet du Médecin**

***P.S. : Nous attirons l'attention sur le fait que l'auxiliaire de puériculture peut s'occuper d'enfants et d'adolescents jusqu'à 18 ans et donc susceptible de porter de charges lourdes et répétées.***

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

**ATTESTATION MÉDICALE D'IMMUNISATION ET DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES<sup>2</sup>**

Dr (nom, prénom) .....

Titre et qualification : .....

Lieu, date : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Je soussigné(e), Dr ....., certifie que Mme/Mr.

Nom : .....

Prénom : .....

Né(e) le : .....

Candidat(e) à l'inscription à (entourer la filière choisie) :

- Professions médicales et pharmaceutiques : médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme ou pharmacien ;
- Autres professions de santé : aide-soignant, ambulancier, auxiliaire de puériculture, infirmier, infirmier spécialisé, manipulateur d'électroradiologie médicale, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, technicien en analyse biomédicale.

A été vacciné(e) :

**Contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite :**

DERNIER RAPPEL EFFECTUÉ		
Nom du vaccin	Date	N° lot

**Contre l'hépatite B, selon les conditions définies au verso, il/elle est considéré(e) comme** *(Rayer les mentions inutiles)*

Immunisé(e) contre l'hépatite B : OUI NON  
Non répondeur(se) à la vaccination : OUI NON

La preuve de l'immunisation contre l'hépatite B est assurée par une recherche systématique d'anticorps (sérologie obligatoire).

**Signature et cachet du Médecin**

<sup>2</sup> Nota bene : selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour ces professionnels de santé, il est par ailleurs recommandé d'être immunisé contre la coqueluche, la rubéole, la rougeole, la varicelle et la grippe saisonnière



**« DROIT À L'IMAGE »**  
**(Autorisation à être filmé(e) et photographié(e) pour les étudiant(e)s/élèves)**

Je soussigné(e),

NOM : .....

Prénom : .....

Email (en majuscule) : .....

- Refuse d'être photographié(e) ou filmé(e)
- Donne mon accord pour être photographié(e) ou filmé(e), et que ces clichés ou films soient reproduits ou diffusés par la **Fondation LENVAL** (concerne les réseaux sociaux de la Fondation Lenal « *Tik Tok/Facebook/Instagram/LinkedIn* », le site internet de l'IFMEA, les supports de communication interne (*journal interne/Intranet/Formation ou enseignement/Etc.*), les supports de communication externe (*Plaquettes/Communiqués/Santé/Etc.*)
- Donne mon accord pour être photographié(e) ou filmé(e), et que ces clichés ou films soient reproduits ou diffusés par la **partenaires extérieurs** (journaux, magazines, chaînes de télévision, réseaux sociaux, etc.)

Dans le cadre de la simulation en santé, les séances de formation sont filmées. L'usage en sera strictement pédagogique à l'IFMEA, sans diffusion externe (sauf autorisation des participants).

Fait à ....., le .....

Signature :

*Information complémentaire : Les locaux de l'IFMEA sont placés sous vidéosurveillance.*

## LES FRAIS COMPLEMENTAIRES

Les élèves auxiliaires de puériculture (hors prise en charge Région) doivent prévoir :

- L'achat de 2 tenues de stage (tunique et pantalon aux couleurs et floqué au nom de l'IFMEA),
- Des chaussures blanches silencieuses et lavables.

L'Etablissement recommandé pour l'achat de ces tenues est :

**EPI 06**  
7 rue de Russie  
06000 NICE  
Tél : 04.83.84.60.50