

DOSSIER D'INTÉGRATION FORMATION DE PUÉRICULTRICE(EUR)

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
- N° de Sécurité sociale :

PIÈCES À JOINDRE AU DOSSIER D'INTÉGRATION

- La fiche d'inscription au diplôme d'État de Puériculture (ci-jointe) dûment remplie
- Créer une adresse mail sous le format suivant : **nom (de jeune fille).prénom@.....**
- Le questionnaire de stage complété
- Le document « droit à l'image » daté et signé
- La photocopie du diplôme d'État d'infirmière ou de sage-femme pour les étudiants en 3^{ème} année IFSI
- L'Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence de niveau 2 (AFGSU 2)
- Les frais d'inscription sont à la charge de l'élève. Ils s'élèvent à : **1 600 €** à régler en espèces ou par chèque (possibilité maximale de 3 règlements)
- Selon le mode de prise en charge financière de la formation, fournir :
 - Si prise en charge financière personnelle, le règlement du coût de 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...ou employeur), le justificatif de la prise en charge
- Un chèque de caution d'un montant de **25 €** pour les éventuelles dégradations des ouvrages prêtés, non encaissé, qui sera détruit ou restitué en fin de formation.
- Le dossier médical complet



- * Le Certificat Médical d'aptitude à l'exercice de la fonction de Puéricultrice(eur)
- * L'attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires

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-joint

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 :

- o Accidents corporels aux tiers
- o Accidents matériels causés aux tiers
- o 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 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
Rubrique « devis et souscription » et « RCP étudiant ».

Ou votre assurance personnelle

Ou toute autre assurance qui vous couvrira selon les conditions ci-dessus indiquées.

QUESTIONNAIRE POUR LA PLANIFICATION DES STAGES

Nom : Nom marital :

Prénom :

Adresse :

↳ Si vous êtes originaire d'un autre département, notez ici votre adresse dans le département des Alpes Maritimes :

.....

.....

Téléphone (n° où vous êtes joignable rapidement) :

Mail :

↳ Quel est votre projet professionnel ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Si vous souhaitez effectuer un stage dans un service ou établissement en particulier, veuillez nous fournir un document écrit exprimant vos motivations et vos objectifs pour demander ce stage.

↳ Avez-vous des enfants ? Oui Non

Si oui, quel âge ont-ils ?

↳ Ont-ils été accueillis dans une structure d'accueil ? Oui Non

Si oui, laquelle ?

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

Oui Non

Si oui, où ? et sur quelle durée ?

.....

.....

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

Oui Non

Si oui, où ? et sur quelle durée ?

Partie à remplir à la pré-rentrée lors de l'entretien avec le cadre formateur référent des stages (cf. ci-dessous lieux de stage pour orienter vos choix)

Secteur pour la RPS (par tirage au sort) : **Hospitalier** **Extra hospitalier**

Souhait stage hors département : **Oui** **Non**

.....

.....

.....

	Réanimation néonatale ou néonatalogie ou réanimation pédiatrique	PMI circonscription	EAJE	PÉDIATRIE (pédiatrie générale, médecine, chirurgie, hémato/onco...)	Stage optionnel Ou Maternité
1^{er} choix					
2^{ème} choix					

Il y a 4 stages obligatoires :

- Réanimation néonatale ou néonatalogie ou réanimation pédiatrique
- Protection Maternelle et Infantile (PMI)
- Etablissement d'Accueil du Jeune Enfant (EAJE)
- Service hospitalier : pédiatrie, chirurgie infantile, urgences pédiatriques, hémato oncologie pédiatrique

Le 5^{ème} stage est dit « optionnel ». Les lieux proposés peuvent être **(en fonction des places proposées)**:

- Maternité
- Services de pédopsychiatrie : enfant ou adolescent, Hôpital de Jour ou Hospitalisation Conventionnelle (troubles du spectre de l'autisme, troubles du comportement alimentaire et dépression)
- Pouponnières sociales
- Maison des 1000 premiers jours
- Référent Sant Accueil Inclusif (RSAI)
- Unité Ambulatoire PsychoPérinatalité (UAPP)
- Centre de référence des maladies rares de la peau

DOSSIER MEDICAL

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

1/ à 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 de puéricultrice (feuille jointe à compléter)

Ce dernier document est à compléter par un médecin agréé de votre choix liste à consulter sur :

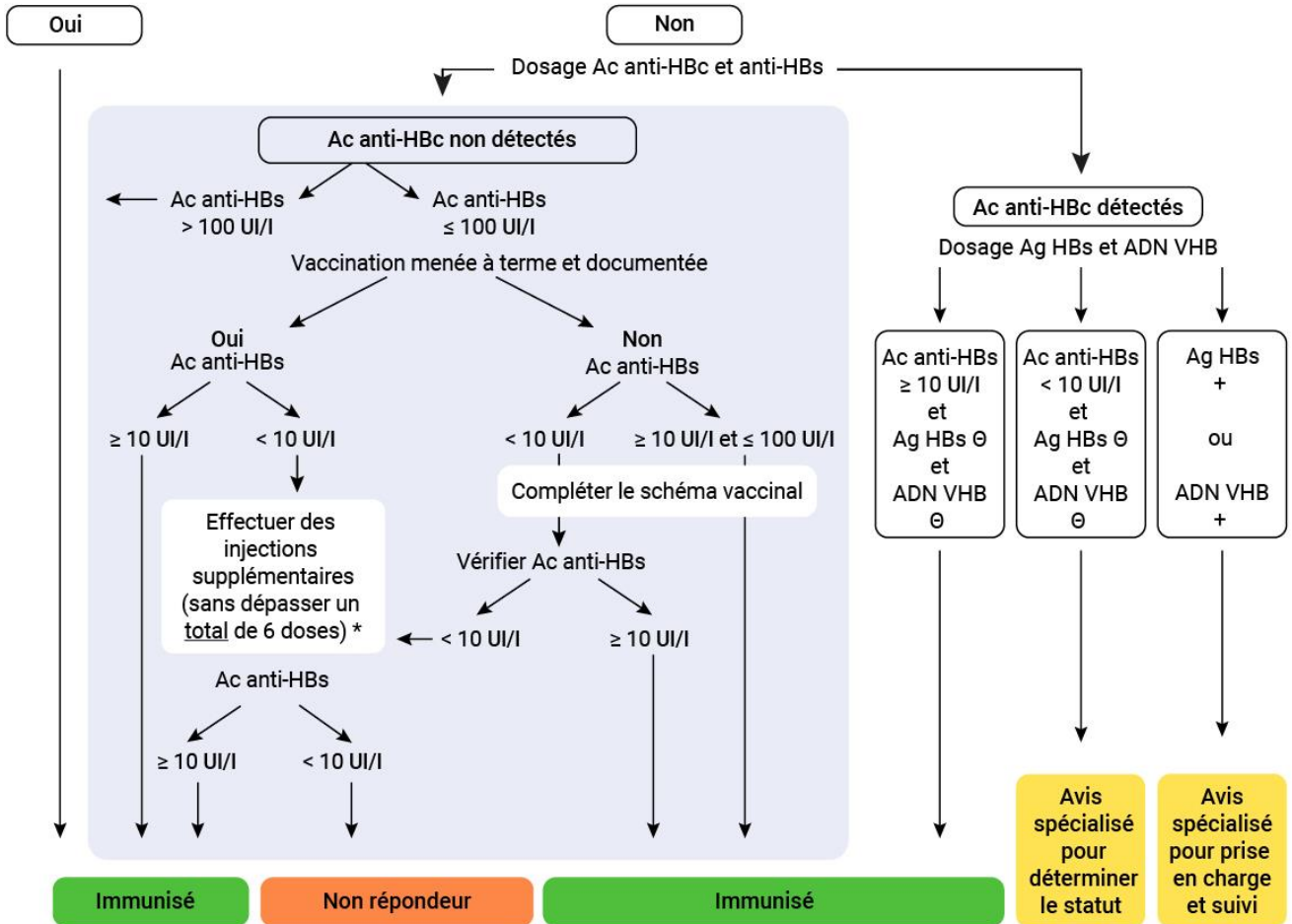
<https://www.paca.ars.sante.fr/media/123596/download?inline> (Alpes Maritimes)

<https://www.paca.ars.sante.fr/media/141391/download?inline> (Var)

2/ à 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).

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, Mlle, Mr :

Né(e) le :

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

Date :

Signature et cachet du Médecin

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

ATTESTATION MÉDICALE D'IMMUNISATION ET DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES

Dr (nom, prénom)
Titre et qualification Lieu, date
Adresse
Téléphone

Je soussigné(e), Dr, certifie que M./Mme
Nom : Prénom Née 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 biomédicales,

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

Nota bene : selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour ces professionnels de santé, il est par ailleurs FORTEMENT 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 :

- 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 Lenval « *Tik Tok/Facebook/Instagram/LinkedIn* », le site internet de l'IFMÉA, 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'IFMÉA, sans diffusion externe (sauf autorisation des participants).

Fait à
Le

Signature :

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

LES FRAIS COMPLEMENTAIRES

Les étudiantes(s) puéricultrices(eurs) doivent prévoir :

- **Deux tenues professionnelles blanches pour les stages (floquées au nom de l'IFM&A)** auprès de l'établissement EPI 06, 7 rue de Russie 06000 NICE. Tel : 04 83 84 60 50
- **L'achat de quelques ouvrages**
- **Certains stages se déroulent à la périphérie de Nice et dans d'autres villes du département (de Menton à Fréjus), les frais de transport restent à votre charge.**

