

DOSSIER D'INSCRIPTION DEAP

CONDITIONS D'INSCRIPTION

Selon l'arrêté du 12 avril 2021, pour être admis à suivre cette formation conduisant au Diplôme d'État d'Auxiliaire de Puériculture, vous devez :

- Être âgé(e) de 17 ans au moins à l'entrée en formation.
- Conformément à la nouvelle réglementation, aucune condition de diplôme n'est requise pour se présenter à l'épreuve d'admission.
- Le dossier doit être complet, aucune relance de complément de pièces ne sera faite. Tout dossier incomplet ne sera pas étudié.
- Pour entrer en formation, les vaccinations contre l'hépatite B est obligatoire.
- En fonction de votre diplôme, vous pouvez suivre une formation en parcours complet ou partiel.

Capacité d'accueil : 16 places.

PIECES A FOURNIR

- La fiche d'inscription complétée, datée et signée (page 7)
- Un curriculum vitae (CV détaillé)
- Lettre de motivation
- Photocopie d'une pièce d'identité en cours de validité (recto-verso)
- Pour les ressortissants étrangers, photocopie d'un titre de séjour en cours de validité à l'entrée en formation (Recto-verso)
- Copie des attestations de stages avec les appréciations signées et tamponnées par l'établissement d'accueil pour les élèves issus d'un baccalauréat professionnel.
- Attestations(s) employeur(s) pour les candidats ayant une expérience en structure de soins ou services à la personne à domicile.
- Vous pouvez ajouter tout autre justificatif valorisant un engagement ou une expérience personnelle (associative, sportive...) en lien avec la profession d'aide-soignant.

TOUT DOSSIER INCOMPLET EST CONSIDERE COMME IRRECEVABLE, AUCUNE RELANCE NE SERA FAITE

INFORMATIONS POST-ADMISSION

Vaccination : L'inscription définitive est subordonnée à la présentation des documents suivants au premier jour de la rentrée :

-CERTIFICAT MEDICAL attestant 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 (ci-joint au dossier).

-CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE attestant que le candidat n'est atteint d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession à laquelle il se destine (ci-joint au dossier).

Nous vous conseillons vivement de commencer votre vaccination contre l'Hépatite B au plus tôt. En général, le vaccin est administré en trois doses réparties sur six mois. La deuxième dose est administrée un mois après la première et la troisième, cinq mois après la deuxième.

En cas de non présentation et/ou de non-conformité, l'apprenant ne sera pas autorisé à entrer en formation.

CERTIFICAT MEDICAL

De vaccination conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions

D'immunisation des professionnels de santé en France

PENSEZ A VOUS MUNIR DE VOTRE CARNET DE VACCINATION

Je soussigné Docteur

Certifie que :

Madame Mademoiselle Monsieur

Nom :

Prénoms :

Date de Naissance : / /

Candidat(e) à l'inscription en formation auxiliaire de puériculture, 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 :

Vaccination contre hépatite B

Première injection :

Deuxième injection :

Troisième injection :

Taux AC HBs

Si taux > 100 UI/l : immunisé

Si taux entre 10 et 100 UI/l recherche AC antiHBS

Si taux < à 10UI/l : non répondeur à la vaccination

Dosage :

Selon l'article L.3111-4 et dont les conditions sont fixées par l'arrêté du 2 août 2013, 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

-Par la tuberculose : IDR de référence de début de carrière (Vaccination non obligatoire

IDR à la tuberculose

Date

Résultat (en mm)

Selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour les professionnels de santé, il est recommandé d'être immunisé contre la coqueluche, la rougeole, la varicelle, la tuberculose et la grippe saisonnière.

Signature du candidat

Signature et cachet du Médecin

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE
A REMPLIR PAR UN MEDECIN AGREE PAR L'ARS DE VOTRE REGION

Par exemple, pour la région Auvergne Rhône Alpes :

<https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/liste-des-medecins-et-specialistes-agrees>

Je soussigné Docteur

Médecin agréé, atteste, après l'avoir examiné(e) ce jour, que :

Madame Mademoiselle Monsieur

Nom :

Prénom(s) :

Date de Naissance :/...../.....

N'est atteint(e) d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession d'auxiliaire de puériculture.

Date, signature et cachet du médecin