 **Pôle Formation CONTINUE et APPRENTISSAGE**

|  |  |
| --- | --- |
| **DE**  **Auxiliaire de Puériculture**  **Dossier d’inscription en apprentissage** | **RENTREE 2026**  **CFA:**  Lycée JB LE TAILLANDIER  **Pôle Formation Continue et Apprentissage**  2 Bd Jean Monnet – 35300 FOUGERES  **@:**  [*poleformation@lycee-jblt.fr*](mailto:poleformation@lycee-jblt.fr)  ***( :***  *02 30 03 42 80* |

|  |
| --- |
| ***Partie réservée à l’administration***  Date d’arrivée du dossier : ……………………………………………… N° d’inscription : …………………………………………… |

|  |
| --- |
| **Engagement du candidat**  Je soussigné : ………………………………………………………………………………………….., atteste sur l’honneur :   * L’exactitude des renseignements mentionnés sur cette fiche d’inscription * Avoir pris connaissance de la notice d’inscription   Faite le : …………………………………………………..………………. à …………………………………………………………………………..  Signature du candidat (ou celle des parents ou du tuteur légal pour les candidats mineurs) |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom** | **Nom d’usage** |
| **Prénom** | **Date de naissance** |

**Scolarité et/activité professionnelle**

Si vous êtes titulaire de l’un des diplômes suivants, cocher la case correspondante :

r Diplôme d'Etat d'aide-soignant 2005 (niveau 3)

r Diplôme d'Etat d’aide-soignant 2021 (niveau 4)  
r Diplôme d'assistant de régulation médicale

r Diplôme d'Etat d'ambulancier ;  
r Baccalauréat professionnel Services aux personnes et aux territoires (SAPAT) ;

r Baccalauréat professionnel Accompagnement, soins et services à la personne (ASSP) ;  
r Diplôme d’Etat d’Accompagnant Educatif et Social 2016 Spécialités (niveau 3) :

DEAMP / DEAVS / MCAD (entourer la mention utile)

r Diplôme d’Etat d’Accompagnant Educatif et Social 2021 (niveau 3)

r Titre professionnel d'assistant de vie aux familles  
r Titre professionnel d'agent de service médico-social  
r CAP « Accompagnant éducatif petite enfance »

VERIFICATION DES PIECES A JOINDRE AU DOSSIER « Apprentissage »

NOM : …………………………………………………………………… Prénom : ………………………………………………………………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Numérotation des pièces | Classer vos pièces dans l’ordre indiqué et déposez-les dans une pochette plastifiée A4 ouverte en haut et à droite  Barrez les cases par lesquelles vous n’êtes pas concerné | **O**bligatoire ou **F**acultatif | Colonne contrôle réservée à l’IFAP |
| P1 | Fiche de pré-inscription en ligne complétée | O |  |
| P2 | Dossier d’inscription complété en MAJUSCULE | 0 |  |
| P3 | Photocopie d’une pièce d’identité, passeport ou carte de séjour en cours de validité (recto-verso lisible) | O |  |
| P4 | Deux enveloppes à votre Nom, Prénom et adresse,  timbrées | 0 |  |
| P5 | Une lettre de motivation manuscrite avec description du projet professionnel de l'apprenti | O |  |
| P6 | Un curriculum vitae de l’apprenti | O |  |
| P7 | Une 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 | O |  |

 **Pôle Formation CONTINUE et APPRENTISSAGE**

|  |  |
| --- | --- |
| **DE Auxiliaire de Puériculture**  **NOTICE Dossier d’inscription en apprentissage** | **RENTREE 2026**  **CFA:**  Lycée JB LE TAILLANDIER  **Pôle Formation Continue et Apprentissage**  2 Bd Jean Monnet – 35300 FOUGERES  **@:**  [*poleformation@lycee-jblt.fr*](mailto:poleformation@lycee-jblt.fr)  ***( :***  *02 30 03 42 80* |

**Conditions d’accès à la formation**

L’accès à la formation conduisant au diplôme d’Etat d’Auxiliaire de puériculture est accessible sans condition de diplôme. Les candidats doivent être âgés de dix-sept ans au moins à la date d'entrée en formation.

*(Arrêté du 7 avril 2020 relatif aux modalités d’admission à la formation conduisant au diplôme d’Etat d’Auxiliaire de puériculture).*

Les personnes ayant déjà été sélectionnées à l'issue d'un entretien avec un employeur pour un contrat d'apprentissage peuvent solliciter une inscription auprès de l’institut.

Le directeur de l'institut de formation concerné procède à leur admission directe en formation, au regard des documents fournis dans le dossier.

**Calendrier**

|  |  |
| --- | --- |
| Date d’ouverture des inscriptions (pré-inscription en ligne + dépôt des dossiers d’inscriptions) comme apprenti | Date de rentrée |
| Lundi 28 avril 2025 | Employeur : 1 septembre  Formation théorique : jeudi 28 août 2025 |

**Constitution du dossier de candidature pour les apprentis**

Le dossier comporte les pièces suivantes décrivant la situation du futur apprenti :

Dossier administratif :

1. Fiche de pré-inscription en ligne

2. Dossier d’inscription complété

3. Photocopie d’une pièce d’identité, passeport ou carte de séjour en cours de validité (recto-verso lisible).

Dossier de sélection :

4. Une lettre de motivation manuscrite avec description du projet professionnel de l'apprenti

5. Un curriculum vitae de l’apprenti

6. Une 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.

En l'absence de validité d'un contrat d'apprentissage, les candidats sont soumis à l'épreuve de sélection au même titre que les candidats en Formation Continue

**Classer et numéroter** chacune des pièces conformément à l’ordre ci-dessus.

Mettre votre dossier de sélection dans une **pochette plastifiée.**

***Le candidat est responsable de la complétude de son dossier. Les dossiers incomplets ne peuvent pas être traités.***

**Modalités d’inscription et dépôt du dossier de candidature**

Modalités d’inscription :

1°) Réaliser une pré-inscription en ligne sur le site internet : https://www.lycee-jblt.fr/

2°) Déposer le dossier de sélection auprès de l'institut. Les candidats peuvent déposer le dossier :

* + A l’Institut de formation
  + Par courrier

Adresse de dépôt du dossier :

Lycée JB LE TAILLANDIER

**Pôle Formation Continue et Apprentissage**

Bâtiment G - Formation DEAP

2 Bd Jean Monnet

35300 FOUGERES

**Admission définitive**

Chaque candidat en apprentissage est informé personnellement de son admission au sein de l’Institut de Formation.

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 psychologique incompatible avec l'exercice de la profession à laquelle il se destine

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 le cas échéant par les dispositions du titre Ier du livre Ier de la troisième partie législative du code de la santé publique.

**Le certificat de vaccination est à produire au plus tard le jour de la pré-rentrée. Au vu des délais pour certains vaccins, il est recommandé d’anticiper le rendez-vous.**

**Un modèle de certificat médical et une attestation d’immunisation vaccinale sont joints en annexe du dossier.**

**Connaissances et aptitudes attendues pour suivre la formation conduisant au Diplôme d’Etat d’Auxiliaire de Puériculture**

|  |  |
| --- | --- |
| **Attendus** | **Critères** |
| Intérêt pour le domaine de l'accompagnement et de l'aide à la personne notamment en situation de vulnérabilité | Connaissances dans le domaine sanitaire, médico-social, social ou sociétal |
| Qualités humaines et capacités relationnelles | Aptitude à faire preuve d'attention à l'autre, d'écoute et d'ouverture d'esprit |
| Aptitude à entrer en relation avec une personne et à communiquer |
| Aptitude à collaborer et à travailler en équipe |
| Qualités humaines et capacités relationnelles | Maîtrise du français et du langage écrit et oral |
| Pratique des outils numériques |
| Capacités d'analyse et maîtrise des bases de l'arithmétique | Aptitude à élaborer un raisonnement logique à partir de connaissances et de recherches fiables |
| Maîtrise des bases de calcul et des unités de mesure |
| Capacités organisationnelles | Aptitudes d'observation, à s'organiser, à prioriser les activités, autonomie dans le travail |

Les connaissances et aptitudes peuvent être vérifiées dans un cadre scolaire, professionnel, associatif ou autre.

**Cursus de formation**

Le parcours de formation en cursus complet est le suivant :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| PARCOURS | Semaines de stage | Semaines chez l’employeur | Semaines à l’institut | Nombre d’heures |
| Cursus complet | 22 semaines (dont 5 semaines hors structure d’apprentissage) | 30 | 22 | 2555 heures |

Des équivalences de compétences, de blocs de compétences ou des allégements partiels ou complets de certains modules de formation peuvent être accordés aux élèves titulaires des titres ou diplômes ci-dessous. La synthèse des volumes de temps de formation à réaliser sont les suivants :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| PARCOURS | Semaines de stage | Semaines à l’institut |
| Diplôme d’Etat d’aide-soignant 2005 (niveau 3) | 12 | 11.2 |
| Diplôme d’Etat d’aide-soignant 2021 (niveau 4) | 12 | 8.6 |
| Le diplôme d’assistant de régulation médicale | 17 | 15.8 |
| Le diplôme d’Etat d’ambulancier | 17 | 16.4 |
| Le baccalauréat professionnel SAPAT | 22 | 18.4 |
| Le baccalauréat professionnel ASSP | 15 | 14.2 |
| Diplôme d’Etat d’Accompagnant Educatif et Social 2016 Spécialités (niveau 3) :  DEAMP / DEAVS / MCAD | 17 | 16.4 |
| Diplôme d’Etat d’Accompagnant Educatif et Social 2021 (niveau 3) | 17 | 13.6 |
| Le titre professionnel d’assistant de vie aux familles | 17 | 16.4 |
| Le titre professionnel d’agent de service médico-social | 17 | 17.8 |
| CAP « Accompagnant éducatif petite enfance » | 17 | 16.6 |

Après admission en formation, pour les apprentis ayant déjà acquis un ou plusieurs blocs de compétences communs avec la certification professionnelle visée, ou lorsque leur parcours de formation antérieur leur permet de bénéficier d'un allégement de formation, le directeur de l'institut de formation peut mettre en place des parcours individualisés de formation. Les cursus mis en place dans ce cadre peuvent débuter à tout moment de l'année.

**Aides financières possibles**

Les apprentis peuvent bénéficier d’aides financières :

* Aide au permis de conduire

**Coût de formation**

Le coût pédagogique de la formation est pris en charge par les organismes financeurs ( OPCO pour les structures privées et CNFPT pour les structures publiques ou structure d’apprentissage)

**Certificat médical d’aptitude**

**(à faire compléter par un médecin agréé\* par l’ARS du département**

**Selon l’article 8 ter de l’arrêté du 12 avril 2021)**

Je soussigné(e), Docteur ……………………………………………………**Médecin agréé ARS**,

Atteste que : M./ Mme.............................................................................................................

Né(e) le : !\_\_\_ !\_\_\_ !\_\_\_\_\_\_ !

* ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l’exercice de la profession

D’auxiliaire de puériculture).

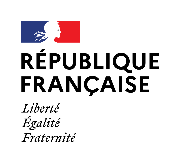
* est à jour de ses vaccinations et immunisé(e)

Fait à …………………………….……., le ………………………..………..

Tampon : Signature :

**\*liste disponible sur le site de l’ARS ou de la préfecture de votre département :**

[***https://www.bretagne.ars.sante.fr/les-medecins-agrees-1***](https://www.bretagne.ars.sante.fr/les-medecins-agrees-1)



|  |
| --- |
| ATTESTATION MEDICALE D'IMMUNISATION ET DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES  des personnes mentionnées à l’article L3111-4 du code de la santé publique |

**Je, soussigné(e) Docteur …………………………………………………………………………………………..**

**.Certifie que : Nom de naissance …………………………… Nom d’usage ……………………...............**

**Prénom : ……………………………… Né(e) le….../……../…………**

**En formation de** : **………………………………**

**Est immunisé(e) :**

* **Contre la DIPHTERIE, le TETANOS et la POLIOMYELITE** :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dernier rappel effectué** | | |
| **Nom du vaccin** | **Date** | **N° lot** |
|  |  |  |

* **Contre l’HEPATITE B,** selon les **conditions définies au verso**, il/elle est considéré(e) comme : (*rayer les mentions inutiles*)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| - Immunisé(e) contre l’HEPATITE B : | **oui** | **non** |
| - Non répondeur (se) à la vaccination (après l’administration de 6 doses) : | **oui** | **non** |
| - Nécessitant un avis spécialisé | **oui** | **non** |

* **Par le BCG\* c OUI c NON**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom du vaccin intradermique ou Monovax®** | **Date du vaccin** | **N° lot** |
|  |  |  |

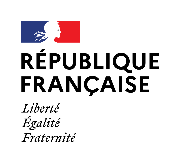
*\*Un arrêté du 27 février 2019* ***a suspendu*** *l’obligation de vaccination par le BCG.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **IDR à la tuberculine\*** | **Date** | **Résultat (*en mm*)** |
|  |  |  |

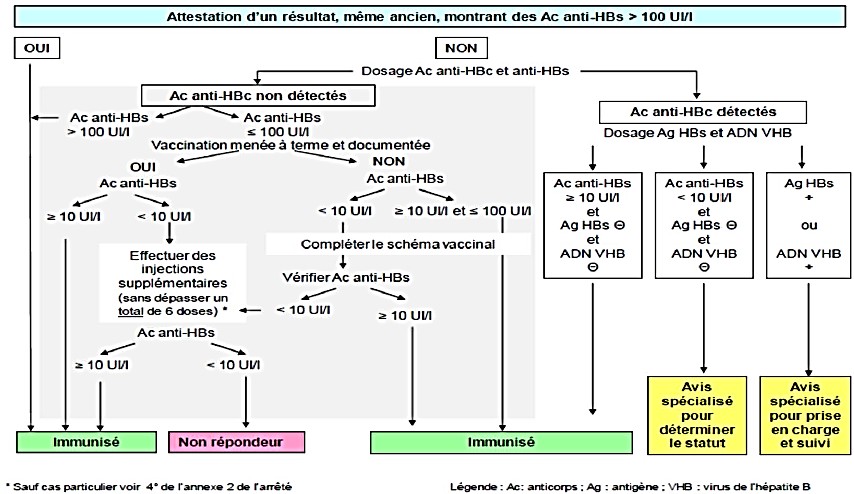
*\*L’IDR de référence est* ***obligatoire*** *: Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiniques.*

**SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN**

**Nota bene :** S*elon le calendrier vaccinal en vigueur, pour les étudiants et professionnels de santé, il est par ailleurs recommandé d’être immunisé contre* ***la COVID-19, la coqueluche, la rougeole, la rubéole et les oreillons (ROR), la varicelle et la grippe saisonnière****, ainsi que contre l’hépatite A pour les personnes s’occupant d’enfants n’ayant pas atteint l’âge de la propreté (par exemple personnels des crèches, assistants maternels...) et – des structures collectives d’accueil pour personnes handicapées.*



**Algorithme pour le contrôle de l’immunisation contre l’hépatite B des personnes mentionnées à l’article L.311-4 et dont les conditions sont fixées par l’arrêté du 2 août 2013**



**Textes de référence**

* Articles L.3111-1, L.3111-4 et L.3112-1 du code de la santé publique (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 tuberculiniques.
* 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.<https://vaccination-info-service.fr/>)