

CERTIFICAT D'APTITUDE MÉDICALE

Je soussigné docteur **Médecin agréé par l'ARS,**

Adresse

Certifie avoir examiné ce jour :

Madame – Monsieur.....

Né (e) le

Domicilié (é) à

Atteste qu'elle ou qu'il présente :

Les aptitudes physiques et psychologiques nécessaires à la formation et à l'exercice de la profession :

Infirmier (e)

Aide-soignant (e)

Fait le

Tampon avec numéro d'agrément

Signature

CERTIFICAT D'IMMUNISATION D'UN APPRENANT EN FORMATION EN SANTÉ

Je soussigné docteur Médecin,

Adresse

Certifie avoir examiné ce jour :

Madame – Monsieur.....

Né (e) le

Domicilié (é) à

Atteste qu'elle ou qu'il présente :

La preuve d'immunisation contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite,

La preuve de l'immunisation contre l'hépatite B,

La preuve d'immunisation contre la tuberculose.

Fait le

Tampon avec numéro d'agrément

Signature

FORMATION EN SOINS INFIRMIERS OU AIDE SOIGNANTE

RECUEIL D'INFORMATIONS EN VUE DE PREPARER LES AFFECTATIONS DE STAGE

Merci par avance de répondre le plus précisément possible

NOM et Prénom : Année de naissance.....

Votre parcours de stage est établi par l'IFAS à partir d'une offre de stage négociée avec les terrains dans un rayon de 50 km autour de l'IFAS. Il vous appartient de trouver les moyens de vous rendre en stage.

1. Avez-vous la possibilité durant vos stages en dehors de Villefranche, d'être hébergé par vos parents, la famille, ou des amis ?

OUI NON

Si OUI, à quel(s) endroits(s) : (ex : Lyon, Macon, Bourg, Tarare... etc.)

.....
.....

2. Avez-vous déjà travaillé dans un établissement de santé de la région ? (ex : EHPAD Courajod, CH Trévoux, CH Tarare... etc.)

OUI NON

- a. Si OUI, quelle(s) fonction(s) avez-vous exercée(s) ? (ex : Agent des Services Hospitaliers, FF d'ASD... etc.)

.....

- b. Si OUI, dans quel(s) établissement(s) et dans quel(s) service(s) ?

.....
.....

3. A ce jour, y-a-t'il un terrain de stage où vous auriez eu un vécu personnel difficile ?

.....

Document à remettre obligatoirement avec le dossier administratif