

**FORMATION AIDE-SOIGNANTE
INFORMATIONS GENERALES - RENTREE 2024/2025**

Pour l'entrée en formation aide-soignante, le dossier d'inscription administratif avec les justificatifs sont à renvoyer au format papier avant le 9 août 2024

Rentrée :

Le jour de la rentrée est le **lundi 26 août 2024 à 09h00 sur l'IFSI/IFAS de COMPIEGNE** – 5 rue de Bourgogne.

Repas :

Les déjeuners peuvent être pris au self du centre hospitalier à Compiègne (8 avenue Henri Adnot) ou sur le centre hospitalier de Noyon (avenue Alsace Lorraine) par système de carte magnétique.

Pour obtenir une carte de self gratuitement (que vous pourrez recharger en euros par la suite), vous devez adresser un mail à la DALT du CHICN à daetb.secretariat1@ch-compiegneoyon.fr ou daetb.secretariat2@ch-compiegneoyon.fr en indiquant votre nom, prénom et « élève aide-soignant à l'IFAS ». Vous pouvez également appeler le secrétariat au 03 44 23 60 79 ou 03 44 23 60 80.

Une fois la demande effectuée, la DALT du CHICN adressera au secrétariat de l'IFAS votre carte de self que l'on vous transmettra.

Si vous ne souhaitez pas déjeuner au self du CHICN, vous pourrez prendre votre repas à consommer à l'institut (un micro-onde est à votre disposition) mais ceci sous réserve que les locaux restent propres. Dans le cas contraire, une interdiction sera mise en place.

**LISTE DES PIÈCES A FOURNIR POUR
LA RENTREE D'AOÛT 2024 DE LA FORMATION AIDE-SOIGNANTE**

- Pour les moins de 25 ans, attestation « Journée défense et citoyenneté »
 - Fiche de renseignements complétée ci-jointe.
 - Fiche Argos complétée ci-jointe (le numéro de demandeur d'emploi est obligatoire si vous êtes inscrit(e) à France Travail).
 - Vous devez effectuer votre inscription pour la bourse sur le site du Conseil Régional : <https://aides.hautsdefrance.fr>. **Vous devez impérativement scanner toutes les pièces justificatives sur la plateforme. Aucune pièce justificative ne devra être adressée à l'IFAS.**
Les personnes sorties du cursus scolaire depuis plus d'un an et ne percevant pas de droits à France Travail ne peuvent pas faire de demande de bourse, ces personnes devront monter un dossier de demande de rémunération du Conseil Régional joint à ce dossier (dossier vert RS1). Les personnes ayant une prise en charge employeur ne peuvent pas faire de demande de bourse.
 - 1 attestation d'assurance responsabilité civile pour l'année 2024/2025 (le nom de l'apprenant doit être indiqué sur l'attestation).
 - 1 attestation d'assurance maladie (CPAM) au nom de l'apprenant.
 - 1 certificat médical ci-joint complété et signé par **un médecin agréé par l'ARS (liste des médecins agréés en pièce jointe sur le site de l'IFSI/IFAS)**.
Si vous venez d'un autre département que l'Oise, vous pouvez effectuer cette visite chez un médecin agréé de votre département et **nous fournir la liste dans laquelle figure ce médecin agréé.**
 - Remplir la fiche des vaccinations obligatoires ci-jointe soit par **le médecin agréé, soit par le médecin traitant** :
 - La vaccination de la grippe est conseillée ;
 - La vaccination de la COVID 19 est conseillée.
- Cette fiche devra être remise **obligatoirement au plus tard le 26 août 2024** afin d'être à jour et que le service de santé au travail puisse contrôler votre dossier avant votre départ en stage.
Si les vaccinations ne sont pas terminées, nous donner une copie de la fiche et nous retourner la fiche originale à la fin des vaccinations.
- Résultat de sérologie **de moins de 3 mois.**
 - Autorisation individuelle d'être filmé, photographié ou interviewé ci-jointe.
 - Autorisation parentale ci-jointe (uniquement pour les apprenants mineurs).
 - Fiche de prise en charge financière ci-jointe **complétée et signée.**
 - Pour les demandeurs d'emploi, notification d'ouverture de droits ou de rejet aux allocations d'assurance chômage de moins de 1 mois.
 - Pour les personnes étant sorties du cursus scolaire depuis plus d'un an et n'ayant plus ou pas de droits à France Travail, le dossier de demande de rémunération du Conseil Régional complété (RS1 ci-joint), avec les pièces justificatives (à rendre pour le 9 août 2024).

FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2024/2025

Site : Compiègne Noyon

Cursus : Intégral Passerelle

Si cursus passerelle (cocher votre diplôme)

ASSP

SAPAT

ADVF

DEA, CCA

DEAES (DEAVS, MCAD, AMP)

AP

Autres :

NOM de naissance : Prénom :

NOM marital : Autres prénoms :

Date de naissance : Age : Nationalité :

Ville de naissance : Département/pays :

Votre adresse complète :
.....

Mail :@.....

N° téléphone fixe :/...../...../...../..... Portable :/...../...../...../.....

N° de sécurité sociale (OBLIGATOIRE) :

Adresse CPAM dont vous dépendez :

Possédez-vous un permis de conduire ? Oui Non

Si oui, possédez-vous un véhicule utilisable pour les stages ? Oui Non

Situation familiale :

Célibataire Concubinage Marié(e) Pacsé(e) Divorcé(e) Séparé(e) Veuf (ve)

Dépendez-vous financièrement de vos parents ? Oui Non

Si oui : - Profession du père :

- Profession de la mère :

Si oui : - Nombre de frères et sœurs : Age des frères et sœurs :

Si vous êtes marié(e), pacsé(e) ou vivant maritalement :

- Profession du conjoint :

Nombres d'enfants à charge : Age des enfants :

Personne(s) à prévenir en cas de besoin : Nom Prénom.....
(1 obligatoire) N° de téléphone : Portable :
Nom Prénom.....
N° de téléphone : Portable :

Prise en charge financière :

Bénéficiez-vous :

D'une promotion professionnelle ? Oui Non

Si oui : Nom de l'établissement et lieu :

Organisme de prise en charge :

Date d'inscription à France Travail :

Avez-vous des droits ouverts à France Travail ? Oui Non Si oui, date de fin de droits :

Numéro de demandeur d'emploi et numéro de zone géographique (OBLIGATOIRE pour les demandeurs d'emploi) :

N° d'inscription : Département d'inscription à France Travail :

Cursus scolaire : Mois et année de sortie scolaire :

A- Cycle secondaire :

Nom de l'établissement fréquenté et lieu

Niveau ou diplôme(s) obtenu(s) :

○ Année d'obtention :

B- Cycle universitaire :

Nom de l'établissement fréquenté et lieu

Niveau ou diplôme(s) obtenu(s) :

○ Année d'obtention :

C- Cycle professionnel :

Niveau ou diplôme(s) obtenu(s) :

○ Année d'obtention :

Avez-vous exercé une activité rémunérée durant ces études ? Oui Non

Si oui, laquelle ?

Êtes-vous titulaire de l'AFGSU 2 ? Oui Non

Avez-vous participé à une préparation à la sélection aide-soignant l'année dernière ? Oui Non

Si oui : nom et adresse de l'organisme :

Avez-vous exercé une activité professionnelle depuis la fin des études ? Oui Non

Si oui, laquelle ou lesquelles ?

Date :

Signature de l'apprenant :

ARGOS - FICHE IDENTIFICATION STAGIAIRE (FIS V202101)

Votre CODE Organisme >>>

Numéro d'Action de Formation ARGOS	<small>(Si vous en avez un) >>></small>	
Date d'entrée en parcours de formation <small>(JJ/MM/AAA)</small> :	>>>	___ / ___ / ___

ETAT CIVIL

Mr Mme Mlle **NOM :** _____
 HOMME FEMME **PRENOM :** _____
Né(e) le (JJ/MM/AAA) : ___ / ___ / ___
NOM de NAISSANCE : _____
PAYS de NAISSANCE : _____

COORDONNEES

Adresse : _____

Code postal : _____ **Ville :** _____ **Tel :** _____
Email * : _____
* Attention - cette adresse mail sera utilisée pour toutes les correspondances ultérieures que la Région engagera avec vous (exemple, pour des enquêtes futures)

FORMATION INITIALE ET CONTINUE

Quel est votre diplôme le plus élevé obtenu ? <input type="checkbox"/> AUCUN DIPLOME <input type="checkbox"/> BREVET DES COLLEGES OU EQUIVALENT <input type="checkbox"/> CAP /BEP OU EQUIVALENT <input type="checkbox"/> BAC OU EQUIVALENT <input type="checkbox"/> BAC+2 - DEUG/DEUST/DUT/BTS <input type="checkbox"/> BAC+3 - LICENCE OU EQUIVALENT <input type="checkbox"/> BAC+4 - MAITRISE OU EQUIVALENT <input type="checkbox"/> BAC+5 - MASTER OU EQUIVALENT	Quelle est votre dernière classe fréquentée ? <input type="checkbox"/> Classe primaire ou non scolarisé <input type="checkbox"/> 6eme ou 5eme collège <input type="checkbox"/> 4eme ou 3eme collège <input type="checkbox"/> 1ere ou 2eme année de CAP/BEP <input type="checkbox"/> Dernière année de CAP/BEP <input type="checkbox"/> Classe 2nd ou 1ere lycée <input type="checkbox"/> Classe terminale (BAC ou BAC Pro) <input type="checkbox"/> 1ere ou dernière année de BAC + 2 <input type="checkbox"/> Dernière année de BAC + 3 <input type="checkbox"/> Dernière année de BAC + 4 ou 5
Quel est votre niveau à l'entrée en formation <input type="checkbox"/> Niveau VI : fin d'étude 6ème ou 4ème pré pro <input type="checkbox"/> Niveau V bis : fin d'études 3ème <input type="checkbox"/> Niveau V : CAP ou fin d'étude avant terminale <input type="checkbox"/> Niveau IV : Bac ou classe terminale <input type="checkbox"/> Niveau III : BTS/ DUT ou Bac + 2 <input type="checkbox"/> Niveau II : Licence ou BAC + 3 <input type="checkbox"/> Niveau I : Master ou Bac + 5 et plus	Avez-vous des difficultés pour lire et écrire au quotidien? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

SANTE**Êtes-vous en situation de handicap ?** Oui Non*Si oui, avez-vous une reconnaissance officielle de handicap (attestation MDPH, allocation adulte handicapé, pension d'invalidité, carte d'invalidité...)?* Oui Non**DEPARTEMENT OU TERRITOIRE D'OUTRE-MER****Habitez-vous dans un DOM-TOM (Guadeloupe, Martinique...)?** Oui Non**FAMILLE****Vivez-vous?** Seul En couple Chez un parent**Nombre de personnes en emploi du foyer :** 0 1 2 et plus**Avez-vous un ou plusieurs enfants à charge ?** Oui Non**Vos deux parents sont-ils nés en France?** Oui Non Ne se prononce pas**LOGEMENT****Vous êtes :**

- Propriétaire
 Locataire
 Autre (hébergement familial, foyer, autres...)

Avez-vous des risques de perdre votre logement ?

- Oui Non Ne se prononce pas

ORIGINE DE LA DEMARCHE DE FORMATION**Quelle est la structure qui vous a orienté vers cette formation ?**

- APEC
 Association d'insertion sociale
 Cap Emploi
 CCAS ou UTPAS
 Opérateur compétences clés
 Démarche personnelle
 Espace Info Formation
 Jury post VAE
 Missions Locales
 Conseil Départemental

- OPACIF
 Organisme de formation
 PLIE - MDE
 Pôle Emploi
 Proch'Emploi
 Structure d'insertion par l'activité économique
 Universités
 Agents Région (hors Proch'Emploi)
 EPIDE Etablissement pour l'insertion dans l'emploi
 Ecole de la 2ème chance

MOYENS DE TRANSPORT**Quels moyens de transport utilisez-vous pour venir en formation ?**

- A PIED - A VELO
 BUS - TRAMWAY - METRO
 VOITURE - 2 ROUES MOTORISEES
 TRAIN

➤ **TEMPS DE TRAJET (EN MINUTE) :****Prestation HEBERGEMENT liée à la formation****Si hébergement :****Indiquez le Code Arrondissement (liste ci-dessous) :**

AABB	Arrondissement d'Abbeville	ACHA	Arrondissement de Château-Thierry	ALEN	Arrondissement de Lens
AAMI	Arrondissement d'Amiens	ACLE	Arrondissement de Clermont	ALIL	Arrondissement de Lille
AARR	Arrondissement d'Arras	ACOM	Arrondissement de Compiègne	AMOD	Arrondissement de Montdidier
AAVE	Arrondissement d'Avesnes-sur-Helpe	ADOU	Arrondissement de Douai	AMOT	Arrondissement de Montreuil
ABEA	Arrondissement de Beauvais	ADKF	Arrondissement de Dunkerque-Flandre	APER	Arrondissement de Péronne
ABET	Arrondissement de Béthune	ADKM	Arrondissement de Dunkerque-	ASTO	Arrondissement de Saint-Omer
ABOU	Arrondissement de Boulogne-sur-Mer		Maritime	ASTQ	Arrondissement de Saint-Quentin
ACAL	Arrondissement de Calais	ALAC	Arrondissement de Laon-Chaunoy	ASEN	Arrondissement de Senlis
ACAM	Arrondissement de Cambrai	ALAL	Arrondissement de Laon-Laonnois	ASOI	Arrondissement de Soissons
				AVAL	Arrondissement de Valenciennes
				AVER	Arrondissement de Vervins

SITUATION A L'ENTREE EN FORMATION**Etes-vous allocataire de minima sociaux ?**

- RSA - Revenu de Solidarité Active
 ASS - Allocation Spécifique de Solidarité
 AAH - Allocation Adulte Handicapé
 Non

SITUATION FACE AU MARCHÉ DU TRAVAIL **DEMANDEUR D'EMPLOI** **INSCRIT à Pôle Emploi**

N° Inscription (7 chiffres et 1 lettre) : _____

Indemnisation Pôle Emploi : Oui Non **NON INSCRIT à Pôle Emploi****Depuis combien de temps êtes-vous sans emploi ?**

Nombre de mois _____

 SALARIE➤ **Catégorie Socio professionnelle**

- Ouvrier non qualifié
 Ouvrier qualifié
 Employé non qualifié
 Employé qualifié
 Technicien Agent de Maîtrise
 Cadre

➤ **Type de contrat**

- CDI
 CDD
 CDDI d'Insertion
 Contrats aidés secteur non marchand
 Contrats aidés secteur marchand
 Autres contrats aidés

➤ **Temps partiel inférieur à 24 h semaine :**

- Oui Non

 INDEPENDANT - ARTISAN **CONGES MATERNITE CLCA** **PERSONNE SANS ACTIVITE PROFESSIONNELLE ET NON DEMANDEUR D'EMPLOI** **RETRAITE****SIGNATURE DU STAGIAIRE PARTICIPANT**

Je soussignée(e) _____ (prénom - nom),
 déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements communiqués dans ce document

Date : ___/___/___

Signature STAGIAIRE

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné au suivi des parcours de formation et à l'élaboration de statistiques non nominatives. Les destinataires des données sont les services de la Direction de la Formation Permanente de la Région Hauts-de-France et l'organisme dans lequel le stagiaire suit sa formation mais aussi l'Union Européenne, Pôle Emploi, l'Agence de Services et de Paiement, la Caisse des Dépôts et Consignations pour le Compte Personnel de Formation) et les organismes chargés par la Région HDF d'une mission d'évaluation.

Les données recueillies seront également utilisées de façon anonyme à des fins de suivi et d'évaluation des opérations financées par l'Europe et plus particulièrement par le Fonds Social Européen.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au Correspondant Informatique et Libertés de la Région Hauts-de-France - 151, avenue du Président Hoover 59555 LILLE CEDEX.

SIGNATURE et Références ORGANISME de FORMATION

N° Identification stagiaire ARGOS : _____ N° Action ARGOS : _____

N° Participation stagiaire ARGOS : _____

Visa du responsable : Nom : _____

Date : ___/___/___

Signature ORGANISME

Une copie de certains justificatifs du stagiaire peut être demandée : Attestation de sécurité sociale (NIR), Justificatifs d'identité (CNI, Passeport, carte de séjour...), Attestation inscription demandeur emploi. Pour les stagiaires salariés : SIRET et Raison sociale de l'Employeur.

Dans le cadre du dispositif des bourses pour l'année 2024/2025

Attention

Les personnes sorties du cursus scolaire depuis plus d'un an n'ayant plus ou pas de droits à France Travail et demandant la rémunération du Conseil Régional (dossier vert RS1 joint) ou les personnes ayant une prise en charge par leur employeur ne peuvent pas faire de demande de bourse.

ATTENTION DE BIEN VOUS INSCRIRE SUR LE BON SITE. COMPIEGNE SI VOUS SOUHAITEZ INTEGRER COMPIEGNE ET NOYON SI VOUS SOUHAITEZ INTEGRER NOYON.

Les personnes ayant déjà un compte créé doivent le reprendre et déposer une nouvelle demande de bourse, après vérification de leurs coordonnées personnelles et bancaires (via la fiche « tiers »).

Vous devez impérativement conserver la notification de la décision qui pourra vous servir de pièce justificative auprès d'autres administrations pendant votre scolarité.

Le Conseil Régional ne délivrera pas de copie ultérieurement

Toute modification de coordonnées bancaires ou d'adresse doit être signalée au service instructeur des bourses sanitaires et sociales par courrier, accompagnée du justificatif correspondant et dans les meilleurs délais

Première connexion

Un apprenant qui souhaite déposer une demande de bourse est invité à s'inscrire sur la plate-forme. Pour cela, il se connecte sur le portail à l'adresse <https://aides.hautsdefrance.fr>

Lors de sa première connexion, l'apprenant doit compléter les informations demandées, se créer un identifiant et un mot de passe pour pouvoir accéder à la plateforme. Enregistrer un IBAN pour éviter d'être bloqué ultérieurement.

Après validation de la saisie des informations un courrier électronique de confirmation est envoyé à l'adresse électronique spécifiée par l'apprenant lors de la création de son compte. Activer votre compte utilisateur en cliquant sur le lien.

IMPORTANT : Certaines boîtes de messagerie peuvent considérer ce mail comme un spam. L'apprenant est invité à vérifier dans les « courriers indésirables » ou « spams » de sa boîte de messagerie.

Puis se reconnecter, cliquer dans « rechercher une aide ». Rechercher et cliquer sur « bourses sanitaires et sociales », cliquer sur « effectuer une simulation » et compléter un nouveau dossier. Attention, bien **valider** (en bas à droite de chaque page) à chaque étape.

Vous devez obligatoirement scanner les documents demandés et les insérer sur la plateforme des bourses.

Contacts service des bourses : bess@hautsdefrance.fr - 0 800 026 080 (numéro vert)

Attention de bien valider votre demande de bourse à la fin de votre inscription avec le

bouton valider 

CERTIFICAT MEDICAL
Émanant obligatoirement
d'un médecin agréé par l'ARS

Pour l'année de formation 2024/2025

Je soussigné(e) Dr, médecin agréé,

certifie que

ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession aide-soignante.

Fait à

Le

**CACHET ET SIGNATURE DU
MEDECIN AGRÉÉ**

Prévention des risques biologiques, vaccinations obligatoires pour l'entrée en formation paramédicales

NOM DE NAISSANCE :

NOM D'USAGE :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : **LIEU DE NAISSANCE :**

Si vous n'êtes pas à jour de vos vaccinations OBLIGATOIRES, vous ne serez pas autorisé à aller en stage.

TYPES ET DATES DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES		
BCG	Type d'injection	Date
1 ^{ère} vaccination		
INTRA DERMOREACTION (I.D.R.)	Date :	
- Le mono test n'est pas réglementaire.	Lecture : induration en mm	<input type="text"/>
DIPHTERIE – TETANOS – POLIO	Type d'injection	Date
1 ^{ère} vaccination		
2 ^{ème} vaccination		
3 ^{ème} vaccination		
Dernier rappel		
ROUGEOLE-OREILLONS-RUBEOLE	Type d'injection	Date
1 ^{ère} vaccination		
2 ^{ème} vaccination		
A eu une rougeole le		
A eu les oreillons le		
A eu une varicelle le		

Certificat vaccination 1/4

TYPES ET DATES DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES		
HEPATITE B <u>Si vaccination déjà effectuée</u>	Type d'injection	Date
1 ^{ère} dose		
2 ^{ème} dose		
3 ^{ème} dose		
Injection supplémentaire		
Injection supplémentaire		
Injection supplémentaire		
DOSAGE ANTICORPS Pour les personnes déjà vaccinées (Se référer au schéma) Anti Hbs post-vaccinaux Obligatoire +++ Joindre le résultat de sérologie de moins de 3 mois	Résultat	Date
Vaccination COVID 19 conseillée	Date de la dernière injection ou date de la dernière infection	

Si vaccination non effectuée

Un schéma accéléré :

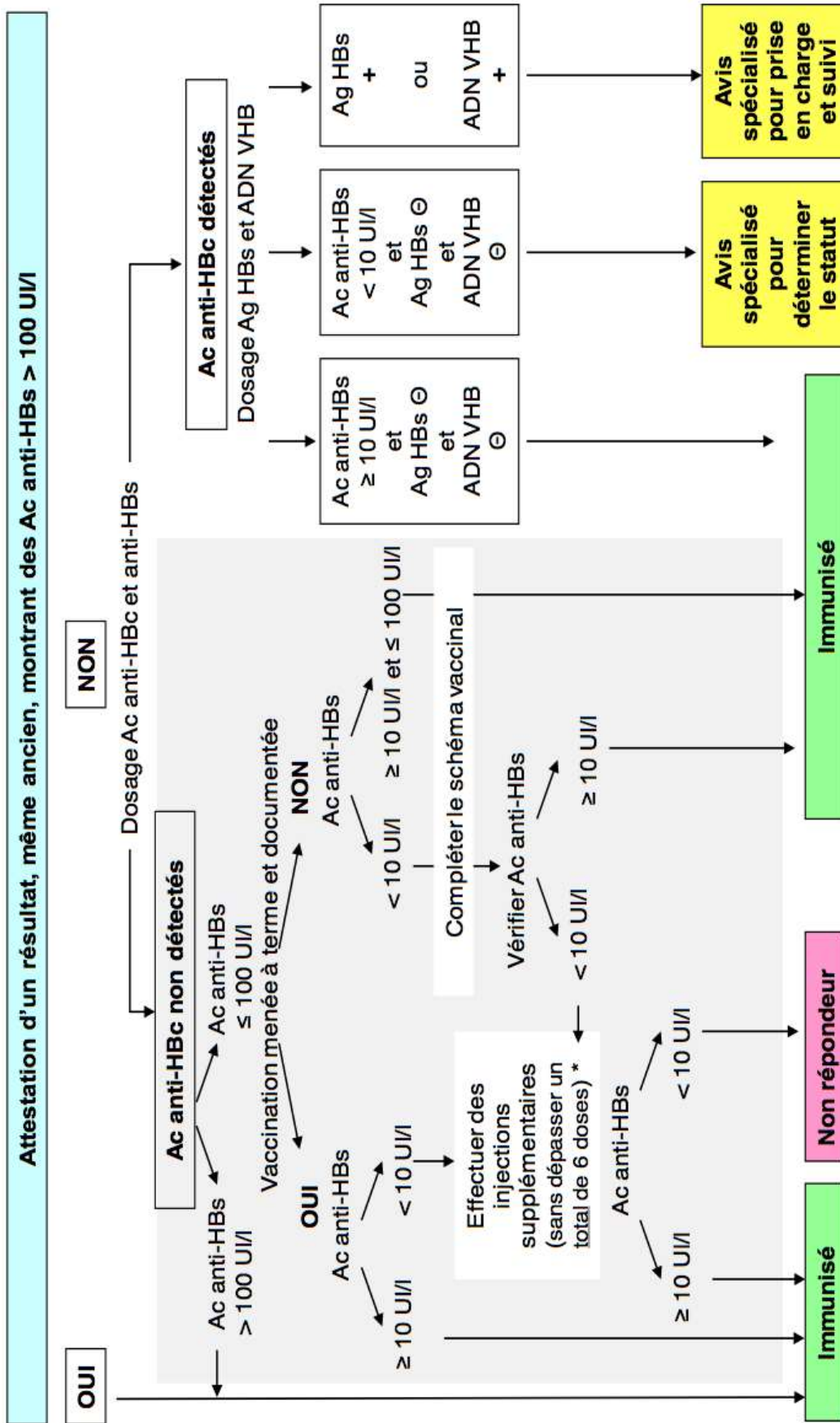
- Pour Engerix B20 : J0, J7, J21 et rappel à 12 mois
- Pour Genhevac : J0, J10, J21 et rappel à 12 mois

- une 4^{ème} dose un an après la première injection est indispensable pour la protection à long terme.

SOURCE : Hépatites Info Service : <https://www.hepatites-info-service.org/?Schema-vaccinal-contre-l-hepatite>

MEDECIN :	NOM :	Prénom :
Date :		
Cachet :	Signature :	

Algorithme pour le contrôle de l'immunisation des professionnels de santé



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

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

L'Arrêté du 12 avril 2021
Relatif à la formation conduisant au diplôme

Vaccinations pour l'entrée en formation et suivi médical des apprenants

Art. 8 ter (créé par Arrêté du 12 avril 2021 – art1) - *L'admission définitive est subordonnée :*

- 1) A la production, au plus tard le premier 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 1^{er} du livre 1^{er} de la troisième partie législative du code de la santé publique.*

LE SCHEMA « ACCELERE »

Dans certains cas particuliers, exemple :

- Apprenants des écoles médicales et paramédicales

Un schéma accéléré peut alors être proposé :

- J0, J7, J21 pour GENHEVAC B[®] ;
- J0, J10, J21 pour ENGERIX B[®] ;
- une 4^{ème} dose un an après la première injection est indispensable pour la protection à long terme.

SOURCE : Hépatites Info Service : <https://www.hepatites-info-service.org/?Schema-vaccinal-contre-l-hepatite>

Autorisation individuelle d'être filmé(e), photographié(e) ou interviewé(e)

Je soussigné(e) (apprenant(e) majeur),
demeurant à,
autorise l'IFSI/IFAS à me filmer, me photographier, m'interviewer et utiliser mon image.

ou
Je soussigné(e) (parent enfant mineur),
demeurant à,
autorise l'IFSI/IFAS à filmer, photographier, interviewer et utiliser l'image de mon enfant mineur dont le nom est :
.....

En conséquence, j'autorise l'IFSI/IFAS à fixer, diffuser, reproduire et communiquer au public les films, les photographies pris dans le cadre de ma vie d'apprenant(e) ou la vie d'apprenant de mon enfant mineur à l'institut.

Les photographies, films et/ou interviews pourront être exploités et utilisés directement par l'IFSI/IFAS ou par le Centre Hospitalier Intercommunal COMPIEGNE NOYON sous toute forme et tous supports connus et inconnus à ce jour, notamment de télédiffusion, de papier (journaux, flyer et périodiques) et électronique (internet) sans aucune limitation intégralement ou par extraits pour une durée illimitée.

Le bénéficiaire de l'autorisation s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies, films et/ou interviews susceptibles de porter atteinte à ma vie privée ou ma réputation ou à la vie privée et la réputation de mon enfant mineur, ni d'utiliser les photographies, films et/ou interviews dans tous supports à caractère pornographique, raciste, xénophobe ou toute autre exploitation préjudiciable.

Il s'efforcera, dans la mesure du possible, de tenir à ma disposition ou à la disposition des parents des enfants mineurs un justificatif à chaque parution ou diffusion des photographies, films et/ou interviews sur simple demande.

Je suis informé(e) de mes droits et ne pourrai prétendre à aucune rémunération pour leur exploitation.

Fait à

Signature de l'apprenant(e) ou du parent
d'enfant mineur

Le

DIRECTION IFSI-IFAS

COMPIEGNE
5, Rue de Bourgogne – BP 50029
60321 COMPIEGNE CEDEX
Tél : 03 44 23 68 50 – Fax : 03 44 23 68 52
ifsi.secretariat@ch-compiegneoyon.fr

NOYON
Avenue Alsace Lorraine– BP 159
60400 NOYON CEDEX
Tél : 03 44 44 43 08 – Fax : 03 44 44 43 09
ecole.as@ch-compiegneoyon.fr

N° SIRET : 200 034 650 00040

N° SIRET : 200 034 650 00115

N° existence : 22.60027 15 60 - Code APE : 8532Z

Autorisation parentale pour un(e) élève aide-soignant(e)

UNIQUEMENT POUR LES MINEURS

Je soussigné(e) (responsable légal),

demeurant à,

autorise mon enfant (nom, prénom et date de naissance)

à suivre la formation aide-soignante à l'IFAS du Centre Hospitalier Intercommunal COMPIEGNE/NOYON.

Fait à

Signature du responsable légal de l'enfant

Le

Fiche de prise en charge financière

Ce document est indispensable pour la prise en charge du coût pédagogique de votre formation par la région des Hauts-de-France.

Tout renseignement erroné pourrait entraîner votre engagement à régler le montant total des frais de votre scolarité.

Nom de naissance : Prénom :

Nom d'usage :

Date de naissance :

La région Hauts-de-France finance les parcours de formation des personnes répondant aux statuts suivants à la date de clôture des dossiers d'inscription aux épreuves de sélection :

	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
1 – Élève en poursuite de scolarité : <ul style="list-style-type: none"> Sans interruption Avec interruption depuis moins d'un an ou année scolaire Ayant effectué leur service civique 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Si oui, préciser votre dernière situation (établissement, niveau, etc...) 		
<p>Justificatif de votre situation à fournir : Certificat de scolarité de l'année 2023-2024 ou certificat de scolarité de l'année 2022-2023 accompagné de l'attestation de service civique si effectué.</p> <p>Signer impérativement la dernière page de la fiche de prise en charge financière.</p>		

2 – Demandeur d’emploi (indemnisé ou non) ou salarié en emploi précaire	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Personne sans contrat de travail avec ou sans indemnisation de France Travail <input type="checkbox"/> • Personne titulaire d’un CDD y compris de la fonction publique <input type="checkbox"/> • Personne titulaire d’un contrat d’apprentissage ou de professionnalisation achevé avant l’entrée en formation <input type="checkbox"/> • Personne titulaire d’un contrat de travail temporaire <input type="checkbox"/> • Personne titulaire d’un CDI de 87 heures/mois ou moins <input type="checkbox"/> • Personne ayant fait l’objet d’un licenciement après la clôture des inscriptions (hors abandon de poste qui sont assimilés à des démissions) <input type="checkbox"/> • Militaire sous contrat ayant un projet de reconversion validée par leur institution (exceptés les militaires de carrière) <input type="checkbox"/> 		

Si vous êtes inscrit en tant que demandeur d’emploi :

N° identifiant France Travail :

Date d’inscription à France Travail :

Indemnisation par France Travail : Oui Non

Fournir une attestation d’ouverture de vos droits à France Travail, datée de moins d’un mois

Dans tous les cas,

Fournir un justificatif selon votre situation.

Signer impérativement la dernière page de la fiche de prise en charge financière.

3 – Personne bénéficiant d’un Contrat de Sécurisation Professionnelle (CSP)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<p>Sont éligibles les personnes dont le CSP prend fin avant l’entrée en formation.</p> <p>Sont éligibles les personnes qui ne peuvent pas bénéficier d’une prise en charge complète de leur parcours via le CSP. Dans ce cas la région financera la totalité du parcours</p>		

Fournir un justificatif selon votre situation.

Signer impérativement la dernière page de la fiche de prise en charge financière.

4 – Les démissionnaires d’un CDI de + 87 heures/mois uniquement dans le cadre de démissions légitimes ou les salariés démissionnaires entrant dans le dispositif « démission-reconversion » dont le premier rendez-vous avec un conseiller en évolution professionnel a eu lieu avant la date de clôture des inscriptions à la sélection	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
---	------------------------------	------------------------------

Si démissionnaire d’un CDI,

N° identifiant France Travail : Date d’inscription à France Travail :

Indemnisation par France Travail : Oui Non

Justificatif de votre démission dans le cadre des démissions légitimes et si vous l’avez attesté d’ouverture de vos droits France Travail, datée de moins d’un mois

Si démission-reconversion, à quelle date avez-vous eu votre premier rendez-vous :

Fournir le justificatif du rendez-vous.

Signer impérativement la dernière page de la fiche de prise en charge financière.

La région Hauts-de-France ne finance pas les parcours de formation pour les personnes répondant aux statuts suivants :

- Les **travailleurs non-salariés** (autoentrepreneurs, commerçants, professions libérales, ...)
- Les personnes ayant signé **une rupture conventionnelle** d'un CDI après la date de clôture des dossiers d'inscription aux épreuves de sélection ;
- Les **abandons de poste** après la date de clôture des dossiers d'inscription aux épreuves de sélection ;
- Les **non actifs non-inscrits à France Travail** (retraités, ...)
- Les **travailleurs salariés** (CDI de plus de 87h/mois, les personnes en congé parental, les personnes en contrat d'apprentissage ou de professionnalisation pour la formation concernée, les agents des différentes fonctions publiques) ;
- Les salariés et agents de la fonction publique en disponibilité, inscrits ou non à France Travail ;
- Les personnes bénéficiant du financement de leur formation dans le cadre d'un **contrat de sécurisation professionnelle-CSP** (sauf cas particuliers cf article IV-C-2-3) ;
- Les candidats étrangers qui ne sont pas en règle de leurs obligations pour étudier sur le territoire national.

Si le coût de votre formation n'est pas financé par la Région, merci de nous indiquer par quel moyen sera financée celle-ci :

Promotion Professionnelle		
Salarié(e) en Promotion Professionnelle	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, établissement employeur :		
Adresse :		
.....		
Signataire des conventions financières (Nom, Prénom et fonction) :		
.....		
Personnes à contacter pour la prise en charge de votre formation (Nom, Prénom, fonction, téléphone et adresse mail) :		
.....		
.....		
.....		
<i>Justificatif de votre situation à fournir : Attestation de prise en charge de la formation par votre employeur et signer impérativement la dernière page de la fiche de prise en charge financière.</i>		
Congé individuel de Formation		
Salarié(e) en Congé Individuel de Formation	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, nom de l'organisme :		
Adresse de l'organisme :		
.....		
N° de dossier :		
Nom de l'employeur :		
Adresse de l'employeur :		
.....		
Personnes à contacter pour la prise en charge de votre formation (Nom, Prénom, fonction, téléphone et adresse mail) :		
.....		
.....		
<i>Justificatif de votre situation à fournir : Attestation de prise en charge de la formation par l'organisme et signer impérativement la dernière page de la fiche de prise en charge financière.</i>		

Prise en charge personnelle

Oui

Non

Si oui, situation actuelle :

Si vous ne bénéficiez d'aucune prise en charge financière du coût de votre formation ci-dessus, vous vous engagez à régler les coûts pédagogiques de formation.

A savoir, 7240,00 € TTC pour la formation en cursus intégral pour la promotion 2024/2025.

Dans ce cas, une convention sera signée avant votre entrée en formation.

Signer impérativement ci-dessous.

Je soussigné(e),, atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document « fiche de prise en charge financière ».

A :, le :

Signature du candidat :

Document à compléter par les personnes ne percevant aucune rémunération (ni France Travail, ni employeur) et étant sortie du cursus scolaire depuis plus d'un an

ORGANISME GESTIONNAIRE

DEMANDE D'ADMISSION AU BÉNÉFICE DES RÉMUNÉRATIONS DES STAGIAIRES DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE

(Code du travail - 6^e partie)  N°11971*05

CENTRE DE FORMATION ou
PORTEUR DE PROJET visé par l'arrêté
mentionné par l'article 270 de la LF12021

CACHET

À REMPLIR PAR LE STAGIAIRE (Situation à l'entrée en stage) ETAT CIVIL

M Mme

Votre nom de naissance

Votre nom d'épouse ou d'époux (éventuellement)

Votre prénom

Votre date de naissance

à

Votre nationalité Française Union européenne Autre (à préciser)

Votre domicile
habituel
avant le
stage

numéro

rue ou lieu-dit

code postal

commune

Votre adresse électronique

S'il y a eu changement de résidence pour la durée du stage, indiquer la nouvelle adresse :

Votre
nouvelle
adresse

numéro

rue ou lieu-dit

code postal

commune

Votre lieu de résidence pendant le stage est à _____ Km du centre de formation.

VOTRE SITUATION FAMILIALE

• Vous êtes :

célibataire marié(e) en union libre pacsé(e) veuf(ve) séparé(e) divorcé(e)

• Vous avez : enfant(s) dont _____ pour lequel (lesquels) vous assurez actuellement la charge effective et permanente.

RÉGIME DE PROTECTION SOCIALE

Votre numéro de sécurité sociale

Vous êtes affilié(e) :

au régime général à la caisse de : _____ département : _____

au régime d'assurance maladie des exploitants agricoles en tant que : exploitant conjoint
 associé d'exploitation aide familial

au régime des salariés agricoles en tant que : salarié d'exploitation salarié d'organisme agricole

à un autre régime (précisez lequel) :

Vous n'êtes pas affilié(e) à titre personnel (par exemple : ayant-droit)

MODE DE PAIEMENT SOUHAITÉ

virement bancaire autre, à préciser

POUR SUIVRE PAGES SUIVANTES

À REMPLIR PAR LE STAGIAIRE

1 Votre situation à l'entrée du stage

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE NIVEAU DE FORMATION (cochez les cases qui correspondent à votre situation) :

Votre dernière classe suivie :

- Primaire, 6^e, 5^e, 4^e, CPA, CPPN ou CLIPA
- 3^e ou première année de CAP ou BEP
- 2nd, 1^{er} de l'enseignement général ou 2^e année de CAP ou BEP
- Terminale
- 1^{er} ou 2^e année de DEUG, DUT, BTS, école des formations sanitaires et sociales.
- Classes de 2^e ou 3^e cycle de l'enseignement supérieur

Votre diplôme le plus élevé obtenu :

- Aucun diplôme
- Certificat d'étude primaire (CEP)
- Brevet des collèges (BEPC)
- CAP ou BEP
- Baccalauréat général, technologique ou professionnel
- DEUG, DUT, BTS, ou autre diplôme de niveau Bac +2
- Diplôme de niveau Bac +3 ou plus

VOUS ÊTES BÉNÉFICIAIRE DU RSA oui non *si oui, à quel titre :* à titre d'allocataire à titre d'ayant-droit

VOUS AVEZ UN EMPLOI SALARIÉ non oui, à temps plein oui, à temps partiel Nombre d'heures hebdomadaires :

VOUS ÊTES SANS EMPLOI

• Inscrit à Pôle emploi oui depuis le : non

Si oui, depuis combien de temps en continu :

- moins de 6 mois
- 6 à 11 mois
- 12 à 23 mois
- 24 mois et plus

Situation auprès de Pôle emploi

• Vous avez un dossier de demande d'indemnisation en cours auprès de Pôle emploi oui non

• ou Vous n'êtes plus indemnisé(e) par Pôle emploi depuis la date du :
 Vous avez fait l'objet d'une notification de rejet d'indemnisation par Pôle emploi à la date du :

• Vous êtes indemnisé(e) par Pôle emploi au titre de : l'allocation d'aide au retour à l'emploi
 l'allocation de fin de formation
 l'allocation de solidarité spécifique

• Vous n'avez jamais travaillé dans ce cas, reportez-vous directement p.3

2 Activités antérieures

- Vous avez exercé une activité salariée pendant une durée inférieure à 6 mois
- Vous avez exercé une activité salariée pendant 6 mois au cours d'une période de 12 mois ou pendant 12 mois au cours d'une période de 24 mois
- Vous effectuez un stage d'une durée supérieure à un an et vous avez exercé une activité professionnelle durant trois ans ou plus
- Vous êtes un ancien agent du secteur public et vous avez exercé une activité salariée pendant 6 mois au cours d'une période de 12 mois ou pendant 12 mois au cours d'une période de 24 mois

A COMPLÉTER UNIQUEMENT :

**SI VOUS ÊTES TRAVAILLEUR HANDICAPÉ OU SI VOUS AVEZ MOINS DE 26 ANS
 VOTRE PARCOURS PROFESSIONNEL EN FRANCE ET/OU À L'ÉTRANGER**

• Indiquer ci-dessous en partant de la plus récente, vos activités professionnelles salariées, non salariées, de formation ou de chômage précédant l'entrée en stage :

PÉRIODE		VOTRE ACTIVITÉ	NOM DE VOTRE EMPLOYEUR (ou centre de formation / porteur de projet)	ADRESSE DE VOTRE EMPLOYEUR (ou centre de formation / porteur de projet)
du	au			

À REMPLIR PAR LE STAGIAIRE

Rubriques 3, 4, 5, 6 : à ne remplir que si vous êtes concerné(e).

3 Vous êtes à la recherche d'un emploi et appartenez à l'une de ces catégories

- Vous êtes parent d'au moins trois enfants
- Vous êtes veuf(ve), divorcé(e), séparé(e) judiciairement depuis moins de trois ans
- Vous êtes veuf(ve), divorcé(e), séparé(e), abandonné(e), célibataire et vous assumez seul(e) la charge d'au moins un enfant résidant en France
- Vous êtes une femme seule enceinte

4 Vous êtes travailleur non salarié

- agriculteur
- artisans
- profession libérale
- marin-pêcheur
- autre (précisez)

5 Vous êtes travailleur handicapé

- oui
- non

- Vous percevrez durant le stage des indemnités journalières pour maladie versées par la CPAM
- Vous avez été victime d'un accident du travail (autre qu'un accident de trajet, ou d'une maladie professionnelle) et votre contrat de travail est suspendu

6 Autre situation

- Vous bénéficiez de l'aide aux agriculteurs en difficulté
- Vous êtes demandeur d'asile de plus de 6 mois ou réfugié ou bénéficiaire d'une protection subsidiaire
- Vous êtes dans une autre situation (précisez) :

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je déclare sur l'honneur que :

- Les renseignements fournis à l'appui de la présente demande sont sincères et véritables. Par ailleurs, je suis informé(e) des dispositions de l'article 441-7 du code pénal qui prévoit « [...] qu'est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende le fait : 1° D'établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts ; 2° De falsifier une attestation ou un certificat originairement sincère ; 3° De faire usage d'une attestation ou d'un certificat inexact ou falsifié. Les peines sont portées à trois ans d'emprisonnement et à 45 000 euros d'amende lorsque l'infraction est commise en vue de porter préjudice au Trésor public ou au patrimoine d'autrui ».
- J'ai été averti(e) que je devrai rembourser tout ou partie des sommes perçues en cas d'abandon de la formation sans motif légitime ou en cas d'exclusion pour faute lourde.
- Je n'ai pas déposé de demande de rémunération pour ce stage auprès d'un autre organisme payeur ou auprès de Pôle emploi, je renonce le cas échéant, à solliciter de l'allocation d'aide au retour à l'emploi - formation.
- J'ai effectué un stage de formation rémunéré par : l'Etat un Conseil régional
 Pôle emploi
 l'Agence de services et de paiement
 Autres (Docaposte...)

du _____ au _____ au centre de _____
ayant pour objet _____

Fait le _____ 20____

La loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique à cette demande. Elle vous donne droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant. Ce traitement de données à caractère personnel est effectué par l'organisme ou l'institution qui finance votre action afin de permettre le versement, le suivi et le contrôle de votre rémunération. Il répond à une mission d'intérêt public. Toutes les informations demandées sont obligatoires pour le versement de la rémunération. Conformément au RGPD, vous disposez d'un droit d'accès, d'opposition et de rectification des données vous concernant ainsi que de limitation du traitement. En cas d'opposition au traitement, votre rémunération ne sera plus versée. Pour plus d'informations sur le traitement de vos données et sur vos droits, veuillez consulter la mention jointe.

Signature du stagiaire

RS1XXX-0125-11971*05

0125 05 21

RS 1

3

RÉSERVÉ AU CENTRE DE FORMATION OU PORTEUR DE PROJET
visé par l'arrêté mentionné par l'article 270 de la Loi de finances 2021

Agrément Etat Agrément Conseil Régional Autre

N° d'agrément ou de convention :

Intitulé du stage ou cycle

(doit correspondre à celui qui a fait l'objet de l'agrément de rémunération)

Spécialité de la formation (NSF)

spécialité code fonction

Nomenclature consultable à l'adresse suivante : <https://formacode.centre-info.fr/consultation-.html>

Adresse électronique du centre

Code postal et commune du lieu de formation

Date d'ouverture

Date de fin prévue

Durée totale du stage
pour le stagiaire (en heures)
dont en entreprise

Stagiaire entré le

Date de sortie prévue

Durée hebdomadaire
(en heures)

Objectif du stage : reportez-vous à la notice explicative (cochez la case concernée)

- certification
- professionnalisation
- préparation à la qualification
- remise à niveau, maîtrise des savoirs de base, initiation
- (re) mobilisation, aide à l'élaboration de projet professionnel
- perfectionnement / élargissement des compétences
- création d'entreprise
- situations visées par l'arrêté prévu par l'article 270 de la LFI 2021

Si le stage vise une certification ou une professionnalisation, niveau de la qualification préparée

- niveau CAP - BEP (niveau 3)
- niveau Baccalauréat (niveau 4)
- niveau DEUG, DUT, BTS (niveau 5)
- niveau licence et supérieur (niveau 6)

Le directeur du centre certifie que cette demande est comprise dans les limites de l'effectif agréé au titre de la rémunération et que les mentions portées par son établissement sur le présent imprimé sont exactes.

Fait le 20

Signature du directeur du centre de formation
ou de la personne dûment habilitée

CACHET DU CENTRE OU PORTEUR
visé par l'arrêté mentionné par l'article 270 de la Loi de finances 2021

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Accord Décision de rémunération n°

à compter du Montant

€ base mensuelle visa

à compter du Montant

€ base horaire

Indemnité transport-hébergement : €

Codification

Rejet (motif à notifier)

NOTICE EXPLICATIVE À L'ATTENTION DU STAGIAIRE

1. Cochez les cases correspondant à votre situation

2. Remettez à votre centre de formation le présent formulaire accompagné des pièces justificatives suivantes :

• ÉTAT CIVIL

Si vous êtes de nationalité française :

- Copie de votre carte nationale d'identité en cours de validité
 Ou copie de votre passeport en cours de validité
 Ou à défaut un certificat de nationalité

Si vous êtes de nationalité étrangère :

- Titre de séjour permettant l'accès aux stages de formation professionnelle (renseignez-vous auprès de votre centre de formation)

Si vous êtes mineur non émancipé :

- Autorisation parentale sur le modèle que vous remettra votre centre de formation

• PAIEMENT

- Relevé d'identité bancaire/IBAN à votre nom

• PARCOURS PROFESSIONNEL

Si vous avez déjà travaillé et êtes reconnu travailleur handicapé :

- Dernier(s) certificat(s) de travail

Si vous avez déjà travaillé et avez moins de 26 ans :

- Bulletins de salaires pour 6 ou 12 mois

Si vous avez déjà effectué un stage rémunéré au titre de la 6^e partie du Code du travail

- Décision Etat, Conseil régional, Pôle emploi ou Agence de services et de paiement, Autres

• SITUATION FAMILIALE

Si vous appartenez à l'une des catégories mentionnées au paragraphe « Publics particuliers » :

- Attestation du prescripteur ou photocopie du livret de famille
 Attestation du prescripteur ou éventuellement copie de l'ordonnance de séparation, du jugement de divorce ou attestation de la CAF (cas des parents isolés)
 Attestation du prescripteur ou éventuellement certificat de grossesse et attestation de la CAF justifiant de votre situation

• SI VOUS ÊTES RECONNU TRAVAILLEUR HANDICAPÉ

- Attestation du prescripteur ou décision de la CDAPH
 Éventuellement, attestation de la CPAM mentionnant le montant des indemnités journalières que vous percevrez durant votre stage
 Dernier(s) certificat(s) de travail et bulletins de paie pour 6 ou 12 mois permettant le calcul de votre rémunération

• PROTECTION SOCIALE

- Copie de votre attestation d'assuré social

• Demandeur d'emploi

- Notification de rejet de France Travail de moins d'un mois

POUR TOUTE QUESTION RELATIVE AU TRAITEMENT DE VOTRE DOSSIER,
VOUS DEVEZ VOUS ADRESSER EN PRIORITÉ À VOTRE CENTRE DE FORMATION

NOTICE EXPLICATIVE À L'ATTENTION DE L'ORGANISME DE FORMATION ou PORTEUR DE PROJET visé par l'arrêté mentionné par l'article 270 de la Loi de finances 2021

(Cf page 4 du formulaire : partie réservée au Centre de formation ou Porteur de projet)

SPÉCIALISATION DE LA FORMATION : la nomenclature des spécialités de formation (NSF) est consultable sur internet :
<https://formacode.centre-info.fr/-consultation-.html>

OBJECTIF GÉNÉRAL DE LA FORMATION :

Dans le cadre de cette nomenclature, la notion de formation qualifiante regroupe ces deux dernières notions : formation certifiante ou professionnalisante.

1. Certification

Cette catégorie comprend l'ensemble des formations sanctionnées par le passage d'une certification (diplôme, titre, certificat de qualification professionnelle). Les certifications regroupent l'ensemble des diplômes généraux de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur (diplômes nationaux, diplômes des Universités) ainsi que l'ensemble des certifications professionnelles inscrites au Répertoire National des Certifications Professionnelles (RNCP).

2. Professionnalisation

Les objectifs des formations professionnalisantes sont très proches de ceux des formations certifiantes professionnelles, mais elles ne donnent lieu à aucun diplôme, titre ou certificat inscrit au RNCP. Comme les formations certifiantes professionnelles, ces formations visent à enseigner les techniques et connaissances propres à rendre un individu opérationnel dans un métier (ou plus généralement sur un type de poste de travail).

Attention à ne pas confondre avec les formations de perfectionnement, qui visent à approfondir les compétences de publics déjà opérationnels dans un métier ou un poste donné.

3. Préparation à la qualification

Cette catégorie comprend les formations qui préparent à l'entrée dans toute formation qualifiante (i.e. certifiante ou professionnalisante), quel que soit son niveau. On y inclut bien sûr les formations de pré-qualification pour les jeunes (des Conseils Régionaux) par exemple. Les formations de préparation aux concours sont donc incluses dans cette catégorie.

4. Remise à niveau, maîtrise des savoirs de base, initiation

Il s'agit là de stages de remise à niveau ou d'initiation à des compétences ou techniques transversales à une large gamme de métiers. Il peut s'agir de remise à niveau dans les disciplines générales (français, lutte contre l'illettrisme, mathématiques de base), mais également d'initiation aux langues, d'initiation aux logiciels courants de bureautique (EXCEL, WORD, POWERPOINT et équivalents) ou d'initiation à Internet (messagerie et navigation).

5. (Re)mobilisation, aide à l'élaboration de projet professionnel

Cette catégorie rassemble l'ensemble des stages visant à analyser les perspectives d'orientation des stagiaires en tenant compte de leurs motivations, de leurs capacités professionnelles, ainsi que des difficultés sociales qu'ils ont éventuellement rencontrées. Ils peuvent intégrer un travail sur les savoirs de base ou des modules de familiarisation avec le milieu de l'entreprise.

Ces stages ne se confondent pas avec les stages de préparation à la qualification qui s'inscrivent quant à eux dans un métier défini et constituent une étape avant d'entreprendre un stage certifiant ou professionnalisant.

6. Perfectionnement, élargissement des compétences

Les formations de cette catégorie s'adressent à un public de personnes déjà opérationnelles dans leur activité professionnelle occupée ou recherchée, mais qui désirent approfondir leurs compétences ou acquérir des compétences supplémentaires. Ils favorisent l'adaptation des salariés à leur poste de travail, l'évolution ou le maintien dans leur emploi. Dans le cas particulier du perfectionnement, ces formations supposent explicitement des pré-requis (qualification ou expérience professionnelle).

Exemple : Cette catégorie comprend les stages de niveau avancé de langue, de bureautique et d'utilisation des outils Internet. Elle comprend aussi les stages de développement personnel pour les salariés.

7. Création d'entreprise

8. Situations visées par l'arrêté prévu par l'article 270 de la Loi de finance 2021

1° les parcours au titre des projets sélectionnés dans le cadre de l'appel à projet « Prépa-apprentissage » ;

2° les parcours au titre des projets sélectionnés dans le cadre de l'appel à projet « 100% inclusion » ;

3° les parcours au titre des projets sélectionnés dans le cadre de l'appel à projet « Insertion professionnelle des réfugiés » ;

4° les parcours au titre du dispositif « Prépa-Compétences ».

Les stages ouvrant le bénéfice de l'affiliation à un régime de sécurité sociale aux jeunes de moins de trente ans sont les parcours au titre du dispositif « Promo 16-18 »).

RÈGLE IMPORTANTE DE CODAGE :

Certains stages peuvent cumuler plusieurs objectifs différents : les items 6 et 7 peuvent être compatibles avec les items 1, 2 ou 3. Un stage certifiant peut par exemple relever aussi du perfectionnement. Lorsque ce sera possible, on admettra donc plusieurs codages. Néanmoins, les applications informatiques ne sont pas toujours compatibles avec une double codification. Il est donc nécessaire d'instaurer une priorité de codage.

A ce titre, si un stage répond à plusieurs objectifs, l'item 1, 2 ou 3 sera privilégié.