



GHR
Mulhouse Sud-Alsace

Qualiopi
processus certifié
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

La Région
Grand Est

La certification qualité a été délivrée au titre des catégories d'actions suivantes :
Actions de formation
Actions permettant de faire valider les acquis de l'expérience

Mulhouse, le 15 juin 2023

Madame, Monsieur,

Nous vous adressons toutes nos félicitations pour votre réussite pour l'accès à la formation en psychomotricité et nous aurons plaisir de vous accueillir à l'institut le **jeudi 31 août 2023 à 09h00**. Veuillez noter que votre présence est obligatoire.

Vous trouverez ci-joint le dossier administratif à renseigner, des informations pour les étudiants boursiers, le dossier médical à constituer, ainsi que des informations pratiques

Au préalable, vous devez impérativement régler la contribution à la vie étudiante (CROUS) en vous connectant et en créant un compte sur le site <https://www.messervices.etudiant.gouv.fr> . Vous pouvez vous référer à la notice d'information ci jointe.

Vous devez aussi vous acquitter des cotisations pour l'année scolaire 2023/2024 (cf page 15)

Par ailleurs, il vous est demandé de créer une adresse gmail pour vos échanges avec l'institut : nom.prénom@gmail.com ou nom.prénom.annéenaissance@gmail.com

L'ensemble des documents seront à renvoyer à l'adresse suivante :

IFMR Sud Alsace – Formation en Psychomotricité
2 rue du Dr Léon Mangeney
68070 MULHOUSE Cedex

N'hésitez pas à nous contacter si vous avez besoin d'informations complémentaires au 03.89.64.82.83.

En attendant de faire votre connaissance, je vous adresse mes meilleures salutations.

Mme MONNET

Directrice des soins, directrice de l'IFMR

Institut de Formation des Métiers
de la Rééducation Sud Alsace
IFMR
2 rue Dr Léon Mangeney - BP 1370
68070 MULHOUSE CEDEX
03.89.64.82.42

Projet de Loi « Orientation et réussite des Etudiants »

Vous devez vous acquitter de la contribution à la vie étudiante (CROUS) qui s'élève à **100€ (montant 2023-2024)**. Tout étudiant est concerné, peu importe son âge ou son niveau d'études.

Cette contribution doit être réglée **obligatoirement** avant votre inscription administrative en vous connectant et en créant un compte sur le site <https://www.messervices.etudiant.gouv.fr>

Pour vous acquitter de la CVEC et obtenir votre attestation, rendez-vous sur <https://cvec.etudiant.gouv.fr/>, et cliquez sur « Obtenir mon attestation ». Vous trouverez les modalités de paiement.

Un mail vous sera ensuite adressé vous invitant à télécharger votre attestation d'acquiescement **à joindre obligatoirement à l'inscription administrative.**

Pour les étudiants concernés, une demande d'exonération se fait sur le site de la CVEC.

Institut de Formation des Métiers de la Rééducation Sud Alsace	DOSSIER ADMINISTRATIF
--	------------------------------

L'ensemble des pièces sont à fournir pour le 11 août 2023

Vous trouverez dans le dossier administratif différents documents à compléter et pièces à nous transmettre :

- Une fiche d'inscription à compléter
- Deux photographies d'identité qui devront être découpées et où vous inscrirez au verso vos nom et prénom.
- Un dossier de candidature à compléter
- Un dossier apprenant secteur sanitaire. Les informations figurant dans le dossier sont destinées à la Région Grand Est et sont à renseigner obligatoirement. Les dossiers doivent nous parvenir dument complétés et accompagnés de l'ensemble des justificatifs.
- Une photocopie de l'attestation d'assurance en responsabilité civile et risques professionnels.
- L'acquittement des cotisations pour l'année scolaire 2023/2024 d'un montant de 1539.78 € par chèque établi à l'ordre de la Trésorerie du GHR Mulhouse Sud-Alsace ou par carte bleue sur l'institut lors du dépôt de dossier.

Information sur les bourses

L'inscription sur le site <http://boursesanitaireetsociale.grandest.fr/> est possible dès le 1^{er} juillet 2023. Soyez vigilant sur les délais car le site sera clôturé 30 jours après la date de la rentrée scolaire et le RIB transmis doit daté de moins de deux mois. L'avis d'imposition à produire est celui de l'année 2022 sur les revenus 2021 et le code établissement est **IIFP2019**.

Seul les frais de scolarité (frais d'inscription) peuvent donner lieu à remboursement total ou partiel en fonction du niveau de la bourse.

Pour les candidats inscrits au Pôle Emploi : se renseigner auprès de votre conseiller

DOSSIER ADMINISTRATIF : FICHE D'INSCRIPTION

<p>Mme - Mr <i>(rayer les mentions inutiles)</i></p> <p>NOM PATRONYMIQUE :</p> <p>PRENOMS :</p> <p>NOM D'EPOUSE :</p> <p>SITUATION DE FAMILLE : Célibataire Marié(e) Pacsé(e)</p> <p>NATIONALITE : Française</p> <p>DATE DE NAISSANCE :</p> <p>LIEU DE NAISSANCE :</p> <p>DEPARTEMENT : N° :</p> <p>PAYS :</p> <hr/> <p>ADRESSE DE L'ETUDIANT :</p> <p><i>(durant sa scolarité)</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>TELEPHONE FIXE ET MOBILE :</p> <p>COURRIEL :</p> <hr/> <p>SECURITE SOCIALE N° :</p> <p><i>(rayer les mentions inutiles)</i></p> <p>Etes-vous personnellement inscrit à la S.S. ? OUI NON</p> <p>Etes-vous assuré à titre d'ayant droit ? OUI NON</p> <p>si oui par qui ? Parent Conjoint Autre</p> <p>Contribution à la vie étudiante faite le.....</p> <hr/> <p>BOURSE D'ETUDES :</p> <p>Demande de bourse régionale : OUI NON</p>	<p>ETUDES ANTERIEURES: BAC Série : Obtenu en :</p> <p>Etudes et diplômes après l'obtention du bac :</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 40%; text-align: center;">ANNEE :</th> <th style="width: 50%; text-align: center;">LYCEE / UNIVERSITE :</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table> <p>Pour les étudiants ayant exercé une activité professionnelle, veuillez préciser l'année et la nature de l'emploi et le statut (CDI – CDD – ...)</p> <hr/> <p>RENSEIGNEMENTS DIVERS : (à compléter lisiblement)</p> <p>Nom, prénom du <u>père</u> :</p> <p>Profession du père :</p> <p>N° téléphone professionnel :</p> <p>Nom, prénom de la <u>mère</u> :</p> <p>Profession de la mère :</p> <p>N° téléphone professionnel :</p> <p>.....</p> <p>Adresse parentale :</p> <p>.....</p> <p>Téléphone :</p> <hr/> <p>OBSERVATIONS : (cadre réservé à l'administration)</p> <p>ADMIS EN : PM1 à MULHOUSE</p> <p style="text-align: center;">1ère ANNEE : 31 AOUT 2023</p>		ANNEE :	LYCEE / UNIVERSITE :	1.....	2.....
	ANNEE :	LYCEE / UNIVERSITE :								
1.....								
2.....								

DOSSIER ADMINISTRATIF : DOSSIER DE CANDIDATURE



GHR

Association Française des Généralistes Hospitaliers

DOSSIER DE CANDIDATURE

PHOTO

ETAT CIVIL

Nom : Prénom :
Nom de jeune fille : Nationalité :
Né(e) le : à (commune) : Département ou Pays :

- Carte d'identité Passeport
 Titre de séjour (pour les étrangers)

N° :

Date :

Délivré par :

Célibataire		Divorcé(e)	*
Marié(e)	*	Remarié(e)	*
Veuf(veuve)	*	Vie maritale	*

* date à préciser

ADRESSE

N° : Rue :
Code Postal : Commune :
Téléphone :

NUMERO D'AFFILIATION CPAM

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ENFANTS

NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	SEXE	OBSERVATIONS

ETUDES ET DIPLOMES

DIPLOME OBTENU	SPECIALITE	DATE	ECOLE OU INSTITUT DE FORMATION

LANGUES ETRANGERES				CONNAISSANCES PARTICULIERES								
	DEGRE DE CONNAISSANCE			Permis de conduire	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Catégories	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> CCA
	LU	PARLE	ECRIT									
1.				Permis cariste	<input type="checkbox"/>							
2.												
3.												
4.												

Souhaitez-vous faire partie du fichier des interprètes ? :
 oui non

SERVICE NATIONAL

Effectué : oui non

Période : du au

EMPLOIS PRÉCÉDENTS

EMPLOYEUR	EMPLOI OCCUPE	PERIODE (du ...au ...)

CONJOINT OU CONCUBIN

Nom : Prénom :

Né(e) le : à :

Profession :

Employeur :

Je soussigné(e) certifie que tous les renseignements ci-dessus sont exacts.

Fait à Mulhouse, le Signature :

*Certaines des informations recueillies feront l'objet d'un traitement statistique anonyme comme à l'occasion de l'élaboration du Bilan Social.
 La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous garantit un droit d'accès et de rectification sur
 l'ensemble des données enregistrées vous concernant.*

DOSSIER APPRENANT SECTEUR SANITAIRE

Les informations figurant dans le présent dossier sont destinées à la Région Grand Est et sont à renseigner par l'ensemble des apprenants admis en formation à la rentrée 2023/2024.


La Région participe au financement du fonctionnement des instituts de formations sanitaires en fonction des places agréées et financées.


Ne bénéficient de la gratuité du coût pédagogique de leur formation que les apprenants qui remplissent les conditions d'éligibilité fixées par la Région.


Ces conditions sont rappelées dans les fiches récapitulatives "Conditions générales et conditions spécifiques de prise en charge des formations sanitaires et sociales" qui sont téléchargeables sur le site institutionnel de la Région Grand Est via le lien suivant :

<http://www.grandest.fr/actions/formations-sanitaires-sociales/>

Le dossier APPRENANT comporte 3 fiches à renseigner selon le code couleur suivant :

Renseignements à remplir par l'apprenant 

Renseignements à remplir par l'institut 

Renseignements à remplir par Pôle Emploi 

Fiche 1 Fiche de renseignements - Situation de l'apprenant : à remplir par tout apprenant

Fiche 2 Attestation sur l'honneur : à remplir par tout apprenant

Fiche 3 Attestation de Pôle Emploi : à remplir par tout apprenant ayant le profil de demandeur d'emploi

Ces documents sont à remettre à l'institut de formation, dûment complétés et accompagnés de l'ensemble des justificatifs demandés, impérativement avant le démarrage de la formation.

Tout dossier mal renseigné ou incomplet sera rejeté par l'Institut ; et de ce fait, les frais de formation resteront à la charge de l'apprenant.

Toute fausse déclaration est passible de peines et d'amendes prévues par les articles 441-1, 441-6 et 441-7 du code

Les données personnelles recueillies sont exclusivement collectées pour un usage interne à la Région et sont destinées à la vérification du respect des critères d'éligibilité de la prise en charge du coût des formations.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les apprenants disposent d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données les concernant.

Pour l'exercer, ils s'adressent à : REGION GRAND EST - 1 place Adrien Zeller - BP 91006 - 67070 STRASBOURG Cedex -

Tél : 03 88 15 68 67 – info.lib@grandest.fr

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS - SITUATION DE
L'APPRENANT**

IDENTITE DE L'APPRENANT

Civilité :

Nom de naissance : Nom d'usage (marital) :

Prénoms :

Adresse postale :

CP : Ville :

Etat civil : (cochez la case correspondant à votre situation)

Célibataire Veuf(ve)
 Marié(e)/Pacsé(e) Divorcé(e)
 Vie maritale

Date de naissance :

Téléphone :

Personne reconnue travailleur handicapé (O/N) ?

Adresse électronique :

Statut avant l'entrée en formation : (cochez la case correspondant à votre situation)

Etudiant(e) en poursuite d'études Salarié(e)
 Demandeur d'emploi Autres

Frais de formation pris en charge par : (cochez la case correspondant à votre situation)

Région Grand Est y compris mesure dérogatoire OPCO, ANFH ...
 Pôle Emploi Employeur
 A titre personnel Autres (par exemple CPF/DIF) :

Coordonnées de l'organisme finançant les frais de formation :
(sauf si REGION GRAND EST)

Rémunération et autres aides dont je bénéficie ou suis susceptible de bénéficier durant la formation : (cochez la case correspondant à votre situation)

Bourse de la Région Contrat en alternance (apprentissage, contrat professionnalisation)
 Indemnités de chômage (ARE, ASS, RFF, ASR,...) Allocations d'études
 Minima sociaux et autres allocations (RSA,...) Autres types d'aides publiques (LADOM...)
 Promotion professionnelle hospitalière Aucune aide financière
 Plan de formation de l'employeur Autre(s) prise(s) en charge
 Transition Pro (ex CIF)

Coordonnées de l'organisme finançant ou sollicité pour financer
la rémunération et/ou d'autres aides (sauf si REGION GRAND

SITUATION DE L'APPRENANT AVANT L'ENTREE EN FORMATION

Pièces à produire à l'institut quel que soit le profil de l'apprenant :

- curriculum vitae actualisé récapitulant les antécédents professionnels depuis la sortie du système scolaire
- copie du dernier diplôme

PARCOURS SCOLAIRES

Dernier diplôme obtenu (niveau le plus élevé) :

Année d'obtention	Intitulé du diplôme	Spécialité/discipline/série

Date de sortie de formation initiale (études) :

Année scolaire	Cursus de formation	Etablissement

ANTECEDENTS PROFESSIONNELS

Dernier emploi exercé avant l'entrée en formation (employeur principal en cas de cumul d'activités) :

Date d'embauche	Employeur et lieu de travail	Emploi occupé	Type de contrat	Temps de travail	Motif de fin ou de rupture de contrat	Date de fin ou de rupture de contrat

Situation au regard des derniers emplois occupés durant la période de référence :

- pour AS-AP : 6 mois avant l'entrée en formation de l'année de réussite à la sélection et le démarrage effectif de la formation
- pour AMBULANCIER : entre la date de clôture des inscriptions aux épreuves de sélection et le démarrage de la formation
- pour les niveaux post-bac quelles que soient les modalités de sélection : entre le 6 avril 2023 et le démarrage effectif de la formation

soit : du : 6 avril 2023 au : 4 septembre 2023

Date d'embauche	Employeur et lieu de travail	Emploi occupé	Type de contrat	Temps de travail	Motif de fin ou de rupture de contrat	Date de fin ou de rupture de contrat

Toute fausse déclaration est passible de peines et d'amendes prévues par les articles 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal.

Je certifie exact les renseignements fournis.

Fait à : [Signature]

Le : [Signature]

Signature de l'apprenant ou du responsable légal

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) : _____ déclare avoir pris connaissance :

- du coût de la formation :

Tarif applicable par année ou par session de formation : _____

Autres frais à charge de l'apprenant : _____

- des conditions de prise en charge fixées par la Région Grand Est (voir fiches synthétiques relatives aux conditions générales et aux conditions spécifiques de prise en charge des formations sanitaires)

- et j'atteste :

remplir les conditions pour bénéficier d'une prise en charge régionale en tant que :

Jeune de -26 ans en poursuite d'études (certificat de scolarité 2021/2022 ou 2022/2023)

Demandeur d'emploi non démissionnaire durant la période de référence :

- pour AS-AP : 6 mois avant l'entrée en formation de l'année de réussite à la sélection et le démarrage effectif de la formation

- pour AMBULANCIER : entre la date de clôture des inscriptions aux épreuves de sélection et le démarrage de la formation

- pour les niveaux post-bac quelles que soient les modalités de sélection : entre le **6 avril 2023** et le démarrage effectif de la formation

Salarié(e) bénéficiant d'un financement à titre dérogatoire

Salarié(e) en situation précaire dont le contrat de travail est inférieur à 18 heures par semaine ou 78 heures par mois dans les 9 mois avant l'entrée en formation

Salarié(e) en tant que Vendeur à Domicile Indépendant (VDI) ou auto-entrepreneur dont le salaire moyen dans les 6 mois avant l'entrée en formation n'excède pas 610 € par mois

financer la formation à titre personnel étant donné que je ne remplis pas les conditions d'éligibilité fixées par la Région

bénéficier de la prise en charge du coût pédagogique par le biais d'un dispositif de formation professionnelle continue (Transition Pro, CFP, OPCO, ANFH, Pôle Emploi, plan de formation employeur...)

intégrale

partielle et m'engage à financer le reste à charge à titre personnel

Coordonnées du financeur : _____

Je m'engage à :

- signaler au plus tôt tout changement de situation qui serait susceptible de remettre en cause ou d'impacter le financement de la Région Grand Est ;
- m'acquitter des frais à titre personnel en cas d'omission ou d'erreur dans la présente déclaration, de non production des pièces demandées par l'institut de
- remettre toute pièce demandée par la Région en cas de contrôle ;
- être assidu durant toute la formation et respecter le règlement intérieur de l'institut de formation.

Toute fausse déclaration est passible de peines et d'amendes prévues par les articles 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal.

Je certifie exact les renseignements fournis.

Fait à : _____

Le : _____

Signature de l'apprenant ou du responsable légal

FORMATIONS SANITAIRES

Document à renseigner pour toutes les personnes inscrites comme demandeur d'emploi

IDENTITE DE L'APPRENANT

Nom de naissance et/ou nom d'usage :

Prénoms :

Date de naissance :

PROJET DE FORMATION

Etablissement de formation :

Formation suivie :

Lieu de formation :

Année scolaire ou universitaire :

Année de réussite aux sélections :

Date de la rentrée :

Période de référence :

IFMR Sud Alsace

Formation en Psychomotricité

68100 MULHOUSE

2023/2024

2023

31/08/2023

du : 6 avril 2023

au : 4 septembre 2023

ANTECEDENTS PROFESSIONNELS

Situation au regard des derniers emplois occupés durant la période de référence :

- pour AS-AP : 6 mois avant l'entrée en formation de l'année de réussite à la sélection et le démarrage effectif de la formation
- pour AMBULANCIER : entre la date de clôture des inscriptions aux épreuves de sélection et le démarrage de la formation
- pour les niveaux post-bac quelle que soient les modalités de sélection : entre le 6 avril 2023 et le démarrage effectif de la formation

soit :

du : 6 avril 2023

au : 4 septembre 2023

Date d'embauche	Employeur	Lieu de travail	Emploi occupé	Type de contrat	Temps de travail	Motif de fin ou de rupture de contrat	Date de fin ou de rupture de contrat

INSCRIPTION A POLE EMPLOI

N° d'identifiant Pôle Emploi :

Agence d'inscription Pôle Emploi référente :

Suivi assuré par une Mission Locale ou un PAIO (O/N) ?

Dans l'affirmative, quelle structure ?

Date de dernière inscription ou réactualisation en tant que demandeur d'emploi :

Si vous percevez une allocation de Pôle Emploi, depuis quand ?

Le changement de situation lié à l'entrée en formation doit être signalé à Pôle Emploi dans le mois qui précède la rentrée.

Je soussigné(e) :

- atteste remplir les critères d'éligibilité fixés par la Région Grand Est - tels que rappelés dans les fiches récapitulatives "Conditions générales et conditions spécifiques de prise en charge des formations sanitaires",
- déclare avoir cessé toute activité professionnelle salariée ou non salariée et ne plus être lié contractuellement à un employeur (sauf en cas d'activité réduite si la quotité de travail n'excède pas 18h/semaine ou 78h/mois dans les 9 mois avant l'entrée en formation ,
- et ne pas être placé(e) soit en disponibilité de la fonction publique, soit en congé (congé de formation, congé sabbatique, congé parental...).

J'autorise Pôle Emploi à transmettre les informations ci-après à la Région.

Toute fausse déclaration est passible de peines et d'amendes prévues par les articles 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal.

Fait à :

Le :

Signature de l'apprenant ou du responsable légal

PARTIE A RENSEIGNER PAR POLE EMPLOI

Attestation à remplir dans le mois précédent l'entrée en formation

Pôle Emploi atteste que :

- l'apprenant est inscrit en tant que demandeur d'emploi :

depuis le :

est inscrit en catégorie :

depuis le :

dernier jour d'actualisation :

justifie d'une activité déclarée à cette date (O/N) :

- l'apprenant justifie du statut suivant, au cours de la période de référence (voir dates précises au verso) :

non démissionnaire

démissionnaire pour motifs légitimes reconnus **exclusivement** par la Région Grand Est soit : rupture d'un contrat aidé, emploi avenir ou service civique... - pour cause de non paiement des salaires - pour suivre le conjoint suite à mutation ou mariage - pour suivre son enfant handicapé admis dans une structure d'accueil - pour cause de violences conjugales - pour cause d'actes délictueux dans le cadre du contrat de travail

non renouvellement de CDD

autre motif de rupture *

*Motif de fin ou de rupture de contrat - choisir parmi les options suivantes : Convention de Reclassement Personnalisé (CRP), démission, démission contrat 18 h/semaine au maximum, licenciement, rupture conventionnelle/amicable, fin de contrat, dispositif démission-reconversion

Date de la rupture :

non défini, Pôle Emploi n'étant pas en mesure de vérifier la situation de l'apprenant et d'attester de son statut au regard des critères fixés par la Région Grand Est

- son projet de formation professionnelle a fait l'objet d'une validation auprès d'un conseiller de Pôle Emploi.

L'apprenant justifie-t-il de droits ouverts au titre de l'ARE (O/N) ?

Nom du signataire :
Prénom :
Qualité :
Agence :
Lieu :
Date :

Signature et cachet de Pôle Emploi

COTISATIONS
ANNEE SCOLAIRE 2023/2024
1^{ère} ANNEE

Nom et Prénom :

COTISATIONS OBLIGATOIRES POUR LES ETUDIANTS EN FORMATION INITIALE

- Frais de scolarité (frais d'inscription)	1316,00 €	<input type="checkbox"/>
- Frais de formation	170,00 €	<input type="checkbox"/>
- Carte badge	53,78 €	<input type="checkbox"/>

	1539,78 €	<input type="checkbox"/>

TOTAL : 1539,78 €

Le versement des frais de scolarité doit se faire obligatoirement par chèque à l'ordre de la Trésorerie du Groupe Hospitalier de la Région de Mulhouse et Sud Alsace (1316€)
Les frais de formation et carte badge peuvent s'acquitter soit par chèque soit par carte bleue à l'institut lors du dépôt de dossier (223.78€)

Déposé le _____

Payé par chèque de _____ € (sous réserve d'encaissement) en date du _____

Payé par CB de _____ € en date du _____

Cachet de la Régie de Recette :

Les étudiants, sans prise en charge régionale, en formation continue doivent se mettre en lien avec l'institut pour l'édition d'un devis.

Etudiant(e) en 1^{ère} année de psychomotricité

L'ensemble des pièces seront à fournir directement au médecin référent de scolarité lors de votre consultation médicale de rentrée le 31/08/2023

NOM : Prénom :
(En Majuscule)

Née le/...../.....

Domiciliée à

LISTE DES MEDECINS GÉNÉRALISTES AGREES PAR REGION

Région Grand Est

<https://www.grand-est.ars.sante.fr/annuaires-des-professionnels-et-etablissements>

Région Bourgogne- Franche Comté

<https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/medecins-agrees-12>

Pour toutes autres régions, référez vous à l'ARS correspondante.

DOSSIER MEDICAL

Pièces à fournir

Vous trouverez ci-dessous différents documents à compléter et pièces à nous transmettre.

Nous attirons votre attention sur le fait que votre admission définitive est soumise à la production de ces certificats.

Un certificat médical émanant d'un médecin agréé par les Agences Régionales de Santé

La consultation chez le médecin agréé n'ouvre pas droit un remboursement Sécurité Sociale.

Une attestation médicale : document ARS -IFMR

Une copie du carnet de vaccinations : les copies doivent être nominatives

Le carnet de vaccination est à vous doter pour la rentrée scolaire.

En cas de contre-indication temporaire ou définitive à l'une des vaccinations indiquées ci-dessus, il appartient au Médecin Inspecteur Régional de la Santé ou son représentant Médecin Inspecteur de la Santé d'apprécier la suite à donner à l'admission des candidats.

Certificat médical

A compléter par le médecin agréé

En référence à l'Arrêté du 17 janvier 2020 relatif à l'admission dans les instituts préparant aux diplômes d'Etat de pédicure podologue, d'ergothérapeute, de psychomotricien, de manipulateur d'électroradiologie médicale et de technicien de laboratoire médical et portant dispositions diverses, article 11 : « 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. [...];

Délivré par un médecin agréé par une Agence Régionale de Santé

Je soussigné, Docteur Médecin agréé
(NOM - Prénom en majuscules)

atteste que **Madame - Monsieur**

NOM : Prénom :
(En Majuscule)

Née le/...../.....

Domiciliée à

Ne présente aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession de psychomotricien.

A Le.....

Cachet et signature du Médecin :



Département des
Ressources Humaines en
Santé DRHS/PNM
P-002

V7-03/2021

Attestation médicale à compléter par votre médecin traitant

Institut de Formation des
Métiers de la Rééducation
Sud Alsace

CETTE ATTESTATION EST A REMPLIR PAR VOTRE MEDECIN TRAITANT ET A REMETTRE AU MEDECIN REFERENT LORS DE LA VISITE MEDICALE DE RENTREE LE 31 août 2023

Compléter impérativement les dates en précisant JJ/MM/AA

En référence à l'Arrêté du 17 janvier 2020 relatif à l'admission dans les instituts préparant aux diplômes d'Etat de pédicure podologue, d'ergothérapeute, de psychomotricien, de manipulateur d'électroradiologie médicale et de technicien de laboratoire médical et portant dispositions diverses, article 11 : « *L'admission définitive est subordonnée : [...]*

2° A la production, au plus tard le jour de la première entrée en stage, d'un certificat médical attestant que le candidat remplit les obligations d'immunisation et de vaccination prévues, le cas échéant, par les dispositions du titre 1er du livre 1er de la troisième partie législative du code de la santé publique. »

En référence à l'arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L. 3111-4 du code de la santé publique

DIPHTERIE-TETANOS-POLIO-COQUELUCHE - Obligatoire

1 ^{ère} injection le : /.... /.....	1 ^{er} Rappel : /.... /.....	Age:
2 ^{ème} injection le : /.... /.....	2 ^{ème} Rappel : /.... /.....	Age:
3 ^{ème} injection le : /.... /.....	3 ^{ème} Rappel : /.... /.....	Age:
		4 ^{ème} Rappel : /.... /.....	Age:
		5 ^{ème} Rappel : /.... /.....	Age:

HEPATITE B- Obligatoire

La **vérification de l'immunisation et de l'absence d'infection par le VHB** est obligatoire pour tous les étudiants et personnels de santé relevant de la vaccination obligatoire contre le VHB.

Taux d'anticorps :

Taux d'anticorps anti Hbs	>100 UI/L	immunisé
	10 -100 UI/L	réaliser Ag HBs (si Ag HBs négatif : immunisé)
	<10	non protégé : Reprendre le schéma vaccinal

En cas de doute : **CONSULTER LE MEDECIN AGREE REFERENT ARS**

Dosage des anticorps anti-HBs et dosage des anticorps HBc et dosage antigène HBs. Joindre la photocopie des résultats obligatoirement.

Immunsation : Oui Non

Date	Dénomination	N° de lot

FIEVRE TYPHOÏDE - A vérifier avant une entrée en stage à risque – Non obligatoire

Recommandé : pour les élèves, étudiants ou professionnels de santé ayant un stage ou une activité à risque de contamination (i.e. lors de la manipulation d'échantillons biologiques, en particulier de selles, susceptibles de contenir des salmonelles).

Le décret n° 2020-28 du 14 janvier 2020 suspend l'obligation vaccinale contre la fièvre typhoïde.

Réalisé le/...../.....

VACCINS RECOMMANDÉS*

Vaccins	Oui / Date	Non
ROR	1 ^{ère} injection : le/...../..... 2 ^{ème} injection : le/...../.....	
Rougeole		
Rubéole		
Varicelle		
Coqueluche		
Hépatite A		
Grippe (annuellement)		

*Cf. recommandations et modalités sur <https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Recommandations-vaccinales-specifiques/Professionnels-exposes-a-des-risques-specifiques/Professionnels-de-sante>

BCG - pour information- recommandé

Le décret n°2019-149 du 27 février 2019 suspend l'obligation de vaccination contre la tuberculose des professionnels visés aux articles R.3112-1 C et R.3112.2 du code de la santé publique.

Ainsi, la vaccination par le BCG ne sera plus exigée lors de la formation ou de l'embauche de ces professionnels dès le 1^{er} avril 2019. Toutefois, il appartiendra aux médecins du travail d'évaluer ce risque et de proposer, le cas échéant, une vaccination par le vaccin antituberculeux BCG au cas par cas aux professionnels du secteur sanitaire et social non antérieurement vaccinés, ayant un test immunologique de référence négatif et susceptibles d'être très exposés

Test tuberculinique : Date le/...../..... Résultat à 72h :.....mm

COVID- recommandé

1^{ère} injection : le/...../..... 2^{ème} injection : le/...../..... 3^{ème} injection : le/...../.....

Radio Pulmonaire- recommandé

oui non

ATTENTION : le certificat d'aptitude de l'élève à l'entrée en formation dépend de ces indications.

Je soussigné(e), Docteur

Certifie que Mme – Mr

a répondu à ses obligations vaccinales selon le texte en vigueur et a reçu les vaccinations obligatoires précédentes.

SIGNATURE DU MEDECIN :

CACHET :

Pour toute information, vous pouvez vous rendre sur le site Vaccination InfoService.fr
<https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Recommandations-vaccinales-specifiques/Professionnels-exposes-a-des-risques-specifiques/Professionnels-de-sante>



Visite médicale

Vous passerez une visite médicale obligatoire à la rentrée scolaire. Dans cette perspective, vous devez vous munir de votre dossier médical complété (**obligatoire**), votre carnet de vaccinations (**obligatoire**) ainsi que le compte-rendu et le cliché de la radiographie pulmonaire (recommandé). Vous remettrez la photocopie des pages attestant des vaccinations avec vos nom et prénom.

Stages

Les stages ont lieu en priorité dans le territoire du Grand Est.

Vous pouvez être amenés à utiliser votre véhicule personnel pour les déplacements sur le lieu de stage, sous couvert de produire une attestation d'assurance couvrant les trajets professionnels.

Les textes règlementaires ne prévoient aucune indemnisation et remboursement de trajet.

Vous aurez l'ensemble des informations utiles à la rentrée.

Déplacement

Vous pouvez être amenés à vous déplacer sur Strasbourg pour des enseignements. Vous en serez informé à la rentrée.

Certificat de scolarité

Un certificat de scolarité vous sera remis à la rentrée.

Carte d'étudiant(e)

Une carte d'étudiant(e) délivrée par l'institut de formation vous sera remis.

Restauration

La carte badge délivrée le jour de la rentrée, vous permet l'accès aux restaurants du personnel et à la distribution automatique du GHRMSA, avec des tarifs avantageux. Elle sera à restituer à la fin de votre formation. Les frais de renouvellement en cas de perte sont de 53.78€.

Tenues

Un prêt de tenue professionnelle sera disponible au sein de l'institut. L'essayage des tenues hospitalières est programmé à la rentrée par nos soins.

Une tenue spécifique aux pratiques corporelles avec son rechange complet (deux tenues complètes) est obligatoire : tenue souple ne limitant pas les mouvements (short ou pantalon de gymnastique) ainsi qu'une paire de chaussure souple type chausson de gym ou baskets **neuve** de couleur blanche.

Vous aurez à votre disposition un casier pendant toute la durée de vos études et devez vous munir d'un cadenas.

Amicale des étudiants

Les membres de l'APEGE (Association des Psychomotriciens Etudiants du Grand Est) vous présenteront l'association courant septembre. Les modalités d'adhésion vous seront communiquées courant septembre

Logement

Vous trouverez l'ensemble des informations sur les pages suivantes.

Allocation logement

L'allocation logement est gérée par la Caisse d'Allocation Familiale et accordée sous certaines conditions de revenus, aux étudiants de moins de 26 ans.

La CAF propose un nouveau service sur internet à tous les étudiants : sur le site <http://www3.caf.fr/>

Les étudiants peuvent saisir directement leur demande d'aide au logement

LIVRES CONSEILLES PENDANT L'ETE AVANT D'INTEGRER LA FORMATION

Giromoni, F., Pavot-Lemoine, C., Robert-Ouvray, S., Vachez-Gatecel A. (2022). *La psychomotricité. Que sais-je ?*

Scialom, P., Giromini, F., Albaret, JM. (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité : 1. Concepts fondamentaux.* De Boeck-Solal

Calais-Germain, B. (2002). *Anatomie pour le Mouvement Tome 1 : Introduction à l'analyse des techniques corporelle.* Desiris

Meunier, L. (2019). *Le bébé en mouvement : Savoir accompagner son développement psychomoteur.* Dunod

Homes du GHRMSA

Le GHRMSA propose des logements étudiants (Homes du GHRMSA). Le loyer pour une chambre meublée pour l'année 2023 de 243.30€ par mois, une caution du même montant sera également demandée. Le paiement pourra se faire par CB ou par virement UNIQUEMENT. Si vous êtes intéressés appeler le secrétariat au 03.89.64.82.83 qui vous inscrira sur une liste.

LOGEMENT JEUNE 68

28A rue des Franciscains

68100 Mulhouse

Tél. : 03.89.66.00.88

Site Internet : <http://www.lj68.fr>

Passer à l'Association pour établir un dossier, remise d'une liste des logements après acceptation du dossier. Ces logements (meublés ou non) proviennent directement de particuliers pour étudiants de 18 à 29 ans ainsi que des logements d'étudiants en résidence étudiante.

CLOUS

1 rue Alfred Werner

68093 Mulhouse

Tél. : 03.89.33.64.64

Site Internet : <http://clous-mulhouse.cnous.fr>

E-mail : hebergement.mulhouse@crous.u-strasbg.fr

Il s'agit de logements en cité Universitaire : chambres et studios d'étudiants. Il y a un Point logement du CLOUS pour la location de chambres et studios chez des particuliers.

MGEL LOGEMENT

14 rue Jacques Preiss

68100 Mulhouse

Tél. : 03.89.56.64.09

Site Internet <http://www.mgel-logement.fr>

E-mail : contact.mulhouse@mgellogement.fr

Il s'agit de logements meublés ou non.

PRESSE LOCALE

- Le Journal d'annonces gratuit
- Le Journal "L'Alsace"
- Le Journal "Les Dernières Nouvelles d'Alsace"

AGENCE DE LOCATION

105 avenue de Colmar

68200 Mulhouse

Tél. : 03.89.33.10.33

Site Internet : <http://www.nexity-immobilier.com>

Il s'agit d'une agence de location de logements

RESIDENCE GAMBETTA

8 Boulevard Gambetta

68100 MULHOUSE

Tél. : 03.89.36.12.26

Site Internet : <http://www.residencesparme.fr>

Il s'agit de logements meublés.