

# DOSSIER D'INSCRIPTION DEFINITIVE A LA FORMATION D'AIDE-SOIGNANT 2024/2025

Rentrée le lundi 26 Août 2024 à 9h00

à GAVY et Annexe de GUERANDE

(Cursus complet, allégé et Apprentis 15 mois) ET

Rentrée le jeudi 05 septembre 2024 à 9h00

(Cursus partiels BAC PRO ASSP 6 mois)

L'intégralité des documents ci-dessous conditionne votre inscription définitive à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers et Aide-Soignant de Gavy et de l'Annexe de Guérande.

## 1) CONSTITUTION DU DOSSIER ADMINISTRATIF

**Envoi postal ou dépôt des documents ci-dessous avant le  
22/07/ 2024 dernier délai**

- Informations pratiques sur l'Institut de Formation Aide-Soignant.
- Fiche d'inscription 2024/2025 complétée
- Questionnaire « outils informatiques » à compléter
- Dossier éligibilité (**les apprentis ne sont pas concernés**) à envoyer par mail ou voie postale ou à déposer **10 jours après réception** du dossier d'inscription.
- Le formulaire de demande d'aménagement d'un parcours inclusif, si vous êtes concerné(e)
- Documents à fournir pour les lycéens, étudiants et demandeurs d'emploi non rémunéré pour inscription à la région afin d'obtenir une allocation pendant la formation aide-soignante.
- Merci de créer une adresse mail pour l'entrée en formation tel que le modèle ci -après : [nomdenaissance.prenom2425@gmail.com](mailto:nomdenaissance.prenom2425@gmail.com) ( par exemple : [dupont.anne2425@gmail.com](mailto:dupont.anne2425@gmail.com)); puis de nous envoyer un mail de confirmation de création depuis votre nouvelle messagerie à l'adresse suivante : [secretariat.ifas@ch-saintnazaire.fr](mailto:secretariat.ifas@ch-saintnazaire.fr) voir procédure ci-joint en fin de dossier**
- Curriculum Vitae actualisé datant de moins de 3 mois impérativement **si changement**
- 1 photo d'identité récente au format 4,5 cm x 3,5 cm (nom et prénom notés au dos) **si non donné à la sélection**

- Pour les élèves en terminale, merci de nous adresser dès réception :** Copie du relevé de notes obtenues au baccalauréat où figure votre numéro d'Identifiant National Etudiant (INE) ou numéro de Base Elève Académique (BEA) par mail.
- Attestation de droits CPAM en cours de validité ( aller sur votre compte ameli)
- Attestation d'assurance responsabilité civile individuelle, couvrant l'année scolaire du 26/08/2024 au 31/07/2025. (à demander à votre mutuelle ou votre banque ou à imprimer dans votre espace adhérent)
- Merci de m'adresser par mail au [secretariat.ifas@ch-saintnazaire](mailto:secretariat.ifas@ch-saintnazaire), ou par courrier **le certificat médical signé par le médecin agréé**. Pour information, ce certificat est obligatoire pour votre admission définitive et doit être donné avant la rentrée au secrétariat IFAS. Si cela n'est pas transmis avant la rentrée vous ne pourrez pas être admis(e) en formation.aide-soignante.

## 2) CONSTITUTION DU DOSSIER MEDICAL :

### 1) **Appeler un médecin agréé<sup>(2)</sup>**, dès réception de ce dossier d'inscription.

<sup>(2)</sup> La liste de médecins agréés est consultable sur le site <http://ars.paysdelaloire.sante.fr/Medecins-agrees.96125.0.html>. Attention tous les médecins conventionnés ne sont pas agréés.

**Voir liste des médecins ci-joint en dernière page.**

**Il faut que le médecin agréé remplisse le :**

- Certificat médical (**obligatoire pour votre admission à la rentrée 2024**)
- Apporter votre carnet de santé

### 2) **Votre médecin traitant doit remplir :**

- L'attestation de vaccination. (si pas de médecin traitant le faire remplir par le médecin agréé)

**Puis mettre tous les documents dans une enveloppe cachetée en notant confidentiel et remettre cette au secretariat IFAS par courrier.**

**Le secrétariat aide-soignant sera fermé du 29 juillet au 16 août 2024 inclus.**

**Merci de privilégier les mails en cas d'informations importantes concernant la rentrée.**

à

[secretariat.ifas@ch-saintnazaire.fr](mailto:secretariat.ifas@ch-saintnazaire.fr)

## INFORMATIONS PRATIQUES

### SITUATION GEOGRAPHIQUE ET CONTACT

- L'IFSI-IFAS de Saint-Nazaire est situé 21 chemin des infirmières, sur le site de GAVY à Saint-Nazaire.

Parc arboré et plages à 50m.

Tél : 02.40.70.08.11

Mail IFAS : [secretariat.ifas@ch-saintnazaire.fr](mailto:secretariat.ifas@ch-saintnazaire.fr)

Site : [www.hopital-saintnazaire.fr](http://www.hopital-saintnazaire.fr) (Rubrique Emploi et Formation)

- L'Antenne IFAS à Guérande est située Avenue de la Bouexière, Bâtiment Saint Michel, Hôpital Intercommunal Presqu'île Guérande-Le Croisic.

Restauration sur place.

### TRANSPORT

Parking et transport à proximité de l'Institut de GAVY

Transport BUS Hélice-lignes U1, U3.

Possibilité de covoiturage.

Privilégier la mobilité douce.

### RESTAURATION

Restauration sur place (salle de détente équipée d'un réfrigérateur et micro-ondes).

### MATERIEL INFORMATIQUE

Possibilité de prêt à l'année selon ressources financières et disponibilité.

Demande à effectuer la première semaine de la rentrée.

Commission d'étude candidature prêt ordinateur le 6 septembre 2024.

### HORAIRES DES COURS DE GAVY ET GUERANDE

Amplitude horaire de 8h30 (au plus tôt) à 17h30 au plus tard selon cours avec 1h30 de pause le midi.

1 jour de cours en distanciel ou 1 matinée par semaine en lien avec certains cours.  
Tous les renseignements vous seront fournis à la rentrée.

## INFORMATIONS PRATIQUES

### VACANCES SCOLAIRES

Vous aurez 2 semaines de vacances du 23 décembre 2024 au 03 janvier 2025 inclus.

Et 1 semaine de vacances du 7 avril 2025 au 11 avril 2025.

### ELEVES AYANT DES ENFANTS SCOLARISES :

Un temps est accordé pour la rentrée scolaire de vos enfants (**jusqu'en classe de 6eme**), il faudra en informer les formatrices le premier jour de la rentrée à l'IFAS le 26 août 2024.

## FICHE D'INSCRIPTION

### Promotion Aide-Soignante 2024/2025

#### ÉTAT CIVIL DE L'ÉLÈVE

Sexe : Masculin  Féminin

N° Sécurité Sociale : .....

Nom de naissance : ..... Nom marital : .....

Prénom : ..... Date de naissance : ...../...../.....

Département de naissance : ..... Ville de naissance : .....

Pays : ..... Nationalité : .....

Situation familiale :  Célibataire  En concubinage  Marié(e)  Séparé(e)  
 Pacsé(e)  veuf(ve)

Nombre d'enfants : ..... Age des enfants : .....

Adresse postale pendant les études : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

N° de téléphone Fixe : ..... N° Portable : .....

E.mail : .....@.....

Adresse des parents : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

N° de téléphone Mère : ..... N° téléphone Père : .....

Profession du conjoint (e) : .....

Profession de votre mère : .....

Profession de votre père : .....

#### Coordonnées des personnes à prévenir en cas d'accident ou d'urgence :

M  Mme Nom et prénom : .....

Téléphone portable : ..... lien de parenté .....

## SCOLARITÉ

- Rentrée en formation aide-soignant 2024  par voie scolaire (11 mois de formation cursus complet)
- par voie scolaire (6 mois de formation titulaire Baccalauréat professionnel ASSP)
- par voie scolaire en cursus allégé :  
**précisez diplôme** : .....
- par la voie de l'apprentissage (15 mois de formation)
- par la voie de l'apprentissage (11 mois de formation titulaire Baccalauréat professionnel ASSP)

### Permis de conduire :

Titulaire du permis de conduire :  oui  non    En cours de passage du permis :  oui  non

Véhicule :  oui  non    Immatriculation : .....

Modèle du véhicule et marque : .....

### Financement :

Etes-vous inscrit comme demandeur d'emploi :  oui  non

N° identifiant Pôle emploi : .....

Etes-vous financé par votre employeur :  oui  non

Si oui, merci d'indiquer :

Employeur : ..... Téléphone : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

**QUESTIONNAIRE**  
**OUTILS INFORMATIQUES**

NOM : ..... PRENOM : .....

Dans le cadre des mesures sanitaires, l'équipe pédagogique de la formation aide-soignante a besoin d'identifier vos conditions d'apprentissage en présentiel et à distance.

- 1) Disposez-vous de matériel informatique récent ?  Oui  Non
- 2) Possédez-vous une Web cam intégrée avec le son ?  Oui  Non
- 3) Avez-vous un logiciel de traitement de texte ?  Oui  Non
- 4) Connaissez le logiciel Word ?  Oui  Non
- 5) Si oui savez-vous l'utiliser ?  Oui  Non
- 6) Savez-vous envoyer un e-mail simple ?  Oui  Non
- 7) Savez-vous envoyer un e-mail avec une pièce jointe ?  Oui  Non
- 8) Avez-vous une connexion Internet ?  Oui  Non

En informatique, sur une échelle de 1 à 3, je me situe :

1 : aucune connaissance

2 : quelques notions

3 : bonne maîtrise

## RENTREE 2024

*Éligibilité au financement total ou partiel des coûts de formation par la Région des Pays de la Loire*

La Région des Pays de la Loire prévoit une prise en charge partielle ou totale des coûts de formation pour les personnes éligibles en **poursuite de scolarité** et celles à la **recherche d'un emploi sous réserve du respect de certaines conditions**. Des délais de carence s'appliquent, par ailleurs, entre deux formations sanitaires et sociales financées par la Région.

Votre institut de formation tient à votre disposition le **Règlement d'éligibilité**. Votre éligibilité sera appréciée en fonction du présent **questionnaire** et des **justificatifs** apportés. La direction de l'institut de formation, au nom de la Région des Pays de la Loire, vous notifiera la prise en charge ou non des coûts de formation.

**Votre institut est votre seul interlocuteur pour toutes les questions relatives à l'éligibilité au financement total ou partiel des coûts de formation.**

Institut de formation : IFAS Saint-Nazaire

Site : .....

Formation : Aide-Soignante

Année d'étude (cycle de formation) : .....

Date de rentrée : .....

### Cachet de l'institut

**INSTITUT DE FORMATION  
EN SOINS INFIRMIERS  
INSTITUT DE FORMATION  
AIDE-SOIGNANT**

21 chemin des Infirmières - BP 414  
44606 SAINT-NAZAIRE Cedex

Nom de l'élève/étudiant :

.....

Prénom de l'élève/étudiant :

.....

*Seules les personnes éligibles à la prise en charge partielle ou totale des frais de formation peuvent bénéficier, si elles en respectent les critères d'attribution, des aides aux conditions de vie attribuées par la Région (bourses, rémunération publique de stage...).*

### ETAT CIVIL

Madame  Monsieur

Nom d'usage : .....

Nom de naissance (patronymique) : .....

Prénom(s) : .....

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lieu de naissance : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Courriel : .....

Je suis admis(e) :

sur la liste principale,

sur la liste complémentaire,

via Parcoursup,

à l'issue de la sélection spéciale

autres (report d'entrée ...) : .....



Situation avant l'entrée en formation	Pièces à fournir selon votre situation
<p><b>Pour tous les candidats</b>  <i>Le curriculum vitae doit préciser les formations, les activités professionnelles</i></p>	<p><b>Curriculum Vitae</b>  <i>(de moins de 3 mois)</i></p>
<p><b>Situation scolaire</b></p> <p><input type="checkbox"/> En poursuite de scolarité :</p> <p>Formation suivie : .....</p> <p>Dernier établissement scolaire fréquenté : .....</p> <p>Date d'entrée ..... / ..... / ..... - Date de sortie ..... / ..... / .....</p>	<p><i>Copie du diplôme ou certificat de scolarité</i></p>
<p><input type="checkbox"/> J'ai suivi une formation sanitaire ou sociale de même niveau et ou de même durée</p> <p>Nom du diplôme : ..... Date d'obtention : ..... / ..... / .....</p> <p>Sous quel statut : ..... financée par : .....</p> <p>Date d'entrée ..... / ..... / ..... - Date de sortie ..... / ..... / .....</p>	<p><i>Copie du diplôme</i></p>
<p><b>Situation professionnelle</b></p>	
<p><input type="checkbox"/> à la date de la rentrée, ma situation professionnelle :</p> <p><input type="checkbox"/> Dans le secteur privé ou public</p> <p><input type="checkbox"/> en intérim</p> <p><input type="checkbox"/> en CDD <input type="checkbox"/> en CDDU (CDD dit d'usage)</p> <p>Début du contrat le ..... / ..... / ..... – Fin du contrat le ..... / ..... / .....</p> <p><input type="checkbox"/> en CDI - Depuis le ..... / ..... / .....</p> <p><b>Nombres d'heures / hebdomadaires : .....</b></p> <p>J'ai fait une demande de prise en charge par :</p> <p><input type="checkbox"/> le Compte personnel de formation de Transition professionnelle</p> <p><input type="checkbox"/> auprès de mon employeur : .....</p> <p><input type="checkbox"/> dans le cadre des actions de formation de reconversion/promotion ou contrat de professionnalisation</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>	<p><i>Contrat(s) de travail</i></p> <p><i>Copie de la notification de l'organisme prenant en charge votre formation (opérateurs de compétence, association transitions pro)</i></p>
<p><input type="checkbox"/> Titulaire ou stagiaire de la fonction publique</p> <p><input type="checkbox"/> territoriale <input type="checkbox"/> hospitalière <input type="checkbox"/> Etat</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai fait une demande de congé de formation professionnelle : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai fait une demande de rupture conventionnelle : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>pour laquelle j'ai obtenu une réponse : <input type="checkbox"/> favorable <input type="checkbox"/> défavorable</p> <p><input type="checkbox"/> en disponibilité ou dans une autre position statutaire : .....</p>	<p><i>Arrêté de nomination et notification de l'organisme prenant en charge votre formation</i></p> <p><i>ou arrêté de mise en disponibilité ou autres positions...</i></p>

<input type="checkbox"/> <b>Personne à la recherche d'un emploi</b> <input type="checkbox"/> Je suis à la recherche d'un emploi Inscrit à <input type="checkbox"/> France Travail <input type="checkbox"/> Autres – Précisez ..... depuis le : ..... / ..... / .....  <input type="checkbox"/> Indemnisé(e) par France Travail <input type="checkbox"/> Indemnisé (e) par un autre fonds d'assurance chômage <input type="checkbox"/> Non indemnisé(e)  <input type="checkbox"/> J'envisage de m'inscrire à France Travail compte tenu d'une activité professionnelle actuelle permettant d'enclencher un droit à indemnisation avant le jour d'entrée en formation fixée le ..... / ..... / .....	<i>Attestation, notification d'accord ou de refus d'indemnisation de France Travail ou d'un autre fonds d'assurance chômage</i>
<b>Autres situations</b>	
Je suis dans une autre situation :  <input type="checkbox"/> en congé parental, en congé maternité, <input type="checkbox"/> en parcours emploi compétences (PEC), <input type="checkbox"/> démissionnaire d'un CDI ou d'un emploi public. ⇒ J'ai déposé une demande pour l'accès à une indemnisation chômage en raison de la démission. J'ai reçu un avis de la commission paritaire interprofessionnelle auprès de l'association Transitions Pro Pays de la Loire <input type="checkbox"/> favorable <input type="checkbox"/> défavorable <input type="checkbox"/> en attente de décision  <input type="checkbox"/> bénéficiaire d'une allocation d'étude versée par un centre hospitalier ou un autre employeur couvrant les frais de formation et apportant une rémunération  <input type="checkbox"/> autre situation : .....	<i>Courrier de l'employeur justifiant ce statut et/ou copie du contrat de travail et/ou Copie de rupture du contrat (démission, rupture conventionnelle, fin de CDD...)   et réponse employeur et/ou Copie de l'avis pour l'indemnisation et/ou Courrier d'attribution d'une bourse d'étude et/ou Autre justificatif</i>
<p>☞ <b>Nota Bene : Il est possible de cocher plusieurs situations</b> (exemples : j'ai eu mon bac et je travaille en CDI, je suis inscrit comme demandeur d'emploi et je travaille en CDD).</p> <p>☞ <b>Avertissement - Sanction en cas de fausse déclaration : Est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende le fait de fournir sciemment une fausse déclaration ou une déclaration incomplète en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir, de faire obtenir ou de tenter de faire obtenir d'une personne publique, d'un organisme de protection sociale ou d'un organisme chargé d'une mission de service public une allocation, une prestation, un paiement ou un avantage indu (article 441-6 du code pénal).</b></p>	
Mme / M. ...., certifie l'exactitude des renseignements portés sur ce formulaire sachant que toute erreur ou omission dans ces renseignements peut entraîner le rejet ou le retrait de l'aide accordée par la Région des Pays de la Loire. Je m'engage à signaler, auprès de l'institut, tout changement dans ma situation. <b>Fait à....., le .....</b> <b>Signature du demandeur précédée de la mention « Lu et approuvé » :</b>	



Formation financée par la Région Pays de la Loire

INSTITUT DE FORMATIONS PARAMEDICALES IFSI/IFAS

N° de déclaration d'activité 52 44 04316 44 - N° SIRET 264 400 268 00019

21 chemin des Infirmières – 44600 ST NAZAIRE ☎ 02.40.70.08.11. 📠 02.40.70.82.66

✉ secretariat.ifas@ch-saintnazaire.fr site WEB [www.hopital-saintnazaire.fr](http://www.hopital-saintnazaire.fr)

## CANDIDATURE A UNE DEMANDE D'AMENAGEMENT DE PARCOURS INCLUSIF FORMATION AIDE-SOIGNANTE

### Contexte

Ce formulaire de demande d'aménagement est à compléter par le candidat.

Le Président de la Commission d'aménagement des parcours inclusifs complètera le relevé de décision.

Ce formulaire prend en considération, les recommandations d'aménagements préconisés par le médecin désigné par la CDAPH ou médecin du SUMPPS et la faisabilité des demandes en regard des moyens et du contexte institutionnel, dans le cadre d'une formation académique et clinique à visée professionnalisante.

L'éligibilité et l'étude de la demande ne pourront être réalisées qu'en regard de la complétude du dossier de demande du candidat.

A l'issue de cette commission, le candidat éligible au dispositif bénéficiera d'un contrat de remédiation pédagogique, élaboré par le Référent de Suivi Pédagogique en concertation si nécessaire avec le Référent Handicap.

Le candidat recevra un relevé de décision de la part du Président de la Commission et un courrier notifiant les aménagements par le Directeur de l'Institut.

### Candidature

Actuellement, le candidat ou son représentant en cas d'étudiant mineur :

- Souhaite des aménagements
- Ne dispose d'aucun d'aménagement
- Dispose d'aménagements complémentaires : précisez : .....

### Bénéficiaire

NOM de famille : .....

NOM d'usage : .....

Prénom(s) : .....

Age : .....

Sexe : F  M

Adresse électronique : .....

Année d'entrée en formation :

Formation AS initiale 2023/2024  Revalidant AS 2022/2023:

### Aménagements de la scolarité de l'année précédente

Un PPS a-t-il été mis en place ? Oui  Non

(Joindre la photocopie du PPS ou de la notification)

Un PAI a-t-il été mis en place ? Oui  Non

(Joindre la photocopie)

Un PAP a-t-il été mis en place ? Oui  Non

(Joindre la photocopie)

Autre : Précisez.....

**N.B : Seuls les aménagements conformes au règlement de l'examen sont possibles**

Complétude du dossier de candidature : oui  non

<b>Aménagements préconisés par le médecin désigné par la CDAPH ou médecin du SUMPPS</b>	<b>Appréciation de La commission</b>	<b>Réservé à la décision de l'autorité administrative</b>
Majoration de temps		
Accompagnement		
Renforcement mise à niveau		
Accessibilité Aides techniques		

[Remarques complémentaires](#)

## Le secrétariat aide-soignant sera fermé du

29 juillet au 16 août 2024 inclus

### **CONSTITUTION DE PIÈCES A FOURNIR POUR OBTENIR UNE ALLOCATION DE LA REGION POUR LES POURSUITES DE SCOLARITE ET LES DEMANDEURS D'EMPLOI NON INDEMNISES PAR FRANCE TRAVAIL.**

Il faut me transmettre les pièces demandées et je vous inscrirais sur la plateforme de la région Pays de la Loire dès réception des documents.

Pour ceux dont la rentrée débute le 26 août 2024, il me faudra ses documents avant le 19 juillet 2024

- Carte Identité ou carte de séjour en cours de validité
- Un RIB
- Copie de l'attestation de droits à l'assurance maladie à jour (pas au nom des parents) à imprimer sur votre compte Ameli.
- Copie récente de la notification de la non perception de l'ARE (à demander à France Travail) pour ceux qui ont travaillé même si travaillé le week end et les vacances.
  - ceux qui n'ont jamais travaillé pas besoin de s'inscrire à France Travail, il faudra remplir l'attestation sur l'honneur ci jointe.
- Formulaire RS1 à remplir (voir ci-joint) et autorisation parentale pour les mineurs.

#### **POUR INFORMATION :**

##### **Rémunération par la Région**

Personne âgée de 17 ans : 220,92€

Personne âgée de 18 à 25 ans : 552,29€

Personne âgée de 26 ou plus : 756,63€

Travailleur handicapé sans antériorité professionnelle : 756,63€

Travailleur reconnu handicapé et justifiant d'au moins 6 mois d'activité salariée sur une période de 12 mois de 756,63€ à 2134,6€ c'est la région qui détermine le montant.

# ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e)  
[Prénom] [Nom]

demeurant  
[Adresse]  
[Code postal] [Commune]

atteste sur l'honneur que

[Faits ou circonstances à attester]

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

[Commune], le [Date]

*(Signature)*

[Prénom] [Nom]

## AUTORISATION PARENTALE

*(à établir seulement pour les jeunes de moins de 18 ans non émancipés)*

Je, soussigné(e) M. / Mme (NOM Prénom) .....  
agissant en qualité de : père / mère / représentant légal,  
autorise (NOM Prénom) .....  
né.e le ..... à ..... (Dpt : .....  
ou Pays .....)

à présenter sa demande de rémunération pour un stage de formation professionnelle agréé au titre de la Sixième partie du Code du Travail, ainsi qu'à percevoir le montant de cette aide par tous modes de paiement.

Fait à ..... le .....

*Signature du père/mère  
Ou représentant légal :*

**ATTENTION** : fournir une copie du livret de famille ou si le nom du jeune est différent de la personne établissant cette autorisation, joindre impérativement les documents juridiques justifiant du lien avec celui-ci.

INTITULE DE FORMATION : .....

ALLANT DU ..... AU .....

CENTRE DE FORMATION :

Nom ou raison sociale : .....

.....

Adresse complète :

.....

.....

*Cachet du centre de formation +  
signature*

ORGANISME GESTIONNAIRE

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

(Code du travail - 6<sup>e</sup> partie)  N°11971\*04

CENTRE DE FORMATION ou  
PORTEUR DE PROJET visé par l'arrêté  
mentionné par l'article 270 de la LFI 2021

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<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup>, CPA, CPPN ou CLIPA
- 3<sup>e</sup> ou première année de CAP ou BEP
- 2<sup>e</sup>, 1<sup>ère</sup> de l'enseignement général ou 2<sup>e</sup> année de CAP ou BEP
- Terminale
- 1<sup>ère</sup> ou 2<sup>e</sup> année de DEUG, DUT, BTS, école des formations sanitaires et sociales.
- Classes de 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> 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 :**

**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 originellement 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\_\_\_\_

Signature du stagiaire

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.

# 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 vous êtes reconnu travailleur handicapé

- Dernier(s) certificat(s) de travail
- Bulletins de salaires pour 6 ou 12 mois

Si vous avez déjà effectué un stage rémunéré au titre de la 6<sup>e</sup> partie du Code du travail

- Décision Etat, Conseil régional, Pôle emploi ou Agence des 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

## • AUTRE SITUATION

- Interrogez votre centre de formation

---

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

---



## CONSTITUTION DU DOSSIER MEDICAL

-APPELER **UN MEDECIN AGREE** (voir liste ci -jointe) pour qu'il remplisse le certificat médical.

PUIS

-FAIRE COMPLETER A VOTRE **MEDECIN TRAITANT** ou au Médecin Agrée (pour ceux qui n'ont pas de Médecin Traitant) le certificat de vaccination.

-Mettre tout dans une enveloppe cachetée en notant **confidentiel**.

**Et remettre cette  
enveloppe au  
secrétariat IFAS**



IFSI / IFAS – 21 chemin des Infirmières B.P. 414  
44600 ST NAZAIRE  
☎ 02.40.70.08.11. 📠 02.40.70.82.66.  
N° de déclaration d'activité 52 44 04316 44  
[www.hopital-saintnazaire.fr](http://www.hopital-saintnazaire.fr)



Formation financée par la Région Pays de la Loire

## CONDITIONS MEDICALES D'ADMISSION DEFINITIVE POUR L'ENTREE EN FORMATION AIDE-SOIGNANT 2024/2025

Les conditions d'admission définitive dans un institut de formation préparant notamment au diplôme d'aide-soignant **relève de l'arrêté du 2 août 2013 et de l'arrêté du 10 juin 2021.**

- A la production, au plus tard le premier jour de la rentrée, **d'un certificat établi par un médecin agréé** attestant que l'élève ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession,
- A la production, au plus tard le jour de la première entrée en stage, **d'un certificat médical de vaccinations** conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France.

**Un élève ne pouvant apporter la preuve qu'il a bénéficié des vaccinations exigées, ne peut exercer une activité susceptible de présenter des risques d'exposition, tant que les conditions d'immunisation ne sont pas remplies.**

**Enfin il doit être rappelé aux élèves non encore immunisés qu'il est important de débiter la vaccination dès la décision d'admission en institut de formation afin de pouvoir justifier d'un schéma de vaccination conforme à celui défini dans le calendrier vaccinal en vigueur, et ainsi ne pas retarder leur entrée en stage.**

P. J. : Certificat Médical

Attestation de vaccination

Formulaire à remplir par l'élève

# CERTIFICAT MEDICAL

A faire remplir obligatoirement par un médecin agréé\*

Certificat médical émanant d'un médecin agréé conformément à l'article 1<sup>er</sup>, point XI, art. 8 ter de l'arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'aide-soignant et de l'arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L. 3111-4 du code de la Santé Publique\*

Je soussigné(e), Médecin agréé,.....

Atteste que M.....

Nom de jeune fille : .....

Né(e) le .....

Domicilié(e) à.....



.....

Ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à suivre la formation aide-soignant et à l'exercice de la profession d'aide-soignant.

Cachet du Médecin :

Date : ...../...../2024

Signature du Médecin :

\* la liste des médecins agréés est disponible auprès de la délégation territoriale de l'ARS – sur le site internet de l'ARS

## Certificat attestant que l'élève a répondu aux obligations d'immunisation

**Arrêté du 02 août 2013** fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L. 3111-4 du code de la santé publique.

Je soussigné Docteur .....

Certifie que Mme, M. ....

Né(e) le / / satisfait aux obligations d'immunisation mentionnées à l'article L. 3111-4 :

### ATTESTATION MÉDICALE DE VACCINATION (A JOUR)

Merci de cocher la ou les case(s) correspondante(s)

- Vaccination par le BCG
- Vaccination diphtérie, tétanos et poliomyélite
- Tests Tuberculiques

### ATTESTATION MÉDICALE D'IMMUNISATION CONTRE L'HÉPATITE B (arrêté du 02/08/2013)

Dosage des marqueurs sériques du virus de l'hépatite B (Ac antiHBs +/- Ac antiHBc et Ag HBs)

- Anticorps anti-HBs à une concentration supérieure à 100 UI/l
- Anticorps anti-HBs  $\geq$  10 UI/l, anticorps anti-HBc négatifs et vaccination complète (= au moins 2 injections à 1 mois d'intervalle suivies d'une autre injection à au moins 6 mois)
- Anticorps anti-HBs  $\geq$  10 UI/l, anticorps anti-HBc positifs mais antigènes HBs et PCR négatifs
- Anticorps anti-HBs inférieurs à 10 UI/l, anticorps anti-HBc négatifs et vaccination complète (6 injections au total) = patient non répondeur nécessitant une surveillance annuelle des marqueurs sériques du virus de l'hépatite B

### **ATTESTATION MEDICALE PROVISOIRE D'IMMUNISATION CONTRE L'HEPATITE B (arrêté du 02/03/2017)**

Les personnes suivantes répondent aux conditions d'immunisation provisoires prévues par l'arrêté du 02/03/2017. Elles peuvent être admises en poste ou en stage un mois après l'administration de la dernière dose après avoir été informées des mesures à prendre pour réduire le risque d'accident d'exposition au sang et de la nécessité de déclarer tout accident d'exposition au sang pour juger de l'éventuelle nécessité de l'injection d'immunoglobulines. Elles recevront une ou plusieurs **dose(s) supplémentaire(s)** (+ contrôles sérologiques si besoin) à la fin de période de pénurie.

En cas de positivité des Ac antiHBs +/- Ac antiHBc et Ag HBs : avis spécialisé

Le schéma accéléré J0 – J7 – J21 – M12 n'est pas recommandé car il nécessite 4 doses.

Tous les vaccins contre l'hépatite B actuellement disponibles en France sont interchangeables.

La copie des résultats des anticorps doit impérativement être fournie (sérologie). Ce document est protégé par le secret professionnel et sera visé par le Médecin de Santé du Centre Hospitalier.

*N.B. : Les vaccins suivants ne sont pas obligatoires mais fortement recommandés pour les professions médicales et paramédicales : **vaccins contre la rougeole, la coqueluche et la grippe et le Covid 19.** Pour ce dernier, cette décision relève de l'instruction N° DGOS/RH3/RH4/RH5/2023/63 du 02 mai 2023 et pourra faire l'objet de modification **Il est important également de vérifier l'immunisation contre la varicelle.***

Le ...../...../2024

Signature et cachet du médecin

**LISTE DES MEDECINS GENERALISTES AGREES DE LA LOIRE-ATLANTIQUE**

Cette liste est valable du 01/10/2022 au 30/09/2025

MAJ 17/04/2024

<b>ABBARETZ - 44170</b>		
CASTELLANI CATHERINE	13 RUE DE LA MAIRIE	02 40 87 01 23
<b>BOUSSAY - 44190</b>		
BOSSARD OLIVIER	PLACE DE L'EGLISE	02 40 06 86 21
<b>CARQUEFOU -44470</b>		
LAFAILLE PHILIPPE	12 RUE ANDRE LE NOTRE	02 40 52 71 71
TAFAGHODI THOMAS	13 RUE JEAN XXIII	02 40 93 73 93
<b>CHATEAUBRIANT - 44110</b>		
PAYELLE PIERRE	17 RUE DU PELICAN	02 40 81 01 11
<b>CHÂTEAU THEBAUD - 44690</b>		
ASGARALY KAYAMALY	8 RUE DES SPORTS	02 40 06 52 95
<b>CLISSON - 44190</b>		
VALLET FRANCOISE	50 RUE ST JACQUES	02 40 54 22 54
<b>CORSEPT - 44560</b>		
ABOUL OSMANN	14 RUE DE L' ESTUAIRE	02 40 27 58 93
<b>GRANDCHAMPS DES FONTAINES - 44119</b>		
ALIX-GRELLIER HELENE	9 RUE DU GEN. DE GAULLE	02 51 12 12 51
MAHE JEAN-FRANCOIS	11 RUE DU GEN. DE GAULLE	02 40 77 14 33
<b>GUERANDE - 44350</b>		
LEBLAIS FRANCOIS	13 RUE BIZIENNE	02 40 15 64 64
GAUTHEROT-EVANNO CAROLINE	5 IMPASSE DES ASPHODELES	02 40 62 29 62
REIGNIER GILLES	5 IMPASSE DES ASPHODELES	02 40 62 29 62
<b>HERBIGNAC - 44410</b>		
PABOEUF CLAUDE	61 AVENUE DU SPORT	02 51 76 91 91
<b>HERIC - 44810</b>		
ANEX MATTHIEU	25 RUE DE LA REPUBLIQUE	02 40 57 61 13
<b>LA CHAPELLE SUR ERDRE - 44240</b>		
AUPIAIS FREDERIQUE	16 RUE HERVE LE GUYADER	02 40 29 72 26
COUFFIN YVON	17 RUE DE L'ERDRE	02 40 72 53 33
<b>LA MONTAGNE - 44620</b>		
AROUN JEAN-MARC	9 AVENUE DE LA LIBERATION	02 40 65 96 96
MERCIER CHARLES-HENRY	149 ROUTE DE BOUGUENAI	02 40 65 62 42
<b>LE POULIGUEN - 44510</b>		
LE CORRE THIBAUD	6 PLACE DE LA GARE	02 40 42 31 80
<b>LES SORINIERES - 44840</b>		
CLOUET JEAN-LOUIS	Médecin retraité agréé actif exclusivement conseil médical	
LE SEAC'H HERVE	2 RUE RAOUL DE GUIGNE	02 40 13 01 01
<b>MACHECOUL - SAINT-MEME 44270</b>		
BRETAUD JEAN-PIERRE	1 RUE STE MARGUERITE	02 40 78 59 52
<b>MAUVES SUR LOIRE - 44470</b>		
DAVANNE CHRISTOPHE	10 COTE ST DENIS	02 40 25 52 59
<b>MESANGER - 44522</b>		
FRUNEAU PASCAL	191 AVENUE DES CHENES	02 40 96 78 88
<b>MONTOIR DE BRETAGNE -44550</b>		



BURON SEBASTIEN	RUE DU BERRY	02 40 88 53 98
LORIO JEROME	RUE DU BERRY	02 40 88 53 98
<b>NANTES - 44000</b>		
ALLIOT-BENEDETTI VALERIE	20 RUE FRANKLIN	02 40 73 87 19
BERNARD ERIC	69 BOULEVARD MEUSNIER DE QUERLON	02 40 59 74 74
CHRONIS NICOLAS	2 BOULEVARD AMIRAL COURBET	02 40 74 01 98
COZ-AUFFREDOU FRANCOISE	29 RUE ST LEONARD	02 40 35 77 00
GUILLEMIN ALETH	4 RUE FOUERE	02 40 20 55 34
GUYON LAURENCE	1 RUE DE PONT SAUVETOUT	02 40 48 40 93
MONIER SEBASTIEN	29 RUE ST LEONARD	02 40 35 77 00
PEOC'H RENE-GABRIEL	18 QUAI DE VERSAILLE	02 40 48 03 33
VOLNY FRANCOIS	14 RUE MARECHAL JOFFRE	02 40 74 00 11
<b>NANTES - 44100</b>		
CHAUMONOT BAUDOIN	3 AVENUE DU PARC DE PROCE	02 40 73 43 44
BERTIN MARIE-CHRISTINE	9 ALLEE DES ROITELETS	02 40 95 07 95
DUPRE-SEJOURNE MARYSE	16 RUE JEAN-BAPTISTE COROT	02 40 58 26 16
GUITTON DENIS	Médecin retraité agréé actif exclusivement conseil médical	
JEANNE-JULIEN BRUNO	2 PLACE CANCLAUX	02 40 69 15 65
LEMEILLET GILLES	14 RUE CUVIER	02 40 69 71 75
LERAT HERVE	54 RUE DE L'ALLOUEE	02 40 16 20 30
LOYEN BRUNO	16 RUE JEAN BAPTISTE COROT	02 40 58 26 16
MARINO DEBORAH	118B RUE DES RENARDIERES	06 23 45 64 55
PREGET DOMINIQUE	13 RUE DU CORPS DE GARDE	02 40 58 12 56
VAILLANT CAROLINE	16 ROUTE DE VANNES	02 40 94 01 08
<b>NANTES - 44200</b>		
GERAULT LOIC	7 RUE FRANCOIS BLANCHO	02 40 20 38 25
LOQUILLARD HUGUES	8 BOULEVARD VICTOR HUGO	02 40 26 47 37
<b>NANTES - 44300</b>		
ABDI MICHAEL	6 RUE GUILLAUME GROOTAERS	02 28 43 55 09
BOUGEARD BRUNO	12 RUE DE LA PAPOTIERE	02 40 93 81 01
CHESNEAU SYLVIE	2 RUE DE LA COULEE	02 51 77 19 12
EL KOURI JEAN-JACQUES	2 RUE DE CASTELLANO	02 51 83 80 90
GEVART ARTHUR	74 RUE DU PORT BOYER	02 40 49 11 49
LEFROID-MANSEAU GENEVIEVE	23 BOULEVARD DE LA CHAUVINIERE	02 40 76 04 13
LOIRAT ISABELLE	108 BOULEVARD DES BELGES	02 40 93 86 36
MANSAT GILLES	11 RUE GUILLAUME GROOTAERS	02 40 40 00 83
PENISSON CELINE	29 BOULEVARD ROBERT SCHUMAN	02 40 94 16 01
SALA ZEYNEP	2 RUE DE LA COULEE	02 51 77 19 12
SIMONNET PHILIPPE	11 RUE GUILLAUME GROOTAERS	02 40 40 00 83
<b>ORVAULT - 44700</b>		
BERCEGEAY PASCAL	71 AVENUE DE LA FERRIERE	02 51 83 81 11
<b>PAIMBOEUF - 44560</b>		
JACQUEMIN-RATIER CLARISSE	38 RUE DE L'ASTROLABE	02 40 27 53 81
<b>PONTCHATEAU - 44160</b>		
FLEVIN CECILE	4 A RUE DE LA JULOTTERIE	02 40 88 00 51
FLEVIN DOMINIQUE	4 A RUE DE LA JULOTTERIE	02 40 88 00 51
<b>PORNIC - 44210</b>		
BREMOND LAURENT	1 RUE PIERRE ET MARIE CURIE	02.40.82.00.75
RAT CEDRIC	1 RUE PIERRE ET MARIE CURIE	02.40.82.00.75
<b>PORNICHET - 44380</b>		

DOUCHIN OLIVIER	7 AVENUE DU 18 JUIN 1940	02 40 61 70 70
VOURC'H SAUTERON STEPHANIE	1 PLACE ARISTIDE BRIAND	02 40 61 05 88
<b>SAINT -BREVIN LES PINS - 44250</b>		
PIGEON JEAN-MARC	63 avenue de Bodon Ehpad mer et pins	07 89 33 29 48
<b>SAINT-ETIENNE DE MONTLUC - 44360</b>		
THIBAUT RICHARD	2 RUE J.B. AUFFRAY	02 40 85 95 33
<b>SAINT- HERBLAIN - 44800</b>		
CORDONNIER HUBERT	27 RUE D' AQUITAINE	02 40 46 56 48
FAWAZ ABBAS	2 IMPASSE DE DUBLIN	02 40 46 30 42
MACE NICOLE	96 RUE DU DOCTEUR BOUBEE	02 40 86 77 47
<b>SAINT-JOACHIM - 44720</b>		
MOYON JACQUES	37 AVENUE JEAN MOULIN	02 40 88 53 14
<b>SAINT- LYPHARD - 44410</b>		
BULTEEL RAPHAEL	11 RUE DE LA COTE D'AMOUR	02 40 70 26 95
<b>SAINT- NAZAIRE - 44600</b>		
BERNIER FRANCOIS	1 RUE BRIZEUX	02 40 22 51 54
DESY PHILIPPE	3 RUE DU PERTUISCHAUD	02 40 70 60 72
FOYER DENIS	27 ALL DES PINGOUINS	02 40 70 11 34
GILLOT PHILIPPE	11 RUE DU 28 FEVRIER 1943	02 40 66 11 50
HORN BRYAN	27 ALLEE DES PINGOUINS	02 40 70 11 34
JEULIN JEAN-CHRISTOPHE	2 Bis ALLEE DES LILAS	02 40 17 00 17
JOUBAUD THIERRY	99 BD DUMONT D'URVILLE	02 40 88 40 88
LE SOUEF VINCENT	2 bis ALLEE DES LILAS	02 40 17 00 17
LESPAGNOL THIERRY	3 RUE AUGUSTE BRIZEUX	02 40 22 51 54
NGUYEN VAN HIEP	16 RUE DE LA GUYANE	02 40 66 03 02
RANGDE PHILIPPE	11 Boulevard Charpak	06 80 07 25 22
PRIN DANIEL	2 Bis ALLEE DES LILAS	02 40 17 00 17
<b>SAINT-VINCENT DES LANDES - 44590</b>		
AMIOUNI ELIAS	8 RUE D'ISSE	02 40 55 30 03
<b>SUCE SUR ERDRE - 44240</b>		
CHEVREUIL NICOLAS	245 RUE DESCARTES	02 40 77 71 50
<b>TOUVOIS - 44650</b>		
AUTRAND PHILIPPE	25 RUE DE L EGLISE	02 40 47 50 49
<b>VALLET 44330</b>		
VILA MARYVONNE	1 BOULEVARD DE L EUROPE	02 40 33 92 22
<b>VERTOU - 44120</b>		
LE DUIGOU CHRISTIAN	70 RUE DU PORT AUX MEULES	02 40 33 09 66
MARQUES PHILIPPE	115 ROUTE DE LA GARE	02 40 33 10 43
<b>VILLENEUVE EN RETZ - 44580</b>		
FEUILLETTE HERVE	3 ALLEE SIMONE VEIL	02 40 21 42 05

# COMMENT CREER UNE ADRESSE GMAIL

Pour créer une adresse e-mail Gmail, suivez ces étapes :

1. Accédez à la page de création de compte Gmail en vous rendant sur le site [www.gmail.com](http://www.gmail.com).
2. Cliquez sur le bouton "Créer un compte" ou "Se connecter" si vous ne disposez pas encore d'un compte Google.
3. Remplissez le formulaire d'inscription en fournissant les informations demandées. Cela inclut votre prénom, votre nom, votre nom d'utilisateur souhaité (qui sera votre adresse e-mail), un mot de passe, votre numéro de téléphone et votre date de naissance. Assurez-vous de choisir un nom d'utilisateur qui n'est pas déjà pris par quelqu'un d'autre.
4. Choisissez un mot de passe sécurisé en utilisant une combinaison de lettres, de chiffres et de caractères spéciaux. Essayez d'utiliser un mot de passe unique et évitez d'utiliser des informations personnelles évidentes.
5. Sélectionnez votre pays ou votre région dans la liste déroulante et fournissez votre numéro de téléphone. Cela permettra à Google de vous envoyer un code de vérification lors de la configuration de votre compte.
6. Cochez la case pour accepter les conditions d'utilisation et la politique de confidentialité de Google.
7. Si vous souhaitez recevoir des informations et des offres de la part de Google, vous pouvez cocher les cases correspondantes. Sinon, vous pouvez les laisser décochées.
8. Cliquez sur le bouton "Suivant" pour passer à l'étape suivante.
9. Vous serez invité à vérifier votre numéro de téléphone. Sélectionnez l'option de vérification par appel ou par SMS, puis suivez les instructions fournies pour recevoir votre code de vérification.
10. Entrez le code de vérification dans le champ prévu à cet effet et cliquez sur "Vérifier".
11. Une fois la vérification réussie, vous serez redirigé vers la page de configuration de votre compte Gmail, où vous pouvez personnaliser certaines options telles que la photo de profil, les paramètres de confidentialité, etc.
12. Félicitations ! Vous avez maintenant créé votre adresse e-mail Gmail. Vous pouvez accéder à votre boîte de réception en vous connectant à votre compte Gmail à l'aide de votre adresse e-mail et de votre mot de passe.

N'oubliez pas de garder votre mot de passe en sécurité et de vous déconnecter de votre compte lorsque vous ne l'utilisez pas, surtout si vous utilisez un ordinateur partagé.