

PRÉSENTATION AU JURY DE CERTIFICATION AS

I / FICHE RÉCAPITULATIVE (à compléter par l'IFAS)

Arrêté du 10 juin 2021 modifié relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux

Date du Jury de certification : _____

IFAS: _____

Date de rentrée de l'année scolaire (jj/mm/aa) _____

Nom de famille de l'apprenant : _____ Nom d'usage : _____

Prénoms : _____ Date de naissance : _____

Promotion initiale _____ Promotion de sortie _____

Cursus : Complet Avec dispenses et allègements → Diplômes ou titres : _____

• **Présentation au jury de certification :**

<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} inscription en IFAS	<input type="checkbox"/> Redoublement : <input type="checkbox"/> Bloc 1 <input type="checkbox"/> Bloc 2 <input type="checkbox"/> Bloc 3 <input type="checkbox"/> Bloc 4 <input type="checkbox"/> Bloc 5	<input type="checkbox"/> Triplement (mesure exceptionnelle) : <input type="checkbox"/> Bloc 1 <input type="checkbox"/> Bloc 2 <input type="checkbox"/> Bloc 3 <input type="checkbox"/> Bloc 4 <input type="checkbox"/> Bloc 5	<input type="checkbox"/> Stage de rattrapage : <input type="checkbox"/> Bloc 1 <input type="checkbox"/> Bloc 2 <input type="checkbox"/> Bloc 3 <input type="checkbox"/> Bloc 4 <input type="checkbox"/> Bloc 5
---	---	---	--

- **Absences** : % de la durée totale de la formation à réaliser par l'apprenant.

<input type="checkbox"/> A réalisé l'ensemble des périodes de stage requises pour sa formation <input type="checkbox"/> A réalisé une expérience de nuit <input type="checkbox"/> A réalisé une expérience de week-end	<input type="checkbox"/> A réalisé un stage accueillant des personnes en situation de handicap physique ou psychique <input type="checkbox"/> A réalisé un stage accueillant des personnes âgées
--	---

- **Enseignements à l'institut de formation* :**

Notes	BLOC 1		BLOC 2			BLOC 3		BLOC 4		BLOC 5	
	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11
	Module 1	Module 2	Module 3	Module 4	Module 5	Module 6	Module 7	Module 8	Module 9	Module 10	Module 11
Session initiale											
Session rattrapage											
Note retenue											

- **Enseignement en milieu professionnel* :**

C. validée Oui/non	BLOC 1		BLOC 2			BLOC 3		BLOC 4		BLOC 5	
	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11
A											
B											
C											
D											
Rattrapage**	Session n°_										

*d = dispense

** Préciser le numéro de session (rattrapage lors de la 1^{ère} année d'inscription= session n°2, lors du redoublement n° 3 ou 4, lors d'un triplement n° 5 ou 6)

II/ PROPOSITION DE VALIDATION DES BLOCS DE COMPETENCES AU JURY DE CERTIFICATION

(À compléter par l'IFAS)

Proposition de validation par commission d'acquisition des résultats	BLOC 1 <i>Accompagnement et soins de la personne dans les activités de sa vie quotidiennes et de sa vie sociale</i>	BLOC 2 Évaluation de l'état clinique et mise en œuvre de soins adaptés en collaboration	BLOC 3 Information et accompagnement des personnes et de leur entourage, des professionnels et des apprenants	BLOC 4 Entretien de l'environnement immédiat de la personne et des matériels liés aux activités en tenant compte du lieu et des situations d'intervention	BLOC 5 Travail en équipe pluri-professionnelle et traitement des informations liées aux activités de soins, à la qualité/gestion des risques
oui / non					

Argumentation (si résultats tangents) et Appréciation générale :

Date :

Nom, prénom et signature du Directeur de l'IFAS + cachet :

III/ DÉCISION DU JURY DE CERTIFICATION

(À compléter par le jury de certification)

Validation par le jury de certification	BLOC 1 <i>Accompagnement et soins de la personne dans les activités de sa vie quotidiennes et de sa vie sociale</i>	BLOC 2 Évaluation de l'état clinique et mise en œuvre de soins adaptés en collaboration	BLOC 3 Information et accompagnement des personnes et de leur entourage, des professionnels et des apprenants	BLOC 4 Entretien de l'environnement immédiat de la personne et des matériels liés aux activités en tenant compte du lieu et des situations d'intervention	BLOC 5 Travail en équipe pluri-professionnelle et traitement des informations liées aux activités de soins, à la qualité/gestion des risques
oui / non					

Attribution du diplôme d'État d'aide-soignant

Admis

Ajourné

Date :

Nom, prénom et signature du président du jury de certification