

Diplôme d'Etat Auxiliaire de Puériculture

Niveau 4 - RNCP 35832

Certificateur : Ministère chargé de la Santé

**Dossier
d'inscription**
Rentrée Août 2025

Formation en Apprentissage



Scannez !



Informations générales

Conditions

La formation au Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Puériculture est accessible sans condition de diplôme.

Pour la formation en apprentissage, les candidats doivent être âgés de 17 minimum à 30 ans à la date d'entrée en formation.

Calendrier

- Période d'inscription : **Du lundi 24 mars 2025 au mardi 10 juin 2025 23h59** (délai de rigueur)
- Date limite de dépôt des dossiers de candidature : **Mercredi 27 août 2025, sous réserve des places restantes disponibles et de la production du dossier médical complet**
- Pré-rentree : **Mercredi 9 juillet 2025 (présence obligatoire)**
- Rentrée : **Jeudi 28 août 2025**

Modalités d'envoi de votre dossier

Attention choisir une seule modalité d'envoi parmi les deux proposées

- Envoi du dossier par voie postale **en courrier simple ou courrier suivi** (pas de recommandé avec accusé réception) à retourner à l'adresse suivante :

**IFAS – Institut Supérieur Clorivière
119 boulevard Diderot
75012 PARIS**

ou

- Dépôt sur place : **du lundi au vendredi de 9h30 à 16h00 (métro Nation ou Reuilly Diderot)**

Les voies d'accès à la formation conduisant au DEAP

Accès direct pour les personnes ayant déjà été sélectionnées à l'issue d'un entretien avec un employeur pour un contrat d'apprentissage sous réserve de produire :

- 1° Une copie de la pièce d'identité de l'apprenti ;
- 2° Une lettre de motivation avec description du projet professionnel de l'apprenti ;
- 3° Un curriculum vitae de l'apprenti ;
- 4° Une copie du contrat d'apprentissage signé ou tout document justifiant de l'effectivité des démarches réalisées en vue de la signature imminente du contrat d'apprentissage.

Le bénéfice de l'admission est valable uniquement pour la session de formation au titre de laquelle le candidat s'est inscrit.

Les dossiers d'inscription sont recevables jusqu'au mercredi 27 août 2025, sous réserve des places restantes disponibles et de la production du dossier médical complet.

Pour les candidats n'ayant pas trouvé d'employeur, possibilité de débiter la formation. Après le démarrage, si dans un délai de trois mois, le candidat n'a toujours pas d'employeur, il devra arrêter la formation.

Le passage vers la formation initiale n'est pas possible.

Places ouvertes

35 places ouvertes en formation en apprentissage

Objectifs de la formation

La certification mise en place par l'arrêté du 10 juin 2021 vise à répondre aux évolutions du rôle de l'auxiliaire de puériculture.

En tant que professionnel de santé, l'auxiliaire de puériculture est autorisé à dispenser des activités d'éveil et d'éducation et réaliser des soins d'hygiène et de confort pour préserver et restaurer la continuité de la vie, le bien-être et l'autonomie de l'enfant, dans le cadre du rôle propre de l'infirmier et des actes spécifiques définis prioritairement pour l'infirmière puéricultrice, en collaboration et dans le cadre d'une responsabilité partagée.

Trois missions reflétant la spécificité du métier sont ainsi définies :

- Accompagner l'enfant dans les activités de sa vie quotidienne et sociale ;
- Collaborer au projet de soins personnalisé dans son champ de compétences ;
- Contribuer à la prévention des risques et au raisonnement clinique interprofessionnel.

Durée de la formation

18 mois - Sur la base de 35 heures par semaine

De août 2025 à février 2027 : 44 semaines soit

1540 heures : 770 heures de théorie et 770 heures de pratique

Les apprentis bénéficient de congés légaux calculés sur la durée de formation et pris sur le temps employeur.

Calendrier détaillé disponible sur le site internet : <https://www.cloriviere.paris/>

Déroulé de la formation

5 blocs de compétences comprenant 10 modules

Bloc 1 : Accompagnement et soins de l'enfant dans les activités de sa vie quotidienne et de sa vie sociale

Module 1 : Accompagnement de l'enfant dans les activités de sa vie quotidienne et de sa vie sociale.

Module 1 bis: Activités d'éveil, de loisirs, d'éducation et d'accompagnement à la vie sociale.

Module 2 : Repérage et prévention des situations à risque.

Bloc 2 : Evaluation de l'état clinique et mise en œuvre de soins adaptés en collaboration

Module 3 : Evaluation de l'état clinique d'une personne ;

Module 4 : Mise en œuvre des soins adaptés, évaluation et réajustement.

Module 5 : Accompagnement à la mobilité de la personne aidée.

Bloc 3 : Information et accompagnement des personnes et de leur entourage, des professionnels et des apprenants

Module 6 : Relation et communication avec la personne et son entourage.

Module 7 : Accompagnement des personnes en formation et communication avec ses pairs.

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

Module 8 : Entretien des locaux et des matériels et prévention des risques associés.

Bloc 5 : Travail en équipe pluriprofessionnelle et traitement des informations liées aux activités de soins, à la qualité/gestion des risques

Module 9 : Traitement des informations.

Module 10 : Travail en équipe pluriprofessionnelle, qualité et gestion des risques.

Les stages

4 stages dont 3 stages de 175h d'une durée de 5 semaines chacun et 1 stage dit d'intégration de 245h d'une durée de 7 semaines.

Ils seront effectués en milieu hospitalier et extrahospitalier sur une durée de 22 semaines.

Dispense de certains stages pour les titulaires du CAP AEPE, BAC pro ASSP, DEAES, ADVF, DEAS, ARM, AMBULANCIER, ASMS

Tarifs de la formation

Financement par l'employeur

Cursus complet : 12150 euros

Devis détaillés disponible sur le site internet : <https://www.cloriviere.paris/>

Frais annexes à la charge de l'apprenti

Dossier d'admission : 100 euros.

Tenues professionnelles : 57 €.

Fiche d'inscription (à remplir en majuscule) 1/2

Partie réservée à l'IFAP – Dossier N°

Date de réception dossier	Modalité réception	Dossier complet	Promesse d'embauche
Le	Poste Sur place	Oui Non	Oui Non

Madame ☐ Monsieur ☐

Nom de naissance :

Nom d'épouse :

Prénom(s) (dans l'ordre de l'état civil) :

Photo récente
obligatoire
à coller

Date de naissance : Lieu de naissance **et** Département :

Pays de naissance : Nationalité :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : E-mail :

Situation de famille : Célibataire ☐ Union libre ☐ Marié (e) ☐ Autre :

Enfants à charge : Oui ☐ Non ☐ Nombre d'enfants : Age du ou des enfant(s) :

Situation de handicap : Oui ☐ Non ☐ (Si oui, joindre la copie de la notification RQTH ou récépissé de dépôt de demande)

Situation de handicap : Oui ☐ Non ☐

(Si oui, joindre la copie de la notification RQTH ou récépissé de dépôt de demande)

Diplômes ou Titres : ☐ Aucun diplôme

Titre ou Diplôme ouvrant droit à dispense et /ou équivalence. Précisez lequel ci-dessous :

- | | | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> CAP AEPE | <input type="checkbox"/> DEAS 2005 | <input type="checkbox"/> DEAS 2021 | <input type="checkbox"/> BAC pro ASSP | <input type="checkbox"/> BAC pro SAPAT |
| <input type="checkbox"/> ADVF | <input type="checkbox"/> ASMS | <input type="checkbox"/> DEAES2016 | <input type="checkbox"/> DEAES 2021 | <input type="checkbox"/> ARM |
| <input type="checkbox"/> Ambulancier | | | | |

☐ Attestation de scolarité pour les étudiants ayant suivi une première année d'étude conduisant au Diplôme d'État d'infirmier et n'ayant pas été admis en deuxième année.

Parcours de formation choisi : Formation en Apprentissage ☐

☐ J'ai pris connaissance des modalités d'inscription : "Les dossiers d'inscription en apprentissage sont recevables jusqu'au 27 août 2025, sous réserve des places restantes disponibles et de la production du dossier médical complet. Pour les candidats n'ayant pas trouvé d'employeur, possibilité de débiter la formation. Après le démarrage, si dans un délai de trois mois, le candidat n'a toujours pas d'employeur, il devra arrêter la formation. Le passage vers la formation initiale n'est pas possible. ».

Date :

Signature

Candidat avec promesse d'embauche en apprentissage (à remplir en majuscule) 2/2

Coordonnées du candidat à l'apprentissage

Madame ☐

Monsieur ☐

Nom de naissance :

Prénom(s) (dans l'ordre de l'état civil) :

Date de naissance : Lieu de naissance **et** Département :

Coordonnées complètes de l'employeur qui propose un contrat d'apprentissage

Entreprise d'accueil et adresse :

Code postal : Ville :

Entretien mené avec (nom et prénom) :

Poste occupé dans l'entreprise :

Téléphone : E-mail :

Nom et prénom de la personne à contacter pour le contrat d'apprentissage :

Poste occupé dans l'entreprise,

Téléphone : E-mail :

*Je , soussigné (e) NOM et Prénom.....certifie
exacts les renseignements fournis sur ce dossier, et déclare avoir été informé(e) que toute fausse
déclaration entraînerait l'annulation de ma candidature.*

Date :

Signature

Pièces constituant le dossier d'inscription

- ☐ Fiche d'inscription comportant les deux pages (2/2) dûment complétée, datée et signée.
- ☐ Photocopie couleur recto / verso de la carte d'identité
- ☐ Pour les ressortissants étrangers un titre de séjour valide à l'entrée en formation.
- ☐ Curriculum vitae.
- ☐ Lettre de motivation obligatoirement manuscrite.
- ☐ Copie du contrat d'apprentissage ou promesse d'embauche de l'employeur.
- ☐ Extrait du casier judiciaire vierge datant de moins de 3 mois à la date de rentrée (Bulletin n° 3)
<https://casier-judiciaire.justice.gouv.fr/>
- ☐ Attestation honorabilité. La demande se fait en ligne via le site suivant :
<https://honorabilite.social.gouv.fr>.
- ☐ Attestation d'affiliation à la Caisse Primaire Assurance Maladie (CPAM) mise à jour.

En fonction de la situation du candidat, nous joindre :

- ☐ Copie des originaux de ses diplômes ou titres traduits en Français, le cas échéant.
- ☐ Copie des relevés de résultats et appréciations ou bulletins scolaires des classes de première et terminale (datant de moins de 3 ans).
- ☐ Attestations de travail, accompagnées éventuellement des appréciations et/ou recommandations de l'employeur.
- ☐ Justificatif valorisant un engagement ou une expérience personnelle (*associative, sportive...*) en lien avec la profession d'auxiliaire de puériculture.
- ☐ Pour les personnes en situation de handicap :
 - ☐ Notification RQTH ou, le cas échéant, un récépissé de dépôt de demande.
 - ☐ Formulaire intitulé « Attestation médicale concernant les aménagements nécessaires pour les épreuves de sélection orale ».

Règlement Général sur la Protection des Données

loi « informatique et libertés »

En complétant et en envoyant le présent dossier d'inscription, les candidats consentent à ce que leurs données personnelles soient traitées dans les conditions et selon les modalités définies ci-après et s'engagent à en respecter les termes et conditions.

Les données personnelles des candidats collectées par l'ISC sont les données susmentionnées dans la fiche d'inscription ainsi que les documents prévus dans les pièces à joindre. La finalité de la collecte de ces données personnelles est l'analyse et le traitement du dossier d'admission des candidats afin de permettre la sélection des futurs élèves de l'ISC sur la base de critères définis.

L'ISC s'engage à ne traiter les données personnelles que pour la finalité visée ci-dessus, à l'exclusion de toute autre finalité.

L'ISC s'engage à mettre en œuvre les mesures techniques et organisationnelles appropriées afin d'assurer la protection des données personnelles et à assortir leur traitement des garanties nécessaires, en conformité avec les exigences de la Réglementation Applicable.

Conformément à la Réglementation Applicable, chaque candidat dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de ses données personnelles. Dans certaines circonstances, il dispose également du droit de s'opposer au traitement de ses données personnelles pour des raisons tenant à sa situation particulière, ainsi que le droit de solliciter la limitation des traitements effectués par l'ISC.

Pour mettre en œuvre l'un de ces droits, il convient d'en faire la demande en ligne à l'adresse suivante : contact.ifasifap@cloriviere.paris ou par courrier postal à l'adresse suivante : Institut Supérieur Clorivière – Chef d'Etablissement - 119 boulevard Diderot – 75012 Paris. L'ISC s'engage à traiter toutes les demandes dans les meilleurs délais.

Dossier médical : informations générales

Informations concernant tous les candidats concernant la délivrance de certificats médicaux :

L'admission définitive est subordonnée :

- A la production **au plus tard le jour de la rentrée** d'un certificat médical émanant d'un médecin agréé par l'ARS attestant que le candidat n'est atteint d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession d'auxiliaire de puériculture.
- A la production, **au plus tard le jour de la rentrée** d'un certificat médical attestant que l'élève remplit les obligations d'immunisation et de vaccination.

Pathologie chronique ou aiguë du candidat dont l'état de santé est non stabilisé ou en cours de stabilisation :

Le candidat est informé qu'il a une obligation de transparence sur la réalité de son état de santé lors de sa consultation devant le médecin agréé par l'ARS. Ce dernier doit être en mesure de se prononcer sur l'aptitude physique comme psychique du candidat à suivre la formation et cela de façon éclairée.

En cas de découverte par l'IFAS à l'issue de la rentrée en formation d'une situation qui ne serait pas en adéquation avec le certificat médical produit, il peut être mis fin à la formation.

Informations spécifiques pour les candidats en situation de handicap :

Tout candidat déclarant être en situation de handicap-RQTH doit fournir une notification RQTH ou, le cas échéant, le récépissé de dépôt de demande.

Dans le cadre d'une demande d'aménagement du suivi de formation, tout candidat doit nous fournir un certificat médical mentionnant les aménagements préconisés. L'institut de formation peut être amené à organiser un RDV ou un échange téléphonique afin de déterminer la compatibilité d'aménagements demandés par le médecin avec les conditions de réalisation du suivi de la formation.

En cas d'admission au sein de l'institut de formation, un rendez-vous avec le référent handicap aura lieu à la rentrée et les aménagements nécessaires pour le suivi de la formation seront à évaluer pour les :

- Aménagements physiques (*lors des cours, en salle de TP, lors des TD*),
- Aménagements théoriques en IFAS (*lors des cours, en salle de TP, lors des TD*),
- Aménagements en stages cliniques,
- Aménagements au poste de travail (*Apprentis-Contrat de professionnalisation*).

CONSEIL PARCOURS MEDICAL

Afin de minimiser le nombre de RDV chez votre médecin, **nous vous conseillons de consulter votre médecin traitant afin de faire un point sur l'ensemble des vaccinations. Apportez votre carnet de santé ou carnet de vaccination.**

Zoom concernant le vaccin contre l'hépatite B

Schéma vaccinal Hépatite B complet :

1. Si schéma vaccinal hépatite B est **complet : 3 injections**
2. Faire une sérologie (prise de sang) pour mesurer votre immunité Hépatite B (taux anticorps)
3. Après réception des résultats sanguins, **faire remplir l'attestation d'immunisation et de vaccination obligatoire par votre médecin traitant**
4. **Prendre RDV avec un médecin agréé ARS** en y apportant l'attestation d'immunisation et de vaccinations obligatoires dûment rempli par votre médecin traitant.
5. **Faire remplir par le médecin agréé ARS :**
 - le certificat médical autorisant les stages en établissement de santé, médicaux sociaux et structures d'accueil de petite enfance
 - et pour les personnes en situation de handicap, l'attestation relatives aux aménagements nécessaires pour la formation

Schéma vaccinal Hépatite B absent ou incomplet :

1. Si schéma vaccinal hépatite B **absent ou incomplet**, voir avec votre médecin traitant pour démarrer ou poursuivre votre schéma vaccinal
2. Faire une sérologie (prise de sang) pour mesurer votre immunité Hépatite B (taux anticorps)
3. Après réception des résultats sanguins, **faire remplir l'attestation d'immunisation et de vaccination obligatoire par votre médecin traitant**
4. **Prendre RDV avec un médecin agréé ARS** en y apportant l'attestation d'immunisation et de vaccinations obligatoires dûment rempli par votre médecin traitant.
5. **Faire remplir par le médecin agréé ARS :**
 - le certificat médical autorisant les stages en établissement de santé, médicaux sociaux et structures d'accueil de petite enfance
 - et pour les personnes en situation de handicap, l'attestation relatives aux aménagements nécessaires pour la formation

Pour rappel votre admission définitive en IFAS est subordonnée à la production de :

- l'attestation d'immunisation et de vaccinations obligatoires (**complétée par le médecin traitant**)
- du certificat médical autorisant les stages en établissement de santé, médicaux sociaux et structures d'accueil de petite enfance (**complété par le médecin agréé ARS**).

Liste des médecins agréés ARS, cliquez sur le lien : [Listes de médecins agréés en Île-de-France | Agence régionale de santé Ile-de-France \(sante.fr\)](#)

Attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires

Datant de moins de 3 mois à la date d'entrée en formation

Attention : nul si document incomplet, raturé ou surchargé

Je soussigné(e) Docteur :

certifie que M./Mme : satisfait aux obligations d'immunisation mentionnées à l'article L3111-4 et L3111-1 du code de la Santé Publique (selon les arrêtés du 02/08/2013 et 02/03/2017 fixant les conditions l'immunisation des personnes visées à l'article L.3111-4 et L3111-1 du code de la Santé Publique)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES : toutes les vaccinations obligatoires doivent être à jour pour la rentrée en formation

Dernier Rappel effectué	Nom du vaccin	Date	N° lot
• DTP			
• ROR			

AUTRE VACCINATION OBLIGATOIRE : Contre l'hépatite B

Vaccination contre l'hépatite B	Nom du vaccin	Date	N° lot
1ère injection			
2ème injection			
3ème injection			
Sérologie* (Ac Anti-HBs et Anti-HBc)	Résultat :		

- Immunisé(e) contre l'hépatite B : ☐ OUI ☐ NON

- Non répondeur(se) à la vaccination : ☐ OUI ☐ NON

- Contre-indication médicale à la vaccination contre l'hépatite B** : ☐ OUI ☐ NON

**Tout au long de votre formation, les terrains de stage peuvent demander une sérologie récente contre l'hépatite B*

****Une contre-indication à la vaccination contre l'hépatite B correspond à une inaptitude à une orientation vers les professions paramédicales listées dans l'arrêté du 6 mars 2007, dans la mesure où il n'existe pas de poste de travail de soignant qui pourrait être considéré comme n'étant pas à risque d'exposition.**

NB : Le vaccin contre la coqueluche est fortement recommandé pour les professions médicales et paramédicales. Il est important de vérifier l'immunisation contre la varicelle.

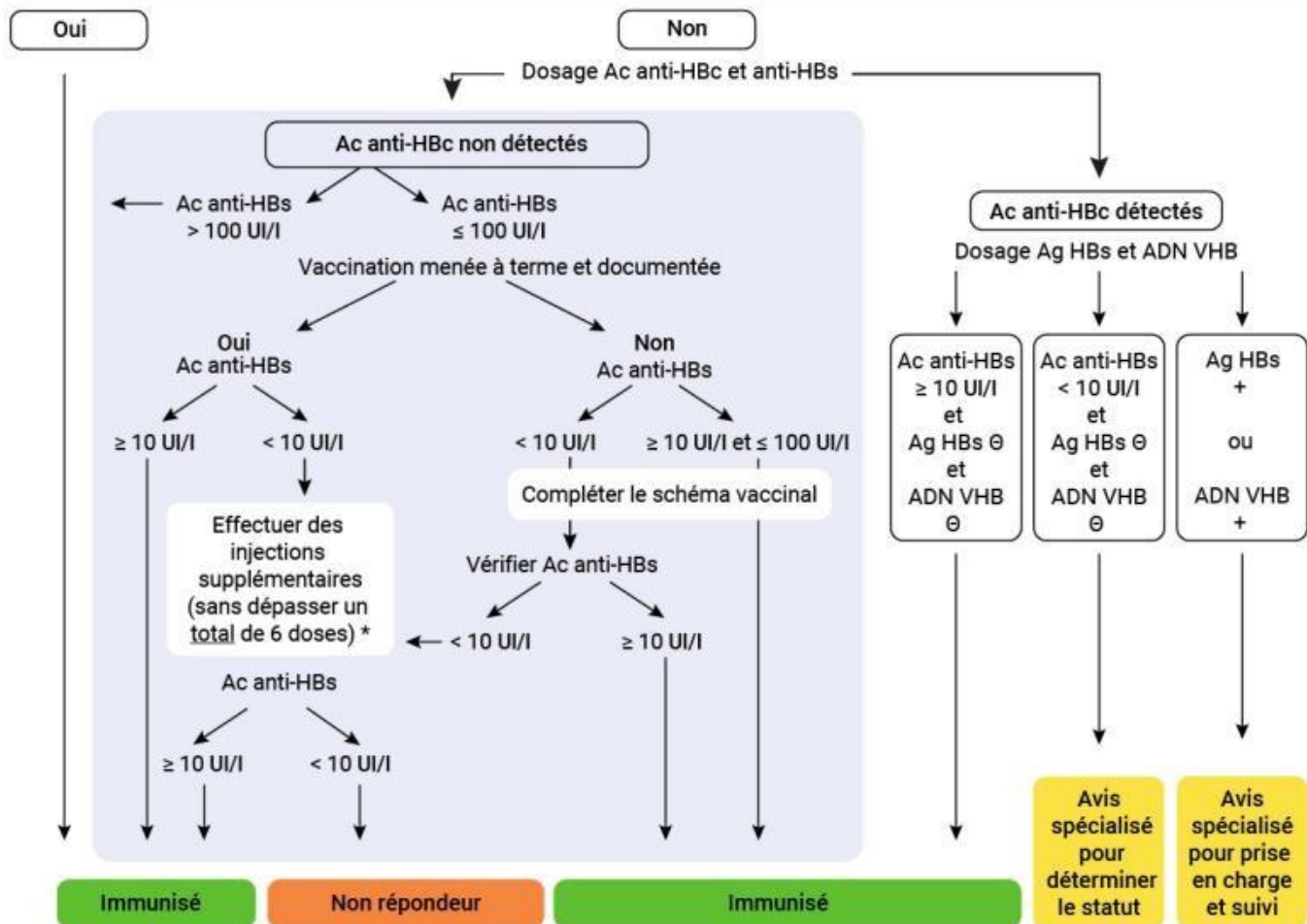
RADIOLOGIE PULMONAIRE OBLIGATOIRE

Radio pulmonaire datant de moins de 3 mois à l'entrée en formation	Date :
--	--------

Date : **Signature et cachet du médecin :**

Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 et dont les conditions sont fixées par l'arrêté du 2 août 2013.

Attestation d'un résultat, même ancien, montrant des Ac anti-HBs > 100 UI/l



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

* Sauf cas particulier voir 4^e de l'annexe 2 de l'arrêté.

Certificat médical autorisant les stages en établissement de santé médico-sociaux et structures d'accueil de petite enfance

Datant de moins de 3 mois à la date d'entrée en formation

Attention : nul si document incomplet, raturé ou surchargé

Année scolaire 2025/2026/2027 (par voie d'apprentissage)

Je soussigné(e) :

Docteur en médecine agréé(e) par l'ARS sous le numéro :

et figurant sur l'arrêté préfectoral en cours relatif à la désignation des médecins agréés-e-s,

Après avoir examiné ce jour Mme / M

Né(e) le

Demeurant à

satisfait aux obligations d'immunisation mentionnées à l'article L3111-4 et L3111-1 du code de la Santé Publique *(selon les arrêtés du 02/08/2013 et 02/03/2017 fixant les conditions l'immunisation des personnes visées à l'article L.3111-4 et L3111-1 du code de la Santé Publique)*

Certifie qu'elle / il ne présente aucune contre-indication physique ou psychologique à l'exercice de la profession d'Auxiliaire de puériculture.

A, le

Cachet du Médecin agréé ARS

Signature du Médecin agréé ARS

Attestation médicale concernant les aménagements nécessaires pour la formation d'Auxiliaire de Puériculture

Datant de moins de 3 mois à la date d'entrée en formation

Attention : nul si document incomplet, raturé ou surchargé

A FAIRE REMPLIR UNIQUEMENT POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Année scolaire 2025/2026/2027 (par voie d'apprentissage)

Je soussigné(e) :

Docteur en médecine agréé(e) par l'ARS sous le numéro :

et figurant sur l'arrêté préfectoral en cours relatif à la désignation des médecins agréés-e-s,

Après avoir examiné ce jour Mme / M

Né(e) le

Demeurant à

Certifie que le/la candidat(e) :

☐ Doit bénéficier tout ou partie des aménagements ci-dessous durant la formation :

✓ Reformulation des consignes : ☐ OUI ☐ NON

✓ 1/3 temps supplémentaire : ☐ OUI ☐ NON

✓ Mise à disposition d'un ordinateur (*si difficulté graphique/motricité fine*) : ☐ OUI ☐ NON

✓ Autre :

☐ N'a pas besoin d'aménagement spécifique.

A, le

Cachet du Médecin agréé ARS

Signature du Médecin agréé ARS

Notes

Date limite de dépôt du dossier

Mercredi 27 août 2025



**Institut de Formation
Auxiliaire de puériculture
119 boulevard Diderot
75012 Paris**

N° déclaration activité 11 75 55263 75

Nous contacter :

Inscriptions.ap.as@cloriviere.paris

Téléphone : 01 47 83 68 44

En partenariat avec

