

FORMATION DIPLOME D'ETAT D'AIDE-SOIGNANT

# INFORMATIONS ET INSCRIPTION SELECTION PRINTEMPS 2024

## Voie scolaire – Voie de l'alternance

### Rentrée le Lundi 26 Août 2024

**Institut Formation Aides-Soignants**

**IFSO La Roche sur Yon**

*177 Rue d'Aubigny BP80338*

*85000 La Roche sur Yon*

*(au sein du Centre Hospitalier Mazurelle)*

**☎ : 02 51-62-67-27**

Email : [ifaslaroche@ifso-asso.org](mailto:ifaslaroche@ifso-asso.org)

Site Internet : [www.ifso-asso.org](http://www.ifso-asso.org)

## INFORMATIONS IMPORTANTES

Vous souhaitez vous inscrire pour les épreuves de sélection à l'entrée en formation conduisant au diplôme d'état d'aide-soignant, pour la rentrée **d'Août 2024**.

**MERCI DE LIRE ATTENTIVEMENT CE DOCUMENT DANS SON INTÉGRALITÉ POUR**

- Connaître les conditions d'admission aux épreuves de sélection ;
- Constituer votre dossier de candidature dans les meilleures conditions ;
- **Préparer votre dossier de vaccinations dès maintenant** (conformément à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France).

Attention : pour cette formation, il est important d'avoir une **autonomie pour les déplacements**, car les transports en commun ne sont pas toujours compatibles avec les affectations en stage :

- Horaires possibles : soir, matin, nuit ou le week-end.

Des solutions / aménagements pourront être trouvés par l'IFSO sur le premier stage, mais pas sur la totalité du parcours de formation.

**VOUS POUVEZ VOUS INSCRIRE POUR :**

- **UN SEUL IFAS par département pour la voie scolaire**
- **UN SEUL IFAS par région pour la voie de l'alternance**

**Les candidatures multiples seront contrôlées et une seule candidature sera prise en compte.**

*Cette sélection est organisée sous le contrôle de l'Agence Régionale de Santé Pays de Loire.*

## CALENDRIER DE SELECTION

<b>Début des candidatures</b> avec retrait possible des dossiers par le site internet ou à l'accueil de l'institut	<b>Jeudi 22 février 2024</b>
<b>Fin des candidatures</b>	<b>Samedi 15 juin 2024 minuit (cachet de la poste faisant foi)</b>
<b>Période des oraux de sélection</b>	<b>Sur convocation</b> envoyé par mail
<b>Affichage des résultats</b> sur le site internet IFAS IFSO La RSY	<b>Mardi 25 juin 2024 à 10 heures</b> Un courrier sera envoyé à chaque candidat

Vous disposez **d'un délai de sept jours ouvrés pour valider votre inscription en institut de formation en cas d'admission sur liste principale**. Au-delà de ce délai, vous êtes présumé avoir renoncé à son admission et votre place est proposée au candidat inscrit sur la liste complémentaire. Le bénéficiaire de l'admission est valable uniquement pour la session de formation au titre de laquelle le candidat s'est inscrit.

La liste des affectations définitives est transmise par le directeur de l'institut de formation à l'Agence Régionale de Santé.

## CONDITION DE RESTITUTION DU DOSSIER DE CANDIDATURE

Vous devez restituer votre dossier complet (cf. « liste des pièces à joindre au dossier ») à l'adresse suivante :

### IFAS IFSO La Roche sur Yon

177 rue d'Aubigny- BP 80338  
85008 La Roche sur Yon Cedex

Au choix

#### Envoi du dossier complet par la poste

En lettre simple ou lettre suivie ou lettre recommandée sans AR.

#### Remise en mains propres au sein des locaux de l'IFSO

Du lundi au vendredi 8h30-16h30

**Aucun envoi de dossier par mail ne sera accepté.**

## CHOISIR SON DISPOSITIF DE FORMATION

Le candidat fait le choix de la formation voie scolaire ou voie de l'alternance selon le cursus adapté à son parcours antérieur (cursus complet ou cursus partiel). Les candidats bénéficiant de dispenses ou d'allègement du fait de leur diplôme antérieur ne peuvent pas s'inscrire sur le parcours complet.

Selon l'arrêté du 10 juin 2021 (article 14 et annexe VII), des équivalences de compétences, de blocs de compétences ou des allègements partiels ou complets de certains modules de formation sont accordées aux élèves titulaires de certains titres ou diplômes :

- **DEAP** : Diplôme d'État d'auxiliaire de puériculture
- **BAC PRO ASSP** : Baccalauréat professionnel "Accompagnement Soins et Services à la Personne" option "A domicile" et option "En structure sanitaire, sociale ou médicosociale"
- **BAC PRO SAPAT** : Baccalauréat professionnel spécialité "Services aux personnes et aux territoires"
- **ADV F** : Titre professionnel d'assistant de vie aux familles
- **ASMS** : Titre professionnel d'agent de service médico-social
- **DEAES** : Diplôme d'État d'accompagnant éducatif et social (spécialités "à domicile", "en structure collective", "éducation inclusive et vie ordinaire")
- **DEAMP** : Diplôme d'État d'aide médico-psychologique
- **DEAVS** : Diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale
- **ARM** : Diplôme d'assistant de régulation médicale
- **AMBULANCIER** : Diplôme d'État d'ambulancier

Lorsque le candidat possède plusieurs diplômes permettant un allègement, les allègements se cumulent.

Plus de détail sur note page : <https://www.ifso-asso.org/programmes-partiels/>

## L'IFSO VOUS PROPOSE 2 DISPOSITIFS DE FORMATION :

### **DISPOSITIF 1 : Voie scolaire**

- La formation se déroulera sur une durée de 11 mois pour un cursus complet
- Si vous disposez d'un diplôme vous permettant d'avoir une dispense ou un allègement de parcours (cursus non complet), la formation se déroulera sur une durée de 6 à 12 mois selon le diplôme antérieur.

### **DISPOSITIF 2 : Voie de l'alternance (apprentissage, contrat de professionnalisation)**

#### **Qu'est-ce que l'apprentissage ?**

L'apprentissage repose sur le principe de l'alternance entre enseignement théorique (cours), enseignement clinique (stages) et enseignement du métier chez l'employeur, avec lequel l'apprenti a signé son contrat de travail.

#### **A qui s'adresse la formation aide-soignante par l'apprentissage ?**

Tout candidat âgé de moins de 30 ans (ou sans limite d'âge pour les personnes reconnues travailleurs handicapés), peut réaliser cette formation par l'apprentissage, sans diplôme requis.

- La formation se déroulera sur une durée de 18 mois pour un cursus complet
- Si vous disposez d'un diplôme vous permettant d'avoir une dispense ou un allègement de parcours (cursus non complet), la formation se déroulera sur une durée moyenne de 10 à 12 mois (selon le diplôme antérieur)

## **CONDITIONS D'ACCES A LA FORMATION**

La formation conduisant au diplôme d'état d'aide-soignant est réglementée par **l'arrêté du 12 avril 2021, relatif aux modalités d'admission aux formations conduisant aux diplômes d'état d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture.**

#### **Arrêté du 12 avril 2021, extraits :**

**Article 1** Les formations conduisant au diplôme d'état d'aide-soignant [...] sont accessibles, sans condition de diplôme, par les voies suivantes :

Les candidats doivent être âgés de **dix-sept ans au moins à la date d'entrée en formation.**

Selon l'arrêté du 10 juin 2021 (article 14 et annexe VII), des équivalences de compétences, de blocs de compétences ou des allègements partiels ou complets de certains modules de formation sont accordées aux élèves titulaires de certains titres ou diplômes :

Plus de détail sur note page : <https://www.ifso-asso.org/programmes-partiels/>

Lorsque le candidat possède plusieurs diplômes permettant un allègement, les allègements se cumulent.

**Article 8 ter** : L'admission définitive est subordonnée :

1. À 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.**
2. À 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 prévues.**

## ÉPREUVES DE SÉLECTION SUR DOSSIER ECRIT ET ENTRETIEN ORAL

La sélection se fait sur dossier et entretien d'une durée de 20 minutes, conformément à l'arrêté du 12 avril 2021 portant diverses modifications relatives aux conditions d'accès aux formations conduisant aux diplômes d'État d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture.

Les candidats soumis à la sélection sont évalués selon une même grille d'évaluation et une même échelle d'indicateurs, toutes les deux définies pour la Région Pays de la Loire et en adéquation avec les critères nationaux. Le dossier fait l'objet d'une cotation qui est affinée avec l'entretien de sélection.

Les attendus et critères nationaux sont les suivants :

Attendus	Critères
Intérêt pour le domaine de l'accompagnement et de l'aide à la personne notamment en situation de vulnérabilité	Connaissances dans le domaine sanitaire, médico-social, social ou sociétal
Qualités humaines et capacités relationnelles	Aptitude à faire preuve d'attention à l'autre, d'écoute et d'ouverture d'esprit
	Aptitude à entrer en relation avec une personne et à communiquer
	Aptitude à collaborer et à travailler en équipe
Aptitudes en matière d'expression écrite, orale	Maîtrise du français et du langage écrit et oral
	Pratique des outils numériques
Capacités d'analyse et maîtrise des bases de l'arithmétique	Aptitude à élaborer un raisonnement logique à partir de connaissances et de recherches fiables
	Maîtrise des bases de calcul et des unités de mesure
Capacités organisationnelles	Aptitudes d'observation, à s'organiser, à prioriser les activités, autonomie dans le travail

Les connaissances et aptitudes peuvent être vérifiées dans un cadre scolaire, professionnel, associatif ou autre.

## DISPENSES DE L'ORAL DE SELECTION– VOIE DE L'ALTERNANCE

Le candidat **ayant** un **contrat d'apprentissage** signé avec un employeur doit adresser à l'institut, un dossier comprenant :

1. La fiche de candidature complétée (disponible en annexe) ;
2. Une copie de la carte d'identité (recto/verso) ou du passeport, en cours de validité, de l'apprenti ;  
OU pour les ressortissants hors Union Européenne, un titre de séjour valide qui couvre la durée de la formation et permettant l'accès aux stages de formation professionnelle
3. Une lettre de motivation avec description du projet professionnel de l'apprenti ;
4. Un curriculum vitae de l'apprenti ;
5. Une copie des diplômes, titres ou certifications professionnelles ;
6. La fiche « Coursus de formation » complétée ;
7. 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.

**La dispense de l'entretien de sélection ne concerne que les candidats avec un contrat d'apprentissage signé (ou à défaut une promesse de recrutement en apprentissage).**

Pas de dispense d'oral de sélection pour les candidats sans employeur OU avec un contrat de professionnalisation ou contrat Pro A ou autre contrat. Dans ce cas, les candidats devront fournir l'ensemble des pièces et seront convoqués à l'entretien de sélection.

**L'IFSO possède son propre CFA**, les employeurs devront nous contacter directement pour établir les contrats en alternance (apprentissage, contra Pro, Pro A).

## AMENAGEMENT DE LA SCOLARITE POUR LES CANDIDATS EN SITUATION DE HANDICAP

Conformément aux textes officiels (circulaire n°2006-215 du 26 décembre 2006 ; décret n°2005-1617 du 21 décembre 2005 ; circulaire n°2011-220 du 27 décembre 2011), les candidats présentant un handicap peuvent « bénéficier d'aménagement rendus nécessaires par leur situation ».

Dans tous les cas, la demande doit être adressée à l'un des médecins désignés par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

**Le candidat adresse l'attestation au moment de l'inscription.**

Même si votre reconnaissance handicap ne permet pas d'aménagement pour la sélection, nous vous conseillons de mentionner votre reconnaissance handicap sur la fiche de candidature, et de nous transmettre une copie de celle-ci.

Cette reconnaissance n'aura pas d'incidence sur la sélection (non pris en compte par le jury de sélection), mais permettra à notre référent handicap de prendre contact avec vous pour anticiper votre intégration à la rentrée et l'aménagement nécessaire (matériel, accompagnement ou autre).

**FICHE « ATTESTATION EMPLOYEUR » (MODELE)**

Cette fiche peut être dupliquée si plusieurs employeurs.  
 Tout autre document peut être utilisé pour justifier de l'appréciation employeur.

**CANDIDAT**

Nom de naissance :	Nom d'usage :
Prénom :	
Adresse :	
Code postal :	Ville :
Téléphone :	Courriel :
<b><u>PÉRIODE D'EXERCICE PROFESSIONNEL :</u></b>	
Du :	Au :

**ENTREPRISE**

N° Siret :	
Adresse :	
Code postal :	Ville :
Téléphone :	Fax :
Courriel :	
Nom du responsable de l'entreprise :	

**APPRÉCIATIONS DE L'EMPLOYEUR**

Critères	<i>Insuffisant</i>	<i>Moyen</i>	<i>Bon</i>	<i>Très Bon</i>	Observations
Intérêt pour le domaine de l'accompagnement et de l'aide à la personne notamment en situation de vulnérabilité					
Qualités humaines et capacités relationnelles					
Aptitudes en matière d'expression écrite, orale					
Capacités d'analyse et maîtrise des bases de l'arithmétique					
Capacités organisationnelles					

APPRÉCIATION GÉNÉRALE (rubrique obligatoire)

Date :

Cachet de l'entreprise

Nom et signature du responsable

# DEMANDE DE DISPENSE DE SELECTION ASHQ (SECTEUR PUBLIC) ET AGENTS DE SERVICE (SECTEUR PRIVE) (SELON ARTICLE 11 NOUVEAU)

## CANDIDAT

Nom de naissance : Nom d'usage :  
 Prénom :  
 Adresse :  
 Code postal : Ville :  
 Téléphone : Courriel :

## ENTREPRISE / ÉTABLISSEMENT

N° Siret :  
 Adresse :  
 Code postal : Ville :  
 Téléphone : Fax :  
 Courriel :  
 Nom du responsable de l'entreprise :

## ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR

Je soussigné ..... (NOM) ..... (fonction)  
 atteste que la formation de notre salarié(e) sera financée par l'entreprise / établissement,  
 atteste que notre salarié(e) .....

*Possibilité de cocher plusieurs cases ci-dessous :*

- a suivi la formation « ASH - 70 heures - Participation aux soins d'hygiène, de confort et de bien-être de la personne âgée » le .....
- a une expérience **supérieure à 6 mois** en équivalent temps plein, en tant que :
  - agent de service hospitalier qualifié de la fonction publique hospitalière
  - agent de service
- a une expérience **supérieure à 1 an** en équivalent temps plein, en tant que :
  - agent de service hospitalier qualifié de la fonction publique hospitalière
  - agent de service

Par conséquent, il/elle peut bénéficier de la dispense de sélection de l'article 11 nouveau de l'arrêté des 12 avril 2021 et 10 juin 2021.

Date :

Cachet de l'entreprise

Signature du responsable



## ATTESTATION SUR L'HONNEUR POUR LA CONSTITUTION DU DOSSIER DE CANDIDATURE EN IFAS

Je soussigné(e) :

NOM de naissance (en Majuscule) : .....

Prénom(s) (en Majuscule) : .....

demeurant .....

atteste :

- avoir pris connaissance de l'offre de formation proposée (voie scolaire ou voie de l'apprentissage et cursus complet ou cursus partiel) par l'IFAS ou le groupement d'IFAS et répondre aux conditions d'accès à cette offre de formation ;
- avoir personnellement conçu et rédigé les documents du dossier de candidature en IFAS (Curriculum Vitae, Lettre de motivation, situation ou projet professionnel et éventuel document permettant d'apprécier les capacités et les attendus relatifs à la maîtrise du français à l'oral).

En fonction de la voie de formation retenue :

- avoir candidaté sur cette sélection d'août 2024 par la voie scolaire auprès d'un seul IFAS dans un même département de la Région Pays de La Loire

Et/ou

- avoir sollicité une seule inscription dans l'institut de formation de mon choix, habilité à délivrer la formation par apprentissage.

NB : seuls les candidats postulant à la fois pour une formation par la voie scolaire et par la voie de l'apprentissage peuvent candidater 2 fois sur un même département.

J'ai conscience que cette attestation pourra être produite en justice et que toute fausse déclaration de ma part m'expose à une non-recevabilité de ma candidature et à des sanctions prévues par l'article 441-1 du Code pénal.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à ....., le .....

Signature obligatoire



MADAME  MONSIEUR

Nom de Naissance (en Majuscules) :

Nom d'Usage (en Majuscules) :

Prénoms (en Majuscules) :

Nationalité (en Majuscules) :

Date de naissance :

Age :

Lieu de naissance (en Majuscules) :

Département ou Pays :

Adresse (en Majuscules) :

Ville (en Majuscules) :

Code postal :

Téléphone fixe :

Mobile :

Adresse e-mail :

Situation familiale (à des fins statistiques) : Célibataire – Marié(e) – Pacsé(e) – Concubin(e) – Veuf(ve) *Rayer les mentions inutiles*

Demande d'aménagement des épreuves (Candidats avec reconnaissance MDPH : joindre un justificatif) oui  non

Diplômes obtenus à ce jour :

Votre situation au moment de l'inscription : (merci de cocher la case correspondante)

Lycéen (préciser le niveau et la série) : \_\_\_\_\_

Classes préparatoires concours (préciser l'intitulé) : \_\_\_\_\_

Études ou formations universitaires ou supérieures (préciser l'intitulé) : \_\_\_\_\_

Salarié :  CDD  CDI  Salarié en Contrat Aidé (contrat emploi d'avenir...)

Demandeur d'emploi :  Indemnisé  Non indemnisé

VAE

J'ai fait une demande de prise en charge par :

- Compte Personnel de Formation :  oui  non - CPF de Transition professionnelle :  oui  non

- dans le cadre des actions de formation de reconversion/promotion ou contrat de professionnalisation :  oui  non

J'ai fait une demande de Congé de Formation Professionnelle :  oui  non

J'accepte que mon identité paraisse à la publication des résultats sur internet

Je n'accepte pas que mon identité paraisse à la publication des résultats sur internet.

**ATTENTION : en l'absence de cochage, les résultats seront publiés sur internet.**

J'ai pris connaissance du règlement d'admission et que je ne peux m'inscrire que dans **1 seul IFAS par département**. L'inscription multiple sera contrôlée et une seule inscription sera prise en compte. Je soussigné(e) atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document et la conformité à l'original des copies des diplômes ou attestations jointes et accepte les conditions des épreuves de sélection.

Fait à : \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ Signature du candidat :

Merci de  
coller votre  
photographie  
ici

**Cadre réservé à l'I.F.A.S. :**

Numéro de dossier :

Dispense :  ASHQ

Fiche de candidature renseignée, datée et signée

Pièce d'identité ou Titre de séjour (ressortissant étranger)

Lettre de motivation manuscrite

Curriculum Vitae

Document manuscrit

Copie des Diplômes, Titres ou certifications professionnelles, y compris pour une demande d'allégement de la formation

Dossier scolaire avec notes et appréciations des stages

Attestation de travail ou contrat de travail avec appréciations employeur

Attestation sur l'honneur

Attestation de niveau de langue (facultatif)

Autres justificatifs

## PIÈCES À RETOURNER À L'INSTITUT POUR L'INSCRIPTION À LA SÉLECTION AIDE-SOIGNANT(E) PAR VOIE SCOLAIRE

- Fiche de candidature complétée, datée et signée.
- Une photographie récente à coller sur la fiche de candidature.
- Copie de la carte d'identité (recto/verso) ou du passeport, en cours de validité, OU pour les ressortissants étrangers, un titre de séjour valide à l'entrée en formation et qui couvre, à terme, en intégralité la durée de la formation
- Une lettre de motivation **manuscrite qui expose un projet de formation clair et argumenté pour un exercice professionnel d'aide-soignant.**
- Un curriculum vitae
- Un document **manuscrit** qui relate, au choix du candidat, soit une situation personnelle ou professionnelle vécue soit son projet professionnel en lien avec les attendus de la formation. **Les éléments sont analysés et ne se limitent pas à une description.** Les liens avec la formation ou le métier d'AS doivent par ailleurs apparaître. Ce document n'excède pas deux pages.
- Une **copie des diplômes, titres ou certifications professionnelles, y compris pour ceux qui permettraient des équivalences de blocs de compétences ou à des allègements de formation.**
- Pour les lycéens et les bacheliers de moins de 5 ans, la copie des relevés de résultats et appréciations ou bulletins scolaires et appréciations de stages (première–terminale).
- Selon la situation du candidat, les attestations de travail, accompagnées des **appréciations et/ou recommandations de l'employeur** (ou des employeurs). Ces appréciations peuvent se faire à partir du modèle type fourni. Elles mettent en évidence l'expérience professionnelle et qui font apparaître les liens avec les connaissances et aptitudes attendus pour suivre la formation selon l'Arrêté du 7 avril 2020 relatif aux modalités d'admission aux formations conduisant aux diplômes d'État d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture (en annexe de l'arrêté consultable sur le site [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)). En l'absence de ces appréciations/recommandations, le dossier est recevable mais le candidat ne peut se voir attribuer les points correspondants à ces appréciations selon les critères définis.
- Tout autre justificatif valorisant un engagement ou une expérience personnelle (associative, sportive...) en lien avec la profession d'aide-soignant.
- Lorsque le niveau de français à l'écrit et à l'oral ne peut être vérifié à travers les pièces produites, au regard notamment du parcours scolaire, une attestation de niveau de langue française égal ou supérieur au niveau B2 ou tout autre document permettant d'apprécier les capacités et les attendus relatifs à la maîtrise du français à l'oral.
- Une attestation sur l'honneur des documents produits (cf. modèle joint).

TOUT DOCUMENT ILLISIBLE OU TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS ÉTUDIÉ



**FICHE DE CANDIDATURE A LA FORMATION AIDE-SOIGNANT(E)**  
**PAR LA VOIE DE L'ALTERNANCE (Contrat d'apprentissage, contrat de professionnalisation, contrat Pro-A, ...)**



**SELECTION PRINTEMPS 2024 - IFAS IFSO La Roche sur Yon**

MADAME                       MONSIEUR

**Nom de Naissance** (en Majuscules) : \_\_\_\_\_ **Nom d'Usage** (en Majuscules) : \_\_\_\_\_

**Prénoms** (en Majuscules) : \_\_\_\_\_

**Nationalité** (en Majuscules) : \_\_\_\_\_

**Date de naissance** : \_\_\_\_\_ **Age** : \_\_\_\_\_

**Je certifie avoir un âge maximum de 30 ans ou avoir des conditions particulières pour l'accès au contrat d'apprentissage** :  oui  non

**Lieu de naissance** (en Majuscules) : \_\_\_\_\_ **Département ou Pays** : \_\_\_\_\_

**Adresse** (en Majuscules) : \_\_\_\_\_

**Ville** (en Majuscules) : \_\_\_\_\_ **Code postal** : \_\_\_\_\_

**Téléphone fixe** : \_\_\_\_\_ **Mobile** : \_\_\_\_\_

**Adresse e-mail** : \_\_\_\_\_

**Situation familiale** (à des fins statistiques) : Célibataire – Marié(e) – Pacsé(e) – Concubin(e) – Veuf(ve) *Rayer les mentions inutiles*

**Demande d'aménagement des épreuves** (Candidats avec reconnaissance MDPH : joindre un justificatif)    oui                       non

**Diplômes obtenus** à ce jour : \_\_\_\_\_

**Votre situation au moment de l'inscription** : (merci de cocher la case correspondante)

Lycéen (préciser le niveau et la série) : \_\_\_\_\_

Classes préparatoires concours (préciser l'intitulé) : \_\_\_\_\_

Études ou formations universitaires ou supérieures (préciser l'intitulé) : \_\_\_\_\_

Salarié :     CDD                       CDI                       Salarié en Contrat Aidé (contrat emploi d'avenir...)

Demandeur d'emploi :     Indemnisé                       Non indemnisé

VAE

**Facultatif** : j'ai l'accord d'une structure d'accueil dans le cadre d'un futur contrat d'alternance :  non  Oui, type de contrat : \_\_\_\_\_

Si oui, indiquer les coordonnées de la structure : \_\_\_\_\_

J'accepte que mon identité paraisse à la publication des résultats sur internet

Je n'accepte pas que mon identité paraisse à la publication des résultats sur internet

**ATTENTION : en l'absence de cochage, les résultats seront publiés sur internet.**

J'ai pris connaissance du règlement d'admission et que je ne peux m'inscrire que dans **1 seul IFAS de la Région pour la voie de l'apprentissage**. L'inscription multiple sera contrôlée et une seule inscription sera prise en compte. Je soussigné(e) atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document et la conformité à l'original des copies des diplômes ou attestations jointes et accepte les conditions des épreuves de sélection.

Fait à : \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_                      Signature du candidat :

**Merci de  
coller votre  
photographie  
ici**

**Cadre réservé à l'I.F.A.S. :**

**Numéro de dossier** : \_\_\_\_\_

- Pour tous les candidats :**
- Fiche de candidature renseignée, datée et signée
  - Pièce d'identité ou Titre de séjour (ressortissant étranger)
  - Lettre de motivation manuscrite
  - Curriculum Vitae
  - Copie des Diplômes, Titres ou certifications professionnelles, y compris pour une demande d'allègement de la formation
  - Attestation de niveau de langue (facultatif)
  - Attestation sur l'honneur
- + Pour les candidats SANS employeur ou contrat autre que « apprentissage » :**
- Document manuscrit
  - Dossier scolaire avec notes et appréciations des stages
  - Attestation de travail ou contrat de travail avec appréciations employeur
  - Attestation de niveau de langue (facultatif)
  - Autres justificatifs
- + Pour les apprentis AVEC employeur :**
- Copie du contrat d'apprentissage signé

## PIÈCES À RETOURNER À L'INSTITUT POUR L'INSCRIPTION À LA SÉLECTION AIDE-SOIGNANT(E) PAR VOIE DE L'ALTERNANCE

- Fiche de candidature complétée, datée et signée.
- Une photographie récente à coller sur la fiche de candidature.
- Copie de la carte d'identité (recto/verso) ou du passeport, en cours de validité  
OU pour les ressortissants étrangers, un titre de séjour valide à l'entrée en formation et qui couvre, à terme, en intégralité la durée de la formation.
- Une lettre de motivation **manuscrite qui expose un projet de formation clair et argumenté de l'alternant aide-soignant.**
- Un **curriculum vitae**.
- Une **copie des diplômes, titres ou certifications professionnelles, y compris pour ceux qui permettraient des équivalences de blocs de compétences ou à des allègements de formation.**
- Lorsque le niveau de français à l'écrit et à l'oral ne peut être vérifié à travers les pièces produites, au regard notamment du parcours scolaire, une attestation de niveau de langue française égal ou supérieur au niveau B2 ou tout autre document permettant d'apprécier les capacités et les attendus relatifs à la maîtrise du français à l'oral.
- Une attestation sur l'honneur des documents produits (cf. modèle joint).

### **CAS 1 : Pièce complémentaire à fournir si contrat d'apprentissage signé ou en cours de signature :**

- 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, après entretien avec un employeur.

*NB : dans ce cas, le candidat est dispensé de sélection, et n'aura pas d'entretien oral*

### **Cas 2 : Pièces complémentaires à fournir si pas d'employeur, ou si autre type de contrat en cours de signature (contrat de professionnalisation Pro A, ...) :**

- Un document **manuscrit** qui relate, au choix du candidat, soit une situation personnelle ou professionnelle vécue soit son projet professionnel en lien avec les attendus de la formation. **Les éléments sont analysés et ne se limitent pas à une description.** Les liens avec la formation ou le métier d'AS doivent par ailleurs apparaître. Ce document n'excède pas deux pages.
- Pour les lycéens et les bacheliers de moins de 5 ans, la copie des relevés de résultats et appréciations ou bulletins scolaires et appréciations de stages (première-terminale).
- Selon la situation du candidat, les attestations de travail, accompagnées des **appréciations et/ou recommandations de l'employeur** (ou des employeurs). Ces appréciations peuvent se faire à partir du modèle type fourni. Elles mettent en évidence l'expérience professionnelle et qui font apparaître les liens avec les connaissances et aptitudes attendus pour suivre la formation selon l'Arrêté du 7 avril 2020 relatif aux modalités d'admission aux formations conduisant aux diplômes d'État d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture (en annexe de l'arrêté consultable sur le site [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)). En l'absence de ces appréciations/recommandations, le dossier est recevable mais le candidat ne peut se voir attribuer les points correspondants à ces appréciations selon les critères définis.
- Tout autre justificatif valorisant un engagement ou une expérience personnelle (associative, sportive...) en lien avec la profession d'aide-soignant

**TOUT DOCUMENT ILLISIBLE OU TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS ÉTUDIÉ**


FORMATION DIPLOME D'ETAT D'AIDE-SOIGNANT

## DOSSIER MÉDICAL

à remettre au plus tard le **jour de la rentrée**

Institut Formation Aides-Soignants

IFAS de l'IFSO La Roche sur Yon

 : 02 51-62-67-27

Email : [ifaslaroche@ifso-asso.org](mailto:ifaslaroche@ifso-asso.org)

Site Internet : [www.ifso-asso.org](http://www.ifso-asso.org)

**MERCI DE LIRE ATTENTIVEMENT CE DOCUMENT DANS SON INTÉGRALITÉ**

## INFORMATIONS IMPORTANTES

La formation conduisant au diplôme d'état d'aide-soignant est réglementée par l'**arrêté du 7 avril 2020** (*modifié par arrêté du 09/06/2023*), **relatif aux modalités d'admission aux formations conduisant aux diplômes d'état d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture.**

**Article 8 ter** : L'admission définitive à la formation d'aide-soignant est subordonnée :

3. À 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.**
4. À 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 prévues.**

**Préparer votre dossier de vaccinations dès maintenant, n'attendez pas l'admission pour prendre contact avec le médecin agréé ET votre médecin traitant car 5 MOIS PEUVENT ÊTRE NÉCESSAIRES pour effectuer le PROTOCOLE COMPLET DES VACCINATIONS OBLIGATOIRES POUR ENTRER EN FORMATION.**

**Les documents à faire compléter par un médecin ne sont pas exigés dans le dossier d'inscription à la sélection, mais ils seront à fournir au plus tard le jour de la rentrée.**

**ATTENTION** : si vous n'êtes pas à jour, certains protocoles de vaccination peuvent être assez long, ils durent plusieurs mois et nécessite de commencer cette vaccination **dès le retrait de votre dossier** de candidature.





INSTITUT DE FORMATION  
D'AIDES - SOIGNANTS  
177 rue d'Aubigny – BP 80338  
85008 LA ROCHE SUR YON Cedex  
☎ 02 51 62 67 27  
[ifaslaroche@ifso-asso.org](mailto:ifaslaroche@ifso-asso.org)



## ATTESTATION MEDICALE D'IMMUNISATION ET DE VACCINATION

DOCUMENT À FAIRE REMPLIR par le **médecin traitant** pour attester de la complétude du protocole de vaccination et vérifications immunitaires et à transmettre au plus tard le jour de la rentrée

Je soussigné Docteur .....  
certifie que Mme / M. .... né(e) le .....  
candidat(e) à la formation aide-soignante, a reçu les **vaccinations** suivantes et les **sérologies** nécessaires :

### DIPHTÉRIE – TÉTANOS – POLIOMYÉLITE +/- COQUELUCHE

(Art. L3111-4 du code de la Santé Publique)

	Nom du vaccin	Date d'injection	N° du lot
Dernier rappel <b>DTP</b>			
Dernier rappel <b>DTCP</b>			

### BCG

Nom du vaccin	Dates d'injection (JJ / M / AN)	N° du lot

*Ou Cicatrice vaccinale :*     OUI                       NON

### IDR à la tuberculine

Une intradermo réaction à la tuberculine datant de **moins de 1 an avant l'entrée en formation.**

Date (JJ / M / AN)	Résultat <b>en mm*</b>

\* Un résultat noté « + » n'est pas valide, il doit être chiffré en mm.  
Il n'est pas demandé de revacciner en cas de test tuberculinique négatif. (<5mm)

## HÉPATITE B

- ☞ **L'Arrêté du 2 aout 2013** fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L – 3111-4 du code de la Santé publique.
- ☞ **L'INSTRUCTION DGS/RI1/RI12/2014/21 du 21 janvier 2014**, relative aux modalités d'application de l'arrêté du 2 aout 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L – 3111-4 du code de la Santé publique – **Annexe 1**
- ☞ **L'AVIS, du 20 février 2014**, du Haut conseil de la santé publique, relatif aux schémas vaccinaux accélérés contre l'hépatite B par les vaccins ENGERIX B® 20 microgrammes/1 ml et GENHEVAC B Pasteur® 20 microgrammes/0,5 ml

### Schéma de vaccination classique – Hépatite B

3 injections en respectant un intervalle de :

- au moins 1 mois entre la 1<sup>ère</sup> et la 2<sup>ème</sup> injection
- au moins 6 mois entre la 2<sup>ème</sup> et la 3<sup>ème</sup> injection

### Schéma de vaccination Hépatite B en accéléré

Dans les situations où une protection vaccinale doit être obtenue rapidement (ici pour l'entrée en formation), il est possible de procéder à une vaccination en **3 injections sur 21 jours, suivies d'un rappel un an après**.

**Impérativement** : réaliser une sérologie (prise de sang) de contrôle de l'immunisation après la 3<sup>ème</sup> injection (permet de vérifier l'efficacité du vaccin et de vous **autoriser à partir en stage**).

Si le résultat de la prise de sang montre que vous n'êtes pas immunisé, vous devez réaliser une 4<sup>ème</sup> injection du vaccin, puis contrôler à nouveau par une prise de sang votre immunisation (maximum 6 injections).

### VACCINATION :

		Nom du vaccin	Date d'injection	N° de lot
<b>Schéma vaccinal</b> <b>cocher ci-dessous</b>  <input type="checkbox"/> Classique « 0 – 1 – 6 »  <input type="checkbox"/> Accélééré  <input type="checkbox"/> Ancien schéma	1 <sup>ère</sup> injection			
	2 <sup>ème</sup> injection			
	3 <sup>ème</sup> injection			
	Rappels			
	Rappels			
	Rappels			

TAUX D'ANTICORPS ANTI HBS	
Date	Résultat

TAUX D'ANTICORPS ANTI HBC, si disponible	
Date	Résultat

### Observations :

- ⇒ Si le taux d'anticorps  $\geq 100$  UI/ L : *sujet immunisé*
- ⇒ Si résultat entre 10 et 100 : « une infection chronique VHB ancienne doit être éliminée par une recherche d'anticorps anti HBC. En l'absence d'infection ancienne la personne a fait preuve de sa protection. »
- ⇒ Si résultat  $\leq 10$  : « pas de réponse mesurable à la vaccination antérieure. Un dosage d'anticorps anti HBC doit être fait avant un rappel (dans la limite de 6 injections au total). Suivi d'une recherche d'anticorps anti HBS, 1 à 2 mois plus tard. »

**NB** : il est indispensable d'avoir 1 rappel, nécessaire pour obtenir une immunité durable (même si un taux d'anticorps supérieur à 10 a été constaté après la seconde injection).

Immunisé(e) contre l'hépatite B :

oui

non

Non répondeur(se) à la vaccination :

oui

non

## ROUGEOLE

⇒ Antécédents de rougeole :  OUI  NON

⇒ Si non :

Vaccination	Nom du vaccin	Dates d'injection (JJ / M / AN)
1 <sup>ère</sup> injection		
2 <sup>ème</sup> injection		

⇒ En cas de doute : sérologie

Date	Résultat

## VARICELLE

⇒ Antécédents de Varicelle :  OUI  NON

⇒ Si non :

Vaccination	Nom du vaccin	Dates d'injection (JJ / M / AN)
1 <sup>ère</sup> injection		
2 <sup>ème</sup> injection		

⇒ En cas de doute : sérologie

Date	Résultat

Fait à ....., le .....

Tampon :

Signature :





INSTITUT DE FORMATION  
D'AIDES - SOIGNANTS

177 rue d'Aubigny – BP 80338  
85008 LA ROCHE SUR YON Cedex  
☎ 02 51 62 67 27

[ifaslaroche@ifso-asso.org](mailto:ifaslaroche@ifso-asso.org)



## CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE A FAIRE COMPLETER PAR UN MEDECIN AGREE

DOCUMENT À FAIRE REMPLIR et à transmettre **au plus tard le jour de la rentrée**

**Obligatoire pour le premier jour de formation**

**(sous réserve de ne pas pouvoir intégrer l'IFAS)**

Rempli par un médecin agréé<sup>(1)</sup> par l'Agence Régionale de Santé attestant que : « Le candidat ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession » en référence à l'article 8 ter de l'arrêté du 12 avril 2021 relatif à la formation conduisant au Diplôme d'Etat d'Aide Soignant.

À faire compléter obligatoirement par un **Médecin agréé**  
**figurant sur la liste** disponible sur le site **de l'ARS ou de la préfecture** de votre département :

<https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/consulter-la-liste-des-medecins-agrees-en-pays-de-la-loire>

Je soussigné Docteur .....

**MÉDECIN AGRÉÉ** par l'ARS du département .....

certifie que Mme / M. ....

né(e) le .....

➔ N'est atteint **d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique** incompatible avec l'exercice de la **profession aide-soignante** à laquelle il se destine.

Fait à ....., le .....

Tampon :

Signature :