

DOSSIER D'INSCRIPTION A LA SELECTION
« AIDE-SOIGNANT » 2021
A REMPLIR PAR LES CANDIDATS

INSTITUT DE FORMATION D'AIDES-SOIGNANTS
Rue du Château – 45120 CHALETTE-SUR-LOING

Tél. : 02 38 95 95 95 - Fax : 02 38 95 95 80 – Courriel : ifsi@ch-montargis.fr - Site : <https://www.ch-montargis.fr/hopital/ifsi-ifas/>

NOM DE FAMILLE (en majuscules).....

(Cadre réservé à l'IFAS)

(de jeune fille pour les femmes mariées)

Numéro Candidat(e) : _____

NOM D'USAGE :

PRENOMS :

DOSSIER D'INSCRIPTION A CONSTITUER
PUIS A POSTER avant le LUNDI 21 JUIN 2021 (Cachet de la poste faisant foi)
et (selon modalités fixées page n° 4)

ATTENTION : Veuillez joindre dans une pochette transparente, les pièces que vous aurez cochées, en respectant l'ordre ci-dessous, selon votre situation :

PIECES COMMUNES A FOURNIR POUR TOUS LES CANDIDATS :

- /_/ Fiche de renseignements : transmise en pièces jointes (ces 4 pages sont à agraffer)
 - ✓ Cocher les pièces fournies : page n° 1
 - ✓ Remplir : pages n° 2 et n° 3
 - ✓ Lire, compléter et signer les endroits encadrés : pages n° 3 et 4.
- /_/ 1 photo d'identité, récente (inscrire nom/prénom au dos) :
 - ✓ Celle-ci est à coller à l'endroit réservé en haut à droite page 2
- /_/ 5 enveloppes auto-adhésives (format normal) fimbrées au poids de 20 g (en lettre prioritaire) (inscrire nom + adresse personnelle du candidat).
- /_/ 1 Lettre de motivation manuscrite, datée et signée.
- /_/ 1 Curriculum Vitae actualisé.
- /_/ 1 Photocopie lisible : /_/ de la carte nationale d'identité (recto-verso) ou /_/ du passeport (PAS DE PERMIS DE CONDUIRE).
- /_/ 1 Document manuscrit relatant au choix du candidat, soit une situation personnelle ou professionnelle vécue, soit le projet professionnel en lien avec les attendus de la formation (n'excédant pas deux pages) (Sauf pour les VAE (Aide-Soignant) et ASHQ sélectionnés par leur employeur).
- /_/ 1 Livret de questions à compléter (transmis en pièces jointes) (Sauf pour les VAE (Aide-Soignant) et ASHQ sélectionnés par leur employeur).

PIECES SPECIFIQUES A FOURNIR SELON LA SITUATION DU CANDIDAT :

- /_/ 1 Copie de l'attestation délivrée par le Jury de Validation des Acquis de l'expérience professionnelle « Aide-Soignant ».
- /_/ 1 Photocopie des originaux des diplômes ou titres traduits en Français (selon la situation du candidat).
- /_/ 1 Photocopie des relevés de résultats et appréciations ou bulletins scolaires (le cas échéant).
- /_/ 1 Photocopie des attestations de travail, accompagnées éventuellement des appréciations et/ou recommandations de l'employeur ou des employeurs (selon la situation du candidat).

POUR LES RESSORTISSANTS HORS UNION EUROPEENNE :

- /_/ 1 Photocopie du titre de séjour valide pour toute la période de la formation.

PIECES FACULTATIVES A FOURNIR :

- /_/ Les candidats peuvent joindre tout autre justificatif valorisant un engagement ou une expérience personnelle (associative, sportive...) en lien avec la profession d'aide-soignant.



**FICHE DE RENSEIGNEMENTS / ANNEE 2021
CANDIDATURE - FORMATION "AIDE-SOIGNANT(E)"**

ATTENTION : Vos noms doivent correspondre à ceux qui figurent sur la pièce d'identité que vous joignez

NOM DE FAMILLE (de jeune fille pour les femmes mariées) : PRENOMS :

NOM D'USAGE :

ADRESSE PERSONNELLE :

CODE POSTAL : VILLE :

ADRESSE MAIL (écrire lisiblement en MAJUSCULES) :

DATE DE NAISSANCE :

LIEU DE NAISSANCE : N° du département de naissance :

SEXE : /_/ Féminin /_/ Masculin NATIONALITE :

NUMERO DE TELEPHONE (Fixe) :

NUMERO DE TELEPHONE (Portable) :

N° DE SECURITÉ SOCIALE (en votre nom) : _ _ _ _ _ CAISSE D'AFFILIATION :

SITUATION FAMILIALE : /_/ Célibataire /_/ Pacsé(e) /_/ Vie maritale
/_/ Marié(e) /_/ Séparé(e) /_/ Divorcé(e) /_/ Veuf(ve)

NOMBRE D'ENFANTS A CHARGE : /_/ Garçon(s) - Ages : /_/ Fille (s) - Ages :

DIPLOMES OBTENUS : (Nature et date d'obtention à préciser)

NIVEAU D'ETUDES ACQUIS :

ÊTES-VOUS TITULAIRE DE L'AFGSU Niveau 2 ? Oui /_/ Non /_/

(Formation aux Gestes et Soins d'Urgence) Si oui, date d'Obtention :

SITUATION ACTUELLE :

ÊTES-VOUS SALARIÉ(E) DANS UN ÉTABLISSEMENT : OUI /_/ ou NON /_/

→ Si oui :

Préciser le nom et l'adresse de votre employeur :

Depuis le :

Cocher le statut de l'établissement : PUBLIC /_/ ou PRIVÉ /_/

Cocher le type de contrat de travail : CDD /_/ CDI /_/ TITULAIRE /_/ INTERIM /_/

L'établissement emploie-t-il des aides-soignants ? OUI /_/ ou NON /_/

Bénéficiez-vous d'une prise en charge du coût pédagogique de votre formation par votre employeur ou dans le cadre des OPCO
OUI /_/ NON /_/

En cas de non prise en charge du coût pédagogique par le Conseil Régional ou autres organismes financeurs, vous engagez-vous à vous acquitter du coût pédagogique annuel pour l'année de formation ? OUI /_/ NON /_/

Avez-vous démissionné du secteur sanitaire depuis moins de 2 ans ? OUI /_/ NON /_/

/_/ En congé parental :

Depuis le :

/_/ En disponibilité :

Depuis le :

/_/ Inscrit(e) comme demandeur d'emploi au Pôle Emploi :

Depuis le :

Numéro d'identifiant :

Lieu d'inscription au Pôle emploi :

Êtes-vous indemnisé(e) : OUI /_/ NON /_/

DEMANDEREZ-VOUS UNE BOURSE du secteur sanitaire et social du Conseil Régional : OUI /__ / ou NON /__ /

→ Les critères concernant la possibilité de déposer une demande de bourse et la prise en charge du coût de la formation par la Région Centre sont joints :

(Annexe 1 : page 7)

→ Nous vous communiquerons toutes informations utiles quant aux dates d'ouverture et de fermeture de la campagne des bourses, lors de votre inscription définitive.

NOM ET PRENOM DE VOTRE CONJOINT ou CONCUBIN ou PACSÉ :

AGE : TELEPHONE : _ _ _ _ _

PROFESSION :

EMPLOYEUR :

NOM ET PRENOM DE VOTRE PERE :

AGE : TELEPHONE : _ _ _ _ _

PROFESSION :

EMPLOYEUR :

SITUATION FAMILIALE : Célibataire /__ / - Pacsé /__ / - Vie maritale /__ / - Marié /__ / - Séparé /__ / - Divorcé /__ / - Veuf /__ /

ADRESSE :

ADRESSE :

NOM (de Jeune fille) et NOM (d'épouse) et PRENOM DE VOTRE MERE :

AGE : TELEPHONE : _ _ _ _ _

PROFESSION :

EMPLOYEUR :

SITUATION FAMILIALE : Célibataire /__ / - Pacsé /__ / - Vie maritale /__ / - Marié /__ / - Séparé /__ / - Divorcé /__ / - Veuf /__ /

ADRESSE :

ADRESSE :

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT :

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

ADRESSE :

TELEPHONE (Fixe et Portable) : _ _ _ _ _ / _ _ _ _ _

LIEN DE PARENTE :

FRERES ET SOEURS :

| PRENOMS | AGES | PROFESSIONS |
|---------|-------|-------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

En cas d'affectation à l'Institut pour la rentrée scolaire :

- Prévoyez-vous de vous inscrire au self de l'IFAS pour le déjeuner ?

OUI /__ / ou NON /__ /

(Cocher la bonne réponse)

Souhaitez-vous une publication sur internet de vos résultats d'admission sur le site : <https://www.ch-montargis.fr/accueil/>

OUI /__ / ou NON /__ /

(Cocher la bonne réponse)

Je soussigné(e),atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document.

A....., le __ / __ / __ /

Signature du Candidat et des parents ou du représentant légal (pour le candidat mineur)

La date de clôture d'inscription est fixée au LUNDI 21 JUIN 2021
(Cachet de la poste faisant foi)
ATTENTION → AUCUN DEPOT DE DOSSIER SUR PLACE

Avant cette date limite d'inscription fixée au LUNDI 21 JUIN 2021
VOUS DEVEZ POSTER IMPÉRATIVEMENT VOTRE DOSSIER
(en courrier simple ou en lettre suivie, mais suffisamment affranchi en
fonction du poids de celui-ci) à l'adresse ci-dessous :



IFAS – Rue du Château – 45120 CHALETTE-SUR-LOING

Pour toutes informations complémentaires
concernant la constitution de votre dossier,
contacter le Secrétariat de l'Institut, par téléphone,
au : 02 38 95 95 95 (de 8 h 30 à 12 h et de 13 h 30 à 17 h 30)

*

Attention !

Le dossier sera déclaré irrecevable dans les cas suivants :

- ☞ Si votre envoi n'a pas été suffisamment affranchi (refus de payer les taxes demandées par la poste).
- ☞ S'il a été posté **après le 21 JUIN 2021** (cachet de la poste faisant foi).

Je soussigné(e)....., m'engage à respecter les conditions ci-dessus.

A défaut, le dossier me sera systématiquement retourné.

TOUT DOSSIER INCOMPLET, ILLISIBLE ET / OU NON CONFORME DEVRA ÊTRE COMPLÉTÉ AVANT LA DATE DE CLÔTURE DES INSCRIPTIONS.

AUCUN DEPOT DE DOSSIER SUR PLACE.

A....., le ____/____/____

Signature du Candidat et des parents ou du représentant légal (pour le candidat mineur)
(précédées de la mention : « lu et approuvé »)