

## DOSSIER D'INSCRIPTION A LA SELECTION « AIDE-SOIGNANT » 2023 A REMPLIR PAR LES CANDIDATS

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

Tél. : 02 38 95 95 95 - Courriel : [ifsi@ch-montargis.fr](mailto:ifsi@ch-montargis.fr) - Site : <https://www.ch-montargis.fr/hopital/ifsi-ifas>

**NOM DE NAISSANCE** (en majuscules).....

(Cadre réservé à l'IFAS)

Numéro Candidat(e) : \_\_\_\_\_

**NOM D'USAGE** : .....

**PRENOMS** : .....

**DOSSIER D'INSCRIPTION A CONSTITUER**  
**PUIS A POSTER avant le MARDI 25 OCTOBRE 2022 (Cachet de la poste faisant foi)**

- Fiche de renseignements :  Remplir : pages n° 2 - 3 -  Lire, compléter et signer les endroits encadrés : pages n° 3 et 4
- 1 photo d'identité, récente à coller à l'endroit réservé en haut à droite page 2
- 5 enveloppes auto-adhésives (format normal) timbrées au poids de 20 gr (inscrire nom + adresse personnelle du candidat)
- 1 Lettre de candidature manuscrite, datée et signée
- 1 Curriculum Vitae actualisé
- 1 Photocopie lisible :  Carte nationale d'identité en cours de validité (recto-verso) ou  Passeport en cours de validité ou  Titre de séjour en cours de validité.
- 1 Photocopie lisible du Pass Sanitaire complet de la COVID-19
- 1 Document manuscrit relatif 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).
- En cas de demande de tiers-temps médical : Pièces recommandées pour ce concours par la M.D.P.H. (Maison Départementale des Personnes Handicapées) à joindre dans le dossier d'inscription avant la clôture du 25 Octobre 2022. Toute réponse obtenue ultérieurement ne pourra être prise en compte

### 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 Attestation du niveau de langue française requis B2.
- 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 2023**  
**FORMATION "AIDE-SOIGNANT(E)"**

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

**NOM D'USAGE** : .....

**PRENOMS** : .....

**DATE DE NAISSANCE** : .....

**LIEU DE NAISSANCE** : ..... **N° du département de naissance** : .....

**SEXE** :  Féminin  Masculin **NATIONALITE** : .....

**ADRESSE PERSONNELLE** : .....

**CODE POSTAL** : ..... **VILLE** : .....

**ADRESSE MAIL** (écrire lisiblement en MAJUSCULES) : .....

**NUMERO DE TELEPHONE FIXE** : .....

**NUMERO DE TELEPHONE PORTABLE** : .....

**N° DE SECURITE SOCIALE (Personnel)** : .....

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

**NOMBRE D'ENFANTS A CHARGE** : ..... - Ages : .....

**NIVEAU D'ETUDES ACQUIS** :

**Je suis titulaire** (joindre la copie du diplôme) :

- Du Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Puériculture (DEAP) *référentiel de 2006*
  - Du Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Puériculture (DEAP) *référentiel de 2021*
  - Du Baccalauréat professionnel ASSP ou  Terminale ASSP
  - Du Baccalauréat professionnel SAPAT ou  Terminale SAPAT
  - Du titre professionnel d'Assistant De Vie aux Familles (ADVF)
  - Du titre professionnel d'Agent de Service Médico-Social (ASMS)
  - Du Diplôme d'Etat d'Accompagnant Educatif et Social (DE AES) *référentiel de 2016*
  - Du Diplôme d'Etat d'Accompagnant Educatif et Social (DE AES) *référentiel de 2021*
  - Du Diplôme d'Assistant de Régulation Médicale (ARM)
  - Du Diplôme d'Etat d'Ambulancier (DEA)
  - Du Baccalauréat : Série \_\_\_\_\_ Année /\_/\_/\_/\_/
  - D'un autre diplôme ou titre\* : \_\_\_\_\_ Année /\_/\_/\_/\_/
- \**Délivré dans le système de formation initiale ou continue français.*

**ETES-VOUS TITULAIRE DE L'AFGSU Niveau 2 ?**  Oui  Non

Si oui, date d'Obtention : .....

**SITUATION ACTUELLE :**

**ETES-VOUS SALARIE(E) DANS UN ETABLISSEMENT** :  Oui : depuis le : .....  Non

➔ Si oui, préciser le nom et l'adresse de votre employeur :

.....  
.....

Statut de l'établissement :  PUBLIC  PRIVÉ

Contrat de travail :  CDD  CDI  TITULAIRE  INTERIM  CAE  AUTRES

L'établissement emploie-t-il des Aides-Soignants ?  Oui  Non

Bénéficiez-vous d'**une prise en charge du coût pédagogique de votre formation par votre employeur** ou dans le cadre des OPCO (6 000 €\*) ?  Oui  Non

(\*) Montant pour la scolarité 2023 *Annexe 3*

**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 ?  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  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-Val de Loire

➔ 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 : .....

PROFESSION : .....

EMPLOYEUR : .....

NOM ET PRENOM DE VOTRE PERE : .....

PROFESSION : .....

EMPLOYEUR : .....

SITUATION FAMILIALE :  Célibataire  Pacsé  Vie maritale  Marié  Séparé  Divorcé  Veuf

ADRESSE : .....

NOM PRENOM DE VOTRE MERE : .....

PROFESSION : .....

EMPLOYEUR : .....

SITUATION FAMILIALE :  Célibataire  Pacsé  Vie maritale  Mariée  Séparée  Divorcée  Veuve

ADRESSE : .....

**PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT :**

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

ADRESSE : .....

TELEPHONE (Fixe et Portable) : .....

LIEN DE PARENTE : .....

**FRERES ET SOEURS :**

NOM - PRENOMS	AGES	PROFESSIONS
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

**En cas d'affectation à l'Institut pour la rentrée universitaire, prévoyez-vous de vous inscrire au self de l'IFSI pour le déjeuner ?**

Oui  Non

**Souhaitez-vous une publication sur internet de vos résultats d'admission sur le site :**

Site : <https://www.ch-montargis.fr/hopital/ifsi-ifas>

Oui  Non

Je soussigné(e), ..... déclare avoir pris connaissance des conditions de candidature et de l'offre de formation de l'IFAS. Déclare également avoir personnellement conçu et rédigé les documents du dossier de candidature.

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

Le : .....

La date de clôture d'inscription est fixée au **MARDI 25 OCTOBRE 2022**  
(Cachet de la poste faisant foi)

**ATTENTION → AUCUN DEPOT DE DOSSIER SUR PLACE**

*Avant cette date limite d'inscription fixée au Mardi 25 Octobre 2022*  
**VOUS DEVEZ POSTER IMPERATIVEMENT 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 09 h 00 à 12 h 00 et de 14 h 00 à 16 h 00)*

\*

### **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 25 Octobre 2022** (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.**

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

Le : .....