

## DOSSIER D'INSCRIPTION A LA SELECTION « AIDE-SOIGNANT » - JANVIER 2024

INSTITUT DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE

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) : .....

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

**PRENOMS** : .....

### **DOSSIER D'INSCRIPTION A CONSTITUER**

- 1 photo d'identité, récente à coller à l'endroit réservé en haut à droite page 2
- 2 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) : ..... / ..... / .....
- Passeport en cours de validité : ..... / ..... / .....
- Titre de séjour en cours de validité : ..... / ..... / .....
- 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**)
- En cas de demande de tiers-temps médical : Pièces recommandées **pour cette sélection** par la M.D.P.H. (*Maison Départementale des Personnes Handicapées*) à joindre dans le dossier d'inscription **avant la clôture du 31 Octobre 2023**. 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 diplômes ou titres traduits en Français (selon la situation du candidat) : .....  
année : .....
- 1 Copie de l'AFGSU 2 si obtenue : année : .....
- 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 – DOCUMENT OBLIGATOIRE :**

- 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.



COLLER  
VOTRE  
PHOTO

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS  
FORMATION "AIDE-SOIGNANT(E)"**

**NOM DE FAMILLE** : .....

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

**PRENOMS** : .....

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

**SEXE** :  Féminin       Masculin

**LIEU DE NAISSANCE** : .....

**N° du département de naissance** : ..... **PAYS** : .....

**NATIONALITE** : .....

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

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

**ADRESSE MAIL** : ..... @ .....

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

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

**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*

Date : .....

Du Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Puériculture (**DEAP**) *référentiel de 2021*

Date : .....

Du Baccalauréat professionnel **ASSP**      ou       Terminale ASSP

Date : .....

Du Baccalauréat professionnel **SAPAT**      ou       Terminale SAPAT

Date : .....

Du titre professionnel d'Assistant De Vie aux Familles (**ADVF**)

Date : .....

Du titre professionnel d'Agent de Service Médico-Social (**ASMS**)

Date : .....

Du Diplôme d'Etat d'Accompagnant Educatif et Social (**DE AES**) *référentiel de 2016*

Date : .....

Du Diplôme d'Etat d'Accompagnant Educatif et Social (**DE AES**) *référentiel de 2021*

Date : .....

Du Diplôme d'Assistant de Régulation Médicale (**ARM**)

Date : .....

Du Diplôme d'Etat d'Ambulancier (**DEA**)

Date : .....

Du Baccalauréat : Série ..... Année : .....

D'un autre diplôme ou titre \*: ..... Année : .....

\* *Délivré dans le système de formation initiale ou continue français.*

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 (Portable et fixe) : .....

LIEN DE PARENTE : .....

**FRERES ET SOEURS :**

NOM - PRENOMS

AGES

PROFESSIONS

.....

.....

.....

.....

.....

**SITUATION PROFESSIONNELLE 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

Bénéficierez-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  En attente de réponse

**En cas de non prise en charge du coût pédagogique par votre employeur** ou autres organismes financeurs, vous engagez-vous à vous acquitter du coût pédagogique ?  Oui  Non

**Avez-vous démissionné avant le 1<sup>er</sup> Juillet 2023** ?  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

**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'IFPS. 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 31 OCTOBRE 2023  
(Cachet de la poste faisant foi)**

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

***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 :***

**Institut de Formation des Professionnels de Santé  
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 31 Octobre 2023** (cachet de la poste faisant foi).

***TOUT DOSSIER INCOMPLET DEVRA ÊTRE COMPLÉTÉ  
AVANT LA DATE DE CLÔTURE DES INSCRIPTIONS.***

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

A défaut, le dossier me sera systématiquement retourné.

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

Le : .....