



FICHE DE RENSEIGNEMENTS / ANNEE 2020
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 :

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

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

SITUATION ACTUELLE :

ETES-VOUS SALARIE(E) DANS UN ETABLISSEMENT : 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

Bénéficierez-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 :

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 :

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT :

NOM : **PRENOM** :

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 soussignée,atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements sur ce document.

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

DOSSIER D'INSCRIPTION A LA SELECTION
« AIDE-SOIGNANT » 2020
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 30 MAI 2020 (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 : (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.

4 photos d'identité, récentes (inscrire nom/prénom au dos) :

- ✓ 1 est à coller à l'endroit réservé en haut à droite page 2 et les 3 autres sont à insérer dans une petite enveloppe à votre nom et prénom.

5 enveloppes auto-adhésives (format normal) timbrées 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 ASHO 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).

1 Attestation de suivi de préparation au concours d'aide-soignant au cours de l'année 2019/2020 (le cas échéant).

POUR LES RESSORTISSANTS HORS UNION EUROPEENNE :

1 Attestation du niveau de langue française requis C1.

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.

La date de clôture d'inscription est fixée au **SAMEDI 30 MAI 2020**
(Cachet de la poste faisant foi)
ATTENTION → AUCUN DEPOT DE DOSSIER SUR PLACE

Avant cette date limite d'inscription fixée au 30 Mai 2020
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 30 Mai 2020** (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