

## EPREUVES DE SELECTION Formation d'Aide-Soignant

### DOSSIER D'INSCRIPTION

INFORMATION ET CONSTITUTION

DATE DE CLÔTURE DES INSCRIPTIONS :

LE 7 MARS 2016

(cachet de la poste faisant foi)

A noter : Les dossiers incomplets ne seront pas traités.

ou

✓ à adresser par voie postale à l'adresse suivante :

IFSI / IFAS du Centre Hospitalier René-Dubos  
3 bis avenue de l'Île-de-France  
CS 90079 Pontoise  
95303 CERGY-PONTOISE CEDEX

✓ à déposer directement au secrétariat de l'IFSI/IFAS. de Pontoise :

Horaires d'ouverture au public :

- ✓ Lundi : 9h à 12h
- ✓ Mercredi : 14h à 16h30
- ✓ Vendredi : 14h à 16h30

(IFSI/IFAS FERMÉ le SAMEDI, DIMANCHE et JOURS FÉRIÉS sans boîte courrier pour le dépôt de dossier)

ÉPREUVES ÉCRITES le mercredi 6 avril 2016 matin

(Salle du HALL des EXPOSITIONS Saint Martin à PONTOISE)

**Ce dossier permet de vous inscrire uniquement à l'IFSI/IFAS de PONTOISE.**

# SOMMAIRE

Préambule	p. 2
Conditions d'accès à la formation	p. 2
Conditions d'accès au concours	p. 3
Liste 0	p. 3
Liste 1	p. 3
Liste 2	p. 3
Liste 3	p. 3
Liste 4	p. 3
Liste 5	p. 3
Candidat inscrit en liste 0, 1, 2 ou 3	p. 4
Candidat inscrit en liste 4 ou 5	p. 5
Candidat titulaire d'un titre ou diplôme étranger	p. 5
Les résultats	p. 6
Les reports de scolarité	p. 6
Les conditions d'entrée à l'institut de formation aide-soignant	p. 7
La formation	p. 8
Les aides financières possibles	p. 9
Le dossier d'inscription	p. 10
Complément et précision d'informations	p. 11

## PRÉAMBULE

L'épreuve écrite de la sélection des aides-soignants est organisée le :

MERCREDI 6 AVRIL 2016 de 9h00 à 11h

L'horaire de convocation vous sera communiquée par courrier fin mars

**Au HALL des EXPOSITIONS Saint Martin  
Chaussée Jules César à PONTOISE**

## LE REFERENTIEL DE FORMATION

Ce référentiel de formation est mis en œuvre conformément à l'Arrêté du 22 octobre 2005 modifié *relatif à la formation conduisant au Diplôme d'Etat d'aide-soignant*.

La durée des études préparatoires au diplôme est fixée à 41 semaines, équivalant à 1435 heures.

L'enseignement comprend :

- ✓ Un enseignement théorique et pratique (17 semaines soit 595 heures) ;
- ✓ Ses stages (24 semaines soit 840 heures).

Durant la formation, les élèves bénéficient de trois semaines de congés :

- ✓ 2 semaines à Noël ;
- ✓ 1 semaine au printemps.

## ACCES A LA FORMATION

### LES CONDITION D'ACCÈS A LA FORMATION

Pour être admis à suivre les études conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant, les candidats doivent être âgés de **17 ans** au moins à la date de leur entrée en formation ; aucune dispense d'âge n'est accordé et il n'est pas prévu d'âge limite supérieur.

Selon votre situation personnelle vous relevez d'une liste d'inscription au concours spécifique. Cette inscription définit les modalités d'accès au concours : épreuve écrite d'admissibilité, épreuve orale d'admission et/ou sélection sur dossier.

## LES CONDITIONS D'ACCÈS AU CONCOURS



**Vous ne pouvez vous inscrire qu'au titre d'une seule liste**

### **INSCRIPTION LISTE 0**

Aucune condition de diplôme n'est requise pour se présenter à l'épreuve écrite d'admissibilité

Les épreuves de sélection comprennent une épreuve écrite d'admissibilité et une épreuve orale d'admission.

### **INSCRIPTION LISTE 1**

Sont dispensés de l'épreuve écrite d'admissibilité :

- Les candidats titulaires d'un titre ou diplôme homologué au minimum au niveau IV (ex : baccalauréat) ou enregistré à ce niveau au répertoire national de certification professionnelle, délivré dans le système de formation initiale ou continue français ;
- Les candidats titulaires d'un titre ou diplôme du secteur sanitaire ou social homologué au minimum au niveau V en France délivré dans le système de formation initiale ou continue français ;
- Les candidats titulaires d'un titre ou diplôme étranger leur permettant d'accéder directement à des études universitaires dans le pays où il a été obtenu ;
- Les étudiants ayant suivi une première année d'études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier et n'ayant pas été admis en deuxième année.

### **INSCRIPTION LISTE 2**

Les Agents des Services Hospitaliers (ASH) qualifiés de la Fonction Publique Hospitalière, réunissant et justifiant d'au moins de trois ans de fonction à la date des épreuves peuvent être admis à suivre la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant.

### **INSCRIPTION LISTE 3**

Les candidats justifiant d'un contrat de travail avec un établissement de santé ou une structure de soins à la date des épreuves peuvent se présenter aux épreuves de sélection.

### **INSCRIPTION LISTE 4**

Sont sélectionnés sur la base d'un dossier et d'un entretien oral, les personnes titulaires :

- Du baccalauréat professionnel « accompagnement, soins, services à la personne » (ASSP) ;
- Du baccalauréat professionnel « services aux personnes et aux territoires » (SAPAT).

### **INSCRIPTION LISTE 5**

Sont sélectionnés sur la base d'un dossier et d'un entretien oral, les personnes titulaires :

- Du diplôme professionnel d'auxiliaire de puériculture (DEAP) ;
- Du diplôme d'ambulancier ou du certificat de capacité d'ambulancier (DEA ou CCA) ;
- Du diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS) ou de la mention complémentaire d'aide à domicile (MCAD) ;
- Du diplôme d'Etat d'aide médico-psychologique (DEAMP) ;
- Du titre professionnel d'assistant de vie aux familles (TPAVF).

**VOUS ETES UN CANDIDAT INSCRIT EN LISTE 0, 1, 2 ou 3**

## **L'EPREUVE ECRITE D'ADMISSIBILITE : (listes 0, 2 et 3)**

Cette épreuve écrite et anonyme d'admissibilité, d'une durée de 2 heures, est notée sur 20.

Elle se décompose en deux parties :

- A partir d'un texte de culture générale d'une page maximum et portant sur un sujet d'actualité d'ordre sanitaire et social, le candidat doit :
  - o Dégager les idées principales du texte ;
  - o Commenter les aspects essentiels du sujet traité sur la base de deux questions au maximum.

Cette partie est notée sur 12 points et a pour objet d'évaluer les capacités de compréhension et d'expression écrite du candidat.

- Une série de dix questions à réponse courte :
  - o Cinq questions portant sur des notions élémentaires de biologie humaine ;
  - o Trois questions portant sur les quatre opérations numériques de base ;
  - o Deux questions d'exercices mathématiques de conversion.

Cette partie a pour objet de tester les connaissances du candidat dans le domaine de la biologie humaine ainsi que ses aptitudes numériques. Elle est notée sur 8 points.

- ① **Le candidat doit avoir obtenu une note égale ou supérieure à 10 sur 20 pour pouvoir se présenter à l'épreuve d'admission.**

## **L'EPREUVE ORALE D'ADMISSION : (listes 0, 1, 2 et 3)**

Cette épreuve orale d'admission, notée sur 20, se divise en deux parties et consiste en un entretien de vingt minutes maximum avec deux membres du jury, précédé de dix minutes de préparation :

- Présentation d'un exposé à partir d'un thème relevant du domaine sanitaire et social et réponse à des questions. Cette partie, notée sur 15 points, vise à tester les capacités d'argumentation et d'expression orale du candidat ainsi que ses aptitudes à suivre la formation ;
- Discussion avec le jury sur la connaissance et l'intérêt du candidat pour la profession d'aide-soignant. Cette partie, notée sur 5 points, est destinée à évaluer la motivation du candidat.

- ① **Une note inférieure à 10 sur 20 à cette épreuve est éliminatoire.**

**Les candidats aux épreuves de sélection présentant un handicap** peuvent déposer une demande d'aménagement des épreuves. Ils adressent leur demande à l'un des médecins désignés par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées et en informent l'institut de formation. Le Directeur des Soins de l'institut mettra en œuvre les mesures d'aménagement préconisées.

## **VOUS ETES UN CANDIDAT INSCRIT EN LISTE 4 ou 5**

### **LA SELECTION DU DOSSIER :**

Les candidats sont sélectionnés sur la base d'un dossier comprenant les pièces suivantes :

- Curriculum vitae ;
- Lettre de motivation ;
- Attestations de travail avec appréciations de l'employeur pour les candidats titulaires d'un DEAP, DEA, CCA, DEAVS, MCAD, DEAMP, TPAVF ;
- Dossier scolaire avec résultats et appréciations pour les candidats titulaires des baccalauréats professionnels ASSP et SAPAT (copie du livret scolaire comportant les résultats obtenus aux épreuves et les appréciations de stage) ;
- Titres ou diplômes permettant de se présenter à la dispense de formation ou un certificat de scolarité pour les candidats en classe de terminale.

Les élèves en terminale des baccalauréats professionnels ASSP et SAPAT peuvent présenter leur candidature. Leur admission définitive sera subordonnée à l'obtention du baccalauréat.

### **L'ENTRETIEN INDIVIDUEL :**

Les candidats retenus seront convoqués à un entretien oral d'une durée de 20 minutes.

Cet entretien vise à évaluer la motivation sur la base du dossier et il est composé :

- de la présentation du parcours professionnel
- d'un échange sur la base du dossier (expériences professionnelles, stages...)

① Une note inférieure à 10 sur 20 à cette épreuve est éliminatoire.

## **VOUS ETES UN CANDIDAT TITULAIRE D'UN TITRE OU DIPLOME ETRANGER**

Les candidats titulaires d'un titre ou d'un diplôme étranger peuvent accéder à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant.

- Pour un Baccalauréat étranger : fournir une équivalence en plus de la copie du diplôme ;
- Pour un diplôme supérieur étranger écrit en langue étrangère : fournir une traduction assermentée par des autorités compétentes (Tribunal d'Instance, Tribunal de Grande Instance, mairie). Les traductions par des organismes privés ne sont pas acceptées.

L'ENIC-NARIC informe sur la reconnaissance des diplômes étrangers en France et, depuis le 1er janvier 2008, est seul habilité, à délivrer les attestations de diplômes obtenus dans un pays étranger. Les informations sur ce centre d'information peuvent être consultées sur le site [www.ciep.fr](http://www.ciep.fr)

Les dossiers de demandes d'équivalence de diplômes étrangers en France doivent être adressés à :

**CIEP ENIC-NARIC France**  
**1 Avenue Léon Journault 92318 Sèvres Cedex - France**

Le Centre ENIC-NARIC France ne reçoit pas le public. Il peut être contacté par téléphone aux numéros suivants : 01 45 07 63 21 ou 01 45 07 63 10 et par courriel.

Il est important de noter qu'il n'existe pas de principe juridique d'équivalence entre les titres et les diplômes obtenus à l'étranger et les diplômes français délivrés par le ministère de l'Education Nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche. Seule une attestation de reconnaissance de niveau

d'études peut être obtenue. Les demandes d'équivalence de diplôme français à l'étranger doivent être adressées au centre.

Si vous êtes déjà titulaire d'un diplôme d'enseignement supérieur et désirez poursuivre des études dans un établissement français d'enseignement supérieur, vous pouvez sur présentation du ou des diplômes étrangers que vous possédez, de leurs traductions et d'un descriptif du cursus de la formation suivie, demander une dispense d'études auprès de l'établissement dans lequel vous souhaiteriez préparer un diplôme français. Le président de l'université ou le directeur de l'établissement concerné déterminera votre niveau d'admission sur proposition d'une commission pédagogique (cf. décret n°85-906 du 23 août 1985). Cette dispense est destinée à vous permettre de conserver tout ou partie de vos acquis universitaires antérieurs

① Les démarches sont à anticiper dès l'inscription au concours car le délai d'obtention du document peut-être supérieur à 3 mois.

## LES RESULTATS

A l'issue de l'épreuve orale d'admission et au vu de la note obtenue à cette épreuve, le jury établit chaque liste de classement des candidats selon leur titre.

Chaque liste comprend une liste principale et une liste complémentaire, affichée au siège de l'IFSI/IFAS.

Les résultats des épreuves de sélection sont affichés à l'institut de formation. Tous les candidats sont personnellement informés par courrier de leurs résultats et de leurs rangs de classement sur l'une ou l'autre liste. Si dans les 10 jours suivant l'affichage le candidat n'a pas donné son accord écrit, il sera présumé avoir renoncé à son admission et sa place sera proposée au candidat inscrit en rang utile sur liste complémentaire de son titre.

En cas d'égalité de points entre deux ou plusieurs candidats, l'admission est déclarée dans l'ordre de priorité suivant :

- Au(x) candidat(s) ayant bénéficié d'une dispense de l'épreuve écrite d'admissibilité ;
- Au(x) candidat(s) ayant obtenu la note la plus élevée à l'épreuve d'admissibilité, dans le cas ou aucun des candidats à départager n'a été dispensé de cette épreuve ;
- Au candidat le plus âgé, dans le cas ou les conditions des alinéas A) et B) n'ont pu départager les candidats.

## LES REPORTS DE SCOLARITE

Les résultats des épreuves de sélection ne sont valables que pour la rentrée au titre de laquelle elles ont été organisées.

Cependant, un report d'admission d'un an, renouvelable une seule fois, est accordé de droit par la direction de l'IFSI/IFAS en cas :

- De congé de maternité ;
- De rejet de demande de mise en disponibilité ;
- Pour garde d'enfant de moins de quatre ans.

Un report d'admission d'un an, renouvelable deux fois, est accordé de droit par la direction de l'IFSI/IFAS en cas :

- De rejet du bénéfice de la promotion professionnelle ou sociale ;
- De rejet d'une demande de congé individuel de formation ;
- De rejet d'une demande de congé de formation professionnelle.



En outre en cas de maladie, d'accident ou si le candidat apporte la preuve de tout autre événement grave lui interdisant d'entreprendre ses études au titre de l'année en cours, un report peut être accordé par le directeur de l'institut.

Toute personne ayant bénéficié d'un report d'admission doit confirmer son intention de reprendre sa scolarité à la rentrée suivante, au plus tard trois mois avant la date de cette rentrée.

Le report est valable uniquement pour l'institut dans lequel le candidat avait été précédemment admis.

- ① Tout report sera accordé sous réserve de la production d'un justificatif.

## **LES CONDITIONS D'ENTREE A L'INSTITUT DE FORMATION AIDE-SOIGNANT**

### **LES FRAIS D'INSCRIPTION**

Tout candidat admis au concours d'entrée doit lors de la confirmation de son inscription s'acquitter d'un droit d'inscription de 60 euros.

### **LES FRAIS DE FORMATION**

Pour les élèves sortant du cursus scolaire et les demandeurs d'emploi inscrits depuis plus de trois mois au pôle emploi et non démissionnaires, le coût de la formation est pris en charge par le Conseil Régional d'Ile-de-France.

Pour les salariés ou personnes considérées en formation continue, le coût de la formation pour l'année scolaire complète 2016/2017 est de 7 000 euros.

Pour les personnes finançant eux-mêmes leur formation, le coût de la formation pour l'année scolaire complète 2016/2017 est de 7 100 euros.

- ① L'engagement de prise en charge du coût de la formation est exigible dès la rentrée scolaire. Aussi, il convient de rechercher un mode de financement dès votre inscription du fait des délais d'instruction des dossiers par les organismes concernés.

### **LES CONDITIONS MEDICALES**

L'admission définitive dans un institut de formation conduisant au diplôme d'état d'aide-soignant est subordonnée :

- A la production, au plus tard le premier jour de la rentrée, d'un certificat médical par un médecin agréé attestant que le candidat ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession.
- A la production, au plus tard le jour de la première entrée en stage, d'un certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France.

Pour être en règle avec les conditions d'immunisation, les candidats doivent prévoir leur vaccination quatre mois minimum avant la date de la rentrée (vaccinations contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, l'hépatite B et vaccination par le BCG).

- ① Il vous appartient donc de commencer dès à présent la vaccination contre l'hépatite B puisque trois injections sont nécessaires à un mois d'intervalle, voire davantage selon les recommandations



de l'Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 du code de la santé publique.

Article L.3111-4 du code de la santé publique :

« Une personne qui, dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention, de soins ou hébergeant des personnes âgées, exerce une activité professionnelle l'exposant à des risques de contamination doit être immunisée contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite ».

Ce certificat doit également préciser que le candidat a subi:

- Un test tuberculinique intradermo-réaction 10 Unités, que celui-ci est positif et mesuré en millimètres ou qu'une tentative infructueuse de vaccination intradermique par le B.C.G. a été effectuée.
- D'une Radiographie Pulmonaire datant de moins de trois mois à l'entrée en formation.



**Vous ne pourrez en aucun cas vous rendre en stage si vos vaccinations ne sont pas à jour. Or cela prend du temps de se faire vacciner, ne tardez pas !**

## LA FORMATION

Conformément à l'annexe 1 de l'Arrêté du 22 Octobre 2005, définition du métier d'aide-soignant :

... «L'aide-soignant exerce son activité sous la responsabilité de l'Infirmier, dans le cadre du rôle propre dévolu à celui-ci, conformément aux articles R 4311-3 à R 4311-5 du code de la santé publique. Dans ce cadre, l'aide-soignant réalise des soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution de l'autonomie de la personne ou d'un groupe de personnes. Son rôle s'inscrit dans une approche globale de la personne soignée et prend en compte la dimension relationnelle des soins. L'aide-soignant accompagne cette personne dans les activités de la vie quotidienne, il contribue à son bien-être et à lui faire recouvrer, dans la mesure du possible, son autonomie. Travaillant le plus souvent dans une équipe pluri professionnelle, en milieu hospitalier ou extrahospitalier, l'aide-soignant participe, dans la mesure de ses compétences et dans le cadre de sa formation aux soins infirmiers préventifs, curatifs ou palliatifs. Ces soins ont pour objet de promouvoir, protéger, maintenir et restaurer la santé de la personne, dans le respect de ses droits et de sa dignité».

### LA DUREE DE LA FORMATION

L'ensemble de la formation se déroule sur 41 semaines (ou 1435 heures) réparties de la manière suivante :

- Enseignement en institut de formation : 17 semaines soit 595 heures
- Enseignement en stage clinique : 24 semaines soit 840 heures.

La rentrée dans les instituts de formation a lieu la première semaine du mois de septembre.

### LES CARACTERISTIQUES DE LA FORMATION

Les modules de formation correspondent à l'acquisition des huit compétences obligatoires du diplôme.

L'enseignement est organisé sur la base de 35 heures par semaine. La répartition de cet enseignement, entre cours magistraux, travaux pratiques, travaux dirigés et évaluation des connaissances est déterminée par l'équipe pédagogique.

### LES MODULES

**Module 1 :** Accompagnement d'une personne dans les activités de la vie quotidienne (4 semaines)

**Module 2 :** L'état clinique d'une personne (2 semaines)

**Module 3 :** Les soins (5 semaines)

**Module 4 :** Ergonomie (1 semaine)

**Module 5 :** Relation - communication (2 semaines)

Module 6 : Hygiène des locaux hospitaliers (1 semaine)

Module 7 : Transmission des informations (1 semaine)

Module 8 : Organisation du travail (1 semaine).

## **LES STAGES**

Les stages sont réalisés dans des structures sanitaires, sociales ou médico-sociales :

- Service de court séjour : médecine ;
- Service de court séjour : chirurgie ;
- Service de moyen ou long séjour : personnes âgées ou handicapées ;
- Service de santé mentale ou service de psychiatrie ;
- Secteur extrahospitalier ;
- Structure optionnelle (en fin de formation en fonction du projet professionnel de l'élève).

Dans le cursus complet de formation, les stages au nombre de 6 sont d'une durée de 140 heures chacun, soit 4 semaines. Ces stages permettent l'acquisition progressive des compétences par l'élève.

Sur l'ensemble des stages cliniques, un stage dans une structure d'accueil pour personnes âgées est obligatoire.

## **LES DISPENSES**

Les personnes s'inscrivant sur les listes 4 et 5 du concours sont dispensés de certains modules :

DIPLOME	Module 1	Module 2	Module 3	Module 4	Module 5	Module 6	Module 7	Module 8
DEAP		dispensé		dispensé	dispensé	dispensé	dispensé	dispensé
DEA - CCA		dispensé		dispensé	dispensé		dispensé	
DEAVS - MCAD	dispensé			dispensé	dispensé		dispensé	
DEAMP	dispensé			dispensé	dispensé		dispensé	dispensé
TPAVF	dispensé			dispensé	dispensé			
Bac Pro ASSP	dispensé			dispensé		dispensé	dispensé	dispensé
Bac Pro SAPAT	dispensé			dispensé			dispensé	dispensé

Sont déclarés reçus au diplôme d'État d'aide-soignant (DEAS), les élèves ayant validé l'ensemble des compétences liées à l'exercice du métier tout au long de l'année de formation.

## **LES AIDES FINANCIERES POSSIBLES**

### **PUBLICS ELIGIBLES A LA SUBVENTION DE LA REGION ILE-DE-FRANCE**

**Seuls sont éligibles à la subvention les élèves en cursus complet de formation et les élèves titulaires d'un baccalauréat ASSP ou SAPAT**

- Elèves en formation initiale de 16 à 25 ans sortis du système scolaire depuis moins d'un an ;
- Jeunes de 16 à 25 ans inscrits dans les missions locales sortis du système scolaire depuis plus d'un an ;
- Demandeurs d'emploi inscrits à Pôle emploi depuis 3 mois minimum dont le coût de formation n'est pas pris en charge ou partiellement par Pôle emploi ;
- Bénéficiaire d'un contrat de travail aidé l'année avant l'entrée en formation (y compris si démission) ;
- Bénéficiaire du RSA socle majoré (ex API) et les bénéficiaires du RSA socle (ex RMI).

- ① Les salariés publics et privés, les apprentis, les médecins étrangers, les passerelles (cursus partiel), les effectifs de préparation aux concours, les VAE et les démissionnaires ne sont pas éligibles à la subvention régionale.

## **LES BOURSES REGIONALES**

Elles sont attribuées après avis de la commission permanente de la région. Le barème des bourses comporte six échelons et à chaque échelon correspond un montant annuel de bourse. L'IFSI/IFAS est chargé d'informer les élèves des dates d'inscription, qui se feront uniquement par internet.

Les conditions d'attribution de bourses sont consultables sur le site de la région [www.iledefrance.fr](http://www.iledefrance.fr) (Rubrique « Sanitaire et Social »).

## **LES CONGES DE FORMATIONS PROFESSIONNELLES**

- Les agents des établissements hospitaliers publics peuvent conserver leur salaire durant leur scolarité. En contrepartie, ils ont un engagement de servir d'une certaine durée.  
Pour tout renseignement, vous adresser au directeur des ressources humaines ou au service de formation continue de votre établissement employeur.
- Vos frais de scolarité peuvent être pris en charge par votre employeur public comme privé, à la condition d'en avoir fait la demande auprès de lui.

Pour connaître les aides financières dont vous pouvez bénéficier vous devez vous renseigner auprès :

- Mission Locale de votre lieu de résidence ;
- Direction Régionale ou Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle dont vous dépendez ;
- Conseil Général ;
- CCAS ;
- Conseil Régional d'Ile-de-France ;
- Caisse d'Allocation Familiale.

## **LE DOSSIER D'INSCRIPTION**

Pour tous les candidats, joindre :

- **La fiche d'inscription correspondant à votre liste d'inscription**, entièrement complétée, datée et signée ;
- **La photocopie Recto/Verso de votre pièce d'identité en cours de validité** où vous noterez « certifiée sur l'honneur conforme à l'original », datée et signée
  - Carte nationale d'identité
  - Passeport
  - Livret de famille mentionnant le nom du candidat
  - Carte de séjour
- **Le règlement des droits d'inscription au concours** : chèque à l'ordre du Trésor Public d'un montant de **58 euros**.
- Et le cas échéant, les pièces complémentaires indiquées sur la fiche d'inscription.



Tout règlement non effectué, annule l'inscription aux épreuves de sélection.  
Les frais d'inscription sont non remboursables en cas de désistement ou de non réussite aux épreuves.

Des éléments complémentaires sont demandés selon votre liste d'inscription au concours :

- Annexe A            Fiche inscription liste 0
- Annexe B            Fiche inscription liste 1
- Annexe C            Fiche inscription liste 2
- Annexe D            Fiche inscription liste 3
- Annexe E            Fiche inscription liste 4
- Annexe F            Fiche inscription liste 5

## COMPLEMENT ET PRECISION D'INFORMATIONS

Pour prévenir les risques de fraude, tout port de couvre-chef et tout accessoire (bandana, casquette, foulard, serre-tête...) portés sur la tête doit impérativement dégager les oreilles.

Nous vous rappelons que l'IFAS de PONTOISE organise trois réunions d'information sur les épreuves d'admission à la formation aide-soignante. Pour tout complément et précision d'informations, nous vous remercions de ne pas encombrer le standard de l'IFSI/IFAS et vous proposons ainsi de vous rendre à l'une de ces réunions qui se dérouleront :

- Le vendredi 8 janvier 2016 à 14h

- Le vendredi 5 février 2016 à 14h

- Le vendredi 26 février 2016 à 14h

\*\*\*\*\*

INSTITUT DE FORMATION D'AIDE-SOIGNANT DU CENTRE HOSPITALIER RENE-DUBOS

FICHE D'INSCRIPTION POUR LES EPREUVES DE SELECTION  
A LA FORMATION D'AIDE-SOIGNANT 2016

## CURSUS COMPLET Liste 0

<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	Situation de famille : <input type="radio"/> Célibataire <input type="radio"/> Marié(e) <input type="radio"/> PACS <input type="radio"/> Concubinage <input type="radio"/> Divorcé(e) <input type="radio"/> Séparé(e)	<p><b>↓ Partie réservée à l'IFAS ↓</b></p> <p>  95   06                    </p> <p>Secrétaire référente I : _____</p> <p>Secrétaire référente II : _____</p> <hr/> <p><b>ÉTAT CIVIL :</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Pièce d'identité :</b>          -CNI -Passeport -Carte de séjour          -Livret de famille.          Validité jusqu'àu _____</p> <hr/> <p><b>DROITS D'INSCRIPTION :</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Chèque de 58 €</b></p> <p>Emetteur chèque _____</p> <p>Ordre Trésor public <input type="checkbox"/>          Signature <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Espèces détail :</b>          _____</p> <hr/> <p><b>TITRE D'INSCRIPTION :</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Liste 0</b>          Diplôme _____          Année _____</p> <p><b>↑ Partie réservée à l'IFAS ↑</b></p>
<p>NOM de naissance : _____</p> <p>NOM d'usage : _____ Prénom(s) : _____</p> <p>Date de naissance : le ____ / ____ / ____ à _____ Département _____</p> <p>Pays de naissance : _____ Nationalité : _____</p> <p>Adresse : _____</p> <p>Code postal : _____ Ville : _____  <i>(ATTENTION : Si votre nom n'apparaît pas sur la boîte aux lettres)</i></p> <p>Adresse mail : _____ @ _____</p> <p>Téléphone fixe   0   ____   ____   ____   ____   ____   ____   ____   ____   ____    <input type="checkbox"/> <i>(Sur liste rouge)</i></p> <p><b>et</b> Portable   0   ____   ____   ____   ____   ____   ____   ____   ____   ____    <i>(Obligatoire)</i></p>		
<p><b><u>TITRE D'INSCRIPTION</u></b></p>		
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> <b><u>INSCRIPTION EN LISTE 0</u></b>  <i>Epreuve écrite et orale</i> </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> Aucun diplôme requis            Niveau d'études : _____         </div> </div> <p><b>📄 La fiche d'inscription</b> (Annexe A recto/verso) entièrement complétée, datée et signée.</p> <p><b>📄 La photocopie de votre pièce d'identité en cours de validité</b> où vous noterez «certifiée sur l'honneur conforme à l'original » datée et signée :            Carte Nationale d'Identité recto verso <u>en cours de validité</u>            ou Passeport, en cours de validité,            ou Livret de famille (mentionnant le nom du candidat),            ou Carte de séjour en cours de validité si vous êtes de nationalité étrangère.</p> <p><b>📄 Le règlement du droit d'inscription</b> aux épreuves de sélection est fixé à  <b>58,00 Euros</b> Chèque à l'ordre du <u>Trésor Public</u>.</p>		

Tout règlement non effectué, annule l'inscription aux épreuves de sélection.  
Les frais d'inscription sont non remboursables en cas de désistement ou de non réussite aux épreuves.

# Cursus complet Liste 0

(FICHE A REMPLIR EN CARACTERES D'IMPRIMERIE)

## SALARIE

Employeur : \_\_\_\_\_ Etablissement de santé : Oui ☐ Non ☐

Adresse : \_\_\_\_\_

Date d'entrée dans l'établissement : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fonction : \_\_\_\_\_

Prise en charge du coût de la formation par l'employeur : Oui ☐ Non ☐

Si oui avec quel organisme ☐ FONGECIF ☐ ANFH  
☐ Financement personnel  
☐ Autres (à préciser) : \_\_\_\_\_

## POLE EMPLOI



Obligatoire



Pôle emploi de \_\_\_\_\_ N°Demandeur d'Emploi \_\_\_\_\_

☐ - 3 mois ☐ + 6 mois ☐ + 12 mois ☐ - +24 mois ☐ + 36 mois

Percevez-vous une allocation (ARE, ASS, ADR)

Si oui, à préciser \_\_\_\_\_

date de fin de droits : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## AUTRES SITUATIONS A PRÉCISER

Jeune de -26 ans suivi par une Mission Locale : Oui ☐ Non ☐

Vous êtes dans la poursuite de vos études : Oui ☐ Non ☐

Etudes suivies en 2015/2016 \_\_\_\_\_

Vous êtes bénéficiaire du RSA : Oui ☐ Non ☐

Avez-vous fait une préparation au concours ? Oui ☐ Non ☐

Si oui par quel organisme \_\_\_\_\_

↓ Partie réservée à l'IFAS ↓

## SALARIE

☐ Public \_\_\_\_\_

☐ Privé \_\_\_\_\_

☐ Etablissement de santé privé \_\_\_\_\_

Contrat de travail ☐

Attestation employeur ☐

## POLE EMPLOI

☐ \_\_\_\_\_

## Allocataire

Oui ☐

Non ☐

## AUTRES SITUATIONS

☐ Mission Locale

☐ Poursuite d'études

☐ Préparation Concours

☐ Allocataire RSA

↑ Partie réservée à l'IFAS ↑

Je soussigné (e) \_\_\_\_\_ déclare m'inscrire sur la liste 0.

Et atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_.

Signature :



INSTITUT DE FORMATION D'AIDE-SOIGNANT DU CENTRE HOSPITALIER RENE-DUBOS

FICHE D'INSCRIPTION POUR LES EPREUVES DE SELECTION  
A LA FORMATION D'AIDE-SOIGNANT 2016

## CURSUS COMPLET Liste 1

<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	Situation de famille : <input type="radio"/> Célibataire <input type="radio"/> Marié(e) <input type="radio"/> PACS <input type="radio"/> Concubinage <input type="radio"/> Divorcé(e) <input type="radio"/> Séparé(e)	<div style="text-align: right;">↓ Partie réservée à l'IFAS ↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>95 06</span> <span>  </span> </div> </div>	
NOM de naissance : _____ NOM d'usage : _____ Prénom(s) : _____ Date de naissance : le ____/____/____ à _____ Département _____ Pays de naissance : _____ Nationalité : _____ Adresse : _____ Code postal : _____ Ville : _____ (ATTENTION : Si votre nom n'apparaît pas sur la boîte aux lettres) Adresse mail : _____ @ _____ Téléphone fixe 01 ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ <input type="checkbox"/> (Sur liste rouge) et Portable 01 ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ (Obligatoire)		Secrétaire référente I : _____ Secrétaire référente II : _____  <b>ÉTAT CIVIL :</b> <input type="checkbox"/> <b>Pièce d'identité :</b> - CNI - Passeport - Carte de séjour - Livret de famille. Validité jusqu'au _____  <b>DROITS D'INSCRIPTION :</b> <input type="checkbox"/> <b>Chèque de 58 €</b> Emetteur chèque _____ <div style="margin-top: 20px;">           Ordre Trésor public    <input type="checkbox"/>            Signature    <input type="checkbox"/> </div>	
<b><u>TITRE D'INSCRIPTION</u></b>			<input type="checkbox"/> <b>Espèces détail :</b> _____  <b><u>TITRE D'INSCRIPTION :</u></b>  <input type="checkbox"/> <b>Liste 1</b> Diplôme _____  Année _____
<input type="checkbox"/> <b><u>INSCRIPTION EN LISTE 1</u></b> (Dispensé d'épreuve écrite)			
<input type="checkbox"/> Diplôme : _____ Niveau d'études : _____			
<input checked="" type="checkbox"/> <b><u>La fiche d'inscription</u></b> (Annexe B recto/verso) entièrement complétée, datée et signée.			
<input checked="" type="checkbox"/> <b><u>La photocopie de votre pièce d'identité en cours de validité</u></b> où vous noterez «certifiée sur l'honneur conforme à l'original» datée et signée : Carte Nationale d'Identité recto verso <u>en cours de validité</u> ou Passeport, en cours de validité, ou Livret de famille (mentionnant le nom du candidat), ou Carte de séjour en cours de validité si vous êtes de nationalité étrangère.			
<input checked="" type="checkbox"/> <b><u>Le règlement du droit d'inscription</u></b> aux épreuves de sélection est fixé à 58,00 Euros Chèque à l'ordre du <u>Trésor Public</u> .			
<input checked="" type="checkbox"/> <b><u>La copie du diplôme, ou du titre vous permettant d'être dispensé de l'épreuve écrite</u></b> sur laquelle vous noterez «certifiée sur l'honneur conforme à l'original» datée et signée. <input checked="" type="checkbox"/> de niveau IV ou supérieur, <input checked="" type="checkbox"/> de niveau V sanitaire ou social <input checked="" type="checkbox"/> diplôme étranger permettant l'accès aux études universitaires. <input checked="" type="checkbox"/> ou CERTIFICAT de SCOLARITE (faisant apparaître les dates de début et de fin de formation de 1 <sup>ère</sup> année) justifiant ainsi du suivi d'une première année des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier.			
			↑ Partie réservée à l'IFAS ↑

Tout règlement non effectué, annule l'inscription aux épreuves de sélection.  
Les frais d'inscription sont non remboursables en cas de désistement ou de non réussite aux épreuves.

TSVP



## Cursus complet Liste 1

(FICHE A REMPLIR EN CARACTERES D'IMPRIMERIE)

### SALARIE

Employeur : \_\_\_\_\_ Etablissement de santé : Oui ☐ Non ☐

Adresse : \_\_\_\_\_

Date d'entrée dans l'établissement : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fonction \_\_\_\_\_

Prise en charge du coût de la formation par l'employeur : Oui ☐ Non ☐

Si oui avec quel organisme ☐ FONGECIF ☐ ANFH  
☐ Financement personnel  
☐ Autres (à préciser) \_\_\_\_\_

### POLE EMPLOI


*Obligatoire*


Pôle emploi de \_\_\_\_\_ N°Demandeur d'Emploi \_\_\_\_\_

☐ - 3 mois ☐ + 6 mois ☐ + 12 mois ☐ - +24 mois ☐ + 36 mois

Percevez-vous une allocation (ARE, ASS, ADR)

Si oui, à préciser \_\_\_\_\_

date de fin de droits : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### AUTRES SITUATIONS A PRÉCISER

Jeune de -26 ans suivi par une Mission Locale : Oui ☐ Non ☐

Vous êtes dans la poursuite de vos études : Oui ☐ Non ☐

Etudes suivies en 2015/2016 \_\_\_\_\_

Vous êtes bénéficiaire du RSA : Oui ☐ Non ☐

Avez-vous fait une préparation au concours ? Oui ☐ Non ☐

Si oui par quel organisme \_\_\_\_\_

↓ Partie réservée à l'IFAS ↓

### SALARIE

☐ Public \_\_\_\_\_

☐ Privé \_\_\_\_\_

☐ Etablissement de santé  
privé

Contrat de travail ☐

Attestation employeur ☐

### POLE EMPLOI

☐

### Allocataire

Oui ☐

Non ☐

### AUTRES SITUATIONS

☐ Mission Locale

☐ Poursuite d'études

☐ Préparation Concours

☐ Allocataire RSA

↑ Partie réservée à l'IFAS ↑

Je soussigné (e) \_\_\_\_\_ déclare m'inscrire sur la liste 1.

Et atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature :

INSTITUT DE FORMATION D'AIDE-SOIGNANT DU CENTRE HOSPITALIER RENE-DUBOS

FICHE D'INSCRIPTION POUR LES EPREUVES DE SELECTION  
A LA FORMATION D'AIDE-SOIGNANT 2016

## CURSUS COMPLET - Liste 2

<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	Situation de famille : <input type="radio"/> Célibataire <input type="radio"/> Marié(e) <input type="radio"/> PACS <input type="radio"/> Concubinage <input type="radio"/> Divorcé(e) <input type="radio"/> Séparé(e)	<div style="text-align: right;">↓ Partie réservée à l'IFAS ↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;">         195   06                             </div>
NOM de naissance : _____ NOM d'usage : _____ Prénom(s) : _____ Date de naissance : le ____/____/____ à _____ Département ____ Pays de naissance : _____ Nationalité : _____ Adresse : _____ Code postal : _____ Ville : _____ (ATTENTION : Si votre nom n'apparaît pas sur la boîte aux lettres) Adresse mail : _____ @ _____ Téléphone fixe   0                                                          <input type="checkbox"/> (Sur liste rouge) et Portable   0                                                          (Obligatoire)		Secrétaire référente I : _____ Secrétaire référente II : _____  <b>ÉTAT CIVIL :</b>  <input type="checkbox"/> <b>Pièce d'identité :</b> -CNI -Passeport -Carte de séjour -Livret de famille. Validité jusqu'au _____  <b>DROITS D'INSCRIPTION :</b>  <input type="checkbox"/> <b>Chèque de 58 €</b> Emetteur chèque _____  Ordre Trésor public <input type="checkbox"/> Signature <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <b>Espèces détail :</b> _____
<b><u>TITRE D'INSCRIPTION</u></b>		<b><u>TITRE D'INSCRIPTION :</u></b>  <input type="checkbox"/> <b>Liste 2</b> Diplôme _____ Année _____  <input type="checkbox"/> <b>Attestation de travail</b>
<input type="checkbox"/> <b><u>INSCRIPTION EN LISTE 2</u></b> (Epreuve écrite et orale)  <b>A.S.H. QUALIFIÉ de la Fonction Publique Hospitalière</b> réunissant au moins trois années de fonction à temps plein en cette qualité.  <input checked="" type="checkbox"/> <b><u>La fiche d'inscription</u></b> (Annexe C recto/verso) entièrement complétée, datée et signée.  <input checked="" type="checkbox"/> <b><u>La photocopie de votre pièce d'identité en cours de validité</u></b> où vous noterez «certifiée sur l'honneur conforme à l'original » datée et signée : Carte Nationale d'Identité recto verso <u>en cours de validité</u> ou Passeport, en cours de validité, ou Livret de famille (mentionnant le nom du candidat), ou Carte de séjour en cours de validité si vous êtes de nationalité étrangère.  <input checked="" type="checkbox"/> <b><u>Le règlement du droit d'inscription</u></b> aux épreuves de sélection est fixé à 58,00 Euros Chèque à l'ordre du <u>Trésor Public</u> .  <input checked="" type="checkbox"/> <b><u>Attestation de travail, de votre employeur</u></b> de moins de 3 mois attestant votre expérience de plus de trois années à temps plein en la qualité d'ASH Qualifié.		↑ Partie réservée à l'IFAS ↑

Tout règlement non effectué, annule l'inscription aux épreuves de sélection.  
Les frais d'inscription sont non remboursables en cas de désistement ou de non réussite aux épreuves.

## CURSUS COMPLET Liste 2

(FICHE A REMPLIR EN CARACTERES D'IMPRIMERIE)

### SALARIÉ

Employeur : \_\_\_\_\_ Etablissement de santé : Oui ☐ Non ☐

Adresse : \_\_\_\_\_

Date d'entrée dans l'établissement : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fonction : \_\_\_\_\_

Prise en charge du coût de la formation par l'employeur : Oui ☐ Non ☐

Si oui avec quel organisme ☐ FONGECIF ☐ ANFH  
☐ Financement personnel  
☐ Autres (à préciser) \_\_\_\_\_

### POLE EMPLOI


**Obligatoire**


Pôle emploi de \_\_\_\_\_ N°Demandeur d'Emploi \_\_\_\_\_

☐ - 3 mois ☐ + 6 mois ☐ + 12 mois ☐ - +24 mois ☐ + 36 mois

Percevez-vous une allocation (ARE, ASS, ADR)

Si oui, à préciser \_\_\_\_\_

date de fin de droits : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### AUTRES SITUATIONS A PRÉCISER

Jeune de -26 ans suivi par une Mission Locale : Oui ☐ Non ☐

Vous êtes dans la poursuite de vos études : Oui ☐ Non ☐

Etudes suivies en 2015/2016 \_\_\_\_\_

Vous êtes bénéficiaire du RSA : Oui ☐ Non ☐

Avez-vous fait une préparation au concours ? Oui ☐ Non ☐

Si oui par quel organisme \_\_\_\_\_

↓ Partie réservée à l'IFAS ↓

### SALARIÉ

☐ Public \_\_\_\_\_

☐ Privé \_\_\_\_\_

☐ Etablissement de santé privé \_\_\_\_\_

Contrat de travail ☐

Attestation employeur ☐

### POLE EMPLOI

☐

### Allocataire

Oui ☐

Non ☐

### AUTRES SITUATIONS

☐ Mission Locale

☐ Poursuite d'études

☐ Préparation Concours

☐ Allocataire RSA

↑ Partie réservée à l'IFAS ↑

Je soussigné (e) \_\_\_\_\_ déclare m'inscrire sur la liste 2.

Et atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_.

Signature :

**INSTITUT DE FORMATION D'AIDE-SOIGNANT DU CENTRE HOSPITALIER RENE-DUBOS**
**FICHE D'INSCRIPTION POUR LES EPREUVES DE SELECTION  
A LA FORMATION D'AIDE-SOIGNANT 2016**
**CURSUS COMPLET - Liste 3**

(FICHE A REMPLIR EN CARACTERES D'IMPRIMERIE)

<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	Situation de famille : <input type="radio"/> Célibataire <input type="radio"/> Marié(e) <input type="radio"/> PACS <input type="radio"/> Concubinage <input type="radio"/> Divorcé(e) <input type="radio"/> Séparé(e)	<div style="text-align: center;">↓ Partie réservée à l'IFAS ↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;">         95106                 </div> Secrétaire référente I : _____ Secrétaire référente II : _____ <b>ÉTAT CIVIL :</b> <input type="checkbox"/> <b>Pièce d'identité :</b> -CNI -Passeport -Carte de séjour -Livret de famille. Validité jusqu'au _____ <b>DROITS D'INSCRIPTION :</b> <input type="checkbox"/> <b>Chèque de 58 €</b> Emetteur chèque _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Ordre Trésor public <input type="checkbox"/></span> <span>Signature <input type="checkbox"/></span> </div> <input type="checkbox"/> <b>Espèces détail :</b> _____
<b>NOM de naissance :</b> _____ <b>NOM d'usage :</b> _____ <b>Prénom(s) :</b> _____ <b>Date de naissance :</b> le ____/____/____ à _____ <b>Département</b> ____ <b>Pays de naissance :</b> _____ <b>Nationalité :</b> _____ <b>Adresse :</b> _____ <b>Code postal :</b> _____ <b>Ville :</b> _____ <i>(ATTENTION : Si votre nom n'apparaît pas sur la boîte aux lettres)</i> <b>Adresse mail :</b> _____ @ _____ <b>Téléphone fixe</b> 01                                 <input type="checkbox"/> <i>(Sur liste rouge)</i> <b>et Portable</b> 01                                 <i>(Obligatoire)</i>		
<div style="text-align: center;"><b>TITRE D'INSCRIPTION</b></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> <b>INSCRIPTION EN LISTE 3</b>  <i>(Epreuve écrite et orale)</i> </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> <b>Diplôme :</b> _____  <b>Niveau d'études :</b> _____         </div> </div> <p><b>Article 13 bis :</b>          Candidats justifiant d'un contrat de travail avec un établissement de santé ou une structure de soins à la date des épreuves.</p> <p>↳ <b>La fiche d'inscription</b> (Annexe D recto/verso) entièrement complétée, datée et signée.</p> <p>↳ <b>La photocopie de votre contrat de travail et une attestation de votre employeur</b> où vous noterez «certifiée sur l'honneur conforme à l'original » datée et signée</p> <p>↳ <b>La photocopie de votre pièce d'identité en cours de validité</b> où vous noterez «certifiée sur l'honneur conforme à l'original » datée et signée :</p> <p style="margin-left: 20px;">         Carte Nationale d'Identité recto verso <u>en cours de validité</u>          ou Passeport, en cours de validité,          ou Livret de famille (mentionnant le nom du candidat),          ou Carte de séjour en cours de validité si vous êtes de nationalité étrangère.       </p> <p>↳ <b>Le règlement du droit d'inscription</b> aux épreuves de sélection est fixé à 58,00 Euros Chèque à l'ordre du <u>Trésor Public</u>.</p>		
<div style="text-align: center;"><b>TITRE D'INSCRIPTION :</b></div> <input type="checkbox"/> <b>Liste 3</b> Diplôme _____ Année _____ <input type="checkbox"/> <b>Attestation de travail</b> <input type="checkbox"/> <b>Contrat de travail</b>		

Tout règlement non effectué, annule l'inscription aux épreuves de sélection.  
 Les frais d'inscription sont non remboursables en cas de désistement ou de non réussite aux épreuves.

TSVP

# CURSUS COMPLET - Liste 3

(FICHE A REMPLIR EN CARACTERES D'IMPRIMERIE)

## SALARIE

Employeur : \_\_\_\_\_ Etablissement de santé : Oui ☐ Non ☐

Adresse : \_\_\_\_\_

Date d'entrée dans l'établissement : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fonction \_\_\_\_\_

Prise en charge du coût de la formation par l'employeur : Oui ☐ Non ☐

Si oui avec quel organisme ☐ FONGECIF ☐ ANFH  
☐ Financement personnel  
☐ Autres (à préciser) \_\_\_\_\_

## POLE EMPLOI



Obligatoire



Pôle emploi de \_\_\_\_\_ N° Demandeur d'Emploi \_\_\_\_\_

☐ - 3 mois ☐ + 6 mois ☐ + 12 mois ☐ - +24 mois ☐ + 36 mois

Percevez-vous une allocation (ARE, ASS, ADR)

Si oui, à préciser \_\_\_\_\_

date de fin de droits : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## AUTRES SITUATIONS A PRÉCISER

Jeune de -26 ans suivi par une Mission Locale : Oui ☐ Non ☐

Vous êtes dans la poursuite de vos études : Oui ☐ Non ☐

Etudes suivies en 2015/2016 \_\_\_\_\_

Vous êtes bénéficiaire du RSA : Oui ☐ Non ☐

Avez-vous fait une préparation au concours ? Oui ☐ Non ☐

Si oui par quel organisme \_\_\_\_\_

↓ Partie réservée à l'IFAS ↓

## SALARIE

☐ Public \_\_\_\_\_

☐ Privé \_\_\_\_\_

☐ Etablissement de santé  
privé \_\_\_\_\_

Contrat de travail ☐

Attestation employeur ☐

## POLE EMPLOI

☐

## Allocataire

Oui ☐

Non ☐

## AUTRES SITUATIONS

☐ Mission Locale

☐ Poursuite d'études

☐ Préparation Concours

☐ Allocataire RSA

↑ Partie réservée à l'IFAS ↑

Je soussigné (e) \_\_\_\_\_ déclare m'inscrire sur la liste 3.

Et atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_.

Signature :

**INSTITUT DE FORMATION D'AIDE-SOIGNANT DU CENTRE HOSPITALIER RENE-DUBOS**
**FICHE D'INSCRIPTION POUR LES EPREUVES DE SELECTION  
A LA FORMATION D'AIDE-SOIGNANT 2016**
**CURSUS PARTIEL - Liste 4**

(FICHE A REMPLIR EN CARACTERES D'IMPRIMERIE)

<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> Madame  <input type="checkbox"/> Monsieur </div> <div> <b>Situation de famille :</b>  <input type="radio"/> Célibataire    <input type="radio"/> Marié(e)  <input type="radio"/> PACS    <input type="radio"/> Concubinage  <input type="radio"/> Divorcé(e)    <input type="radio"/> Séparé(e) </div> </div> <p>NOM de naissance : _____</p> <p>NOM d'usage : _____ Prénom(s) : _____</p> <p>Date de naissance : le ____/____/____ à _____ Département _____</p> <p>Pays de naissance : _____ Nationalité : _____</p> <p>Adresse : _____</p> <p>Code postal : _____ Ville : _____</p> <p><i>(ATTENTION : Si votre nom n'apparaît pas sur la boîte aux lettres)</i></p> <p>Adresse mail : _____ @ _____</p> <p>Téléphone fixe 01 _____  <input type="checkbox"/> (Sur liste rouge)</p> <p>et Portable 01 _____  (Obligatoire)</p>	<div style="text-align: center;"> ↓ <b>Partie réservée à l'IFAS</b> ↓ </div> <p>195   06   _____   _____   _____</p> <p>Secrétaire référente I : _____</p> <p>Secrétaire référente II : _____</p> <p><b>ÉTAT CIVIL :</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Pièce d'identité :</b>  -CNI -Passeport -Carte de séjour  -Livret de famille.  Validité jusqu'au _____</p> <p><b>DROITS D'INSCRIPTION :</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Chèque de 58 €</b>  Emetteur chèque _____  Ordre Trésor public <input type="checkbox"/>  Signature <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Espèces détail :</b>  _____</p> <p><b>TITRE D'INSCRIPTION :</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Liste 4</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> CV    <input type="checkbox"/> Lettre de Motivation </div> <input type="checkbox"/> Certificat de scolarité <input type="checkbox"/> Copie Baccalauréat <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> ASSP <input type="checkbox"/>  SAPAT <input type="checkbox"/> </div> <input type="checkbox"/> Livret scolaire
<div style="text-align: center;"> <b>TITRE D'INSCRIPTION</b> </div> <p><input type="checkbox"/> <b>INSCRIPTION EN LISTE 4</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> Titulaire d'un Baccalauréat ASSP : <input type="checkbox"/>  Titulaire d'un Baccalauréat SAPAT : <input type="checkbox"/>  Candidat inscrit en terminale ASSP : <input type="checkbox"/>  Candidat inscrit en terminale SAPAT : <input type="checkbox"/> </div> <div> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> </div> </div> <p>Sélection sur la base d'un dossier et d'un entretien oral,</p> <p>↳ <u>La fiche d'inscription</u> (Annexe E recto/verso) entièrement complétée, datée et signée.</p> <p>↳ <u>Curriculum vitae</u> et ↳ <u>Lettre de motivation</u></p> <p>↳ <u>Dossier scolaire avec résultats et appréciations</u> pour les candidats titulaires des baccalauréats ASSP, SAPAT (copie du livret scolaire comportant les résultats obtenus aux épreuves et les appréciations de stage)</p> <p>↳ <u>Certificat de scolarité</u> pour les candidats en terminale (ASSP/SAPAT)</p> <p>↳ <u>La photocopie de votre pièce d'identité en cours de validité</u> où vous noterez «certifiée sur l'honneur conforme à l'original» datée et signée.</p> <p>↳ <u>Le règlement du droit d'inscription</u> aux épreuves de sélection est fixé à 58,00 Euros Chèque à l'ordre du Trésor Public.</p>	<div style="text-align: center;"> ↑ <b>Partie réservée à l'IFAS</b> ↑ </div>

Tout règlement non effectué, annule l'inscription aux épreuves de sélection.  
Les frais d'inscription sont non remboursables en cas de désistement ou de non réussite aux épreuves.

TSVP

## COURSUS PARTIEL - Liste 4

(FICHE A REMPLIR EN CARACTERES D'IMPRIMERIE)

### SALARIÉ

Employeur : \_\_\_\_\_ Etablissement de santé : Oui ☐ Non ☐

Adresse : \_\_\_\_\_

Date d'entrée dans l'établissement : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fonction \_\_\_\_\_

Prise en charge du coût de la formation par l'employeur : Oui ☐ Non ☐

Si oui avec quel organisme ☐ FONGECIF ☐ ANFH  
☐ Financement personnel  
☐ Autres (à préciser) \_\_\_\_\_

### POLE EMPLOI


*Obligatoire*


Pôle emploi de \_\_\_\_\_ N° Demandeur d'Emploi \_\_\_\_\_

☐ - 3 mois ☐ + 6 mois ☐ + 12 mois ☐ - +24 mois ☐ + 36 mois

Percevez-vous une allocation (ARE, ASS, ADR)

Si oui, à préciser \_\_\_\_\_

date de fin de droits : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### AUTRES SITUATIONS A PRÉCISER

Jeune de -26 ans suivi par une Mission Locale : Oui ☐ Non ☐

Vous êtes dans la poursuite de vos études : Oui ☐ Non ☐

Etudes suivies en 2015/2016 \_\_\_\_\_

Vous êtes bénéficiaire du RSA : Oui ☐ Non ☐

Avez-vous fait une préparation au concours ? Oui ☐ Non ☐

Si oui par quel organisme \_\_\_\_\_

↓ Partie réservée à l'IFAS ↓

### SALARIÉ

☐ Public \_\_\_\_\_

☐ Privé \_\_\_\_\_

☐ Etablissement de santé privé \_\_\_\_\_

Contrat de travail ☐

Attestation employeur ☐

### POLE EMPLOI

☐

### Allocataire

Oui ☐

Non ☐

### AUTRES SITUATIONS

☐ Mission Locale

☐ Poursuite d'études

☐ Préparation Concours

☐ Allocataire RSA

↑ Partie réservée à l'IFAS ↑

Je soussigné (e) \_\_\_\_\_ déclare m'inscrire sur la liste 4.

Et atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_.

Signature :



INSTITUT DE FORMATION D'AIDE-SOIGNANT DU CENTRE HOSPITALIER RENE-DUBOS

FICHE D'INSCRIPTION POUR LES EPREUVES DE SELECTION  
A LA FORMATION D'AIDE-SOIGNANT 2016

## CURSUS PARTIEL - Liste 5

<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	Situation de famille : <input type="radio"/> Célibataire <input type="radio"/> Marié(e) <input type="radio"/> PACS <input type="radio"/> Concubinage <input type="radio"/> Divorcé(e) <input type="radio"/> Séparé(e)	↓ <b>Partie réservée à l'IFAS</b> ↓
--	--	-------------------------------------

  

NOM de naissance : _____	NOM d'usage : _____	Prénom(s) : _____
Date de naissance : le ____/____/____ à _____		Département _____
Pays de naissance : _____		Nationalité : _____
Adresse : _____		
Code postal : _____		Ville : _____
<i>(ATTENTION : Si votre nom n'apparaît pas sur la boîte aux lettres)</i>		
Adresse mail : _____@_____		
Téléphone fixe 01 _____		
<input type="checkbox"/> <i>(Sur liste rouge)</i>		
et Portable 01 _____		
<i>(Obligatoire)</i>		

  

<b><u>TITRE D'INSCRIPTION</u></b>	
<input type="checkbox"/> <b><u>INSCRIPTION EN LISTE 5</u></b>	Diplôme : DEAP <input type="checkbox"/> DEA ou CCA <input type="checkbox"/> DEAVS ou MCAD <input type="checkbox"/> DEAMP <input type="checkbox"/> TPAVF <input type="checkbox"/> Candidat Post VAE <input type="checkbox"/>
Sélection sur la base d'un dossier et d'un entretien oral	
<input checked="" type="checkbox"/> <u>La fiche d'inscription</u> (Annexe F recto/verso) entièrement complétée, datée et signée.	
Pour les candidats POST VAE uniquement ↓	
<input checked="" type="checkbox"/> <u>Curriculum vitae</u> et <input checked="" type="checkbox"/> <u>Lettre de motivation</u> <input checked="" type="checkbox"/> <u>Photocopie de la notification</u> de résultats du jury de Validation des Acquis	
<input checked="" type="checkbox"/> <u>Photocopie du courrier de la notification</u> de résultats du jury de Validation des Acquis	
<input checked="" type="checkbox"/> <u>Attestation de travail</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> <u>Appréciations</u> de l'employeur	
<input checked="" type="checkbox"/> <u>La photocopie de votre pièce d'identité en cours de validité</u> où vous noterez «certifiée sur l'honneur conforme à l'original » datée et signée. <input checked="" type="checkbox"/> <u>Le règlement du droit d'inscription</u> aux épreuves de sélection est fixé à 58,00 Euros Chèque à l'ordre du <u>Trésor Public</u> .	

  

<b><u>ÉTAT CIVIL :</u></b>  <input type="checkbox"/> <b>Pièce d'identité :</b> -CNI -Passeport -Carte de séjour -Livret de famille. Validité jusqu'au _____	Secrétaire référente I : _____ Secrétaire référente II : _____
<b><u>DROITS D'INSCRIPTION :</u></b>  <input type="checkbox"/> <b>Chèque de 58 €</b> Emetteur chèque _____ Ordre Trésor public <input type="checkbox"/> Signature <input type="checkbox"/>	<b><u>TITRE D'INSCRIPTION :</u></b>  <input type="checkbox"/> <b>Liste 5</b> <input type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/> Lettre de Motivation <input type="checkbox"/> Attestation de travail <input type="checkbox"/> Appréciations <input type="checkbox"/> Copie Diplôme <input type="checkbox"/> DEAP <input type="checkbox"/> DEA ou CA <input type="checkbox"/> DEAVS ou MCAD <input type="checkbox"/> DEAMP <input type="checkbox"/> TPAVF <input type="checkbox"/> Candidat Post VAE

↑ **Partie réservée à l'IFAS** ↑

Tout règlement non effectué, annule l'inscription aux épreuves de sélection.  
Les frais d'inscription sont non remboursables en cas de désistement ou de non réussite aux épreuves.

## COURSUS PARTIEL - Liste 5

(FICHE A REMPLIR EN CARACTERES D'IMPRIMERIE)

### SALARIE

Employeur : \_\_\_\_\_ Etablissement de santé : Oui ☐ Non ☐

Adresse : \_\_\_\_\_

Date d'entrée dans l'établissement : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fonction \_\_\_\_\_

Prise en charge du coût de la formation par l'employeur : Oui ☐ Non ☐

Si oui avec quel organisme ☐ FONGECIF ☐ ANFH  
☐ Financement personnel  
☐ Autres (à préciser) \_\_\_\_\_

### POLE EMPLOI


**Obligatoire**


Pôle emploi de \_\_\_\_\_ N°Demandeur d'Emploi \_\_\_\_\_

☐ - 3 mois ☐ + 6 mois ☐ + 12 mois ☐ - +24 mois ☐ + 36 mois

Percevez-vous une allocation (ARE, ASS, ADR)

Si oui, à préciser \_\_\_\_\_

date de fin de droits : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### AUTRES SITUATIONS A PRÉCISER

Jeune de -26 ans suivi par une Mission Locale : Oui ☐ Non ☐

Vous êtes dans la poursuite de vos études : Oui ☐ Non ☐

Etudes suivies en 2015/2016 \_\_\_\_\_

Vous êtes bénéficiaire du RSA : Oui ☐ Non ☐

Avez-vous fait une préparation au concours ? Oui ☐ Non ☐

Si oui par quel organisme \_\_\_\_\_

↓ Partie réservée à l'IFAS ↓

### SALARIE

☐ Public

☐ Privé

☐ Etablissement de santé privé

Contrat de travail ☐

Attestation employeur ☐

### POLE EMPLOI

☐

### Allocataire

Oui ☐

Non ☐

### AUTRES SITUATIONS

☐ Mission Locale

☐ Poursuite d'études

☐ Préparation Concours

☐ Allocataire RSA

↑ Partie réservée à l'IFAS ↑

Je soussigné (e) \_\_\_\_\_ déclare m'inscrire sur la liste 5.

Et atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_.

Signature :