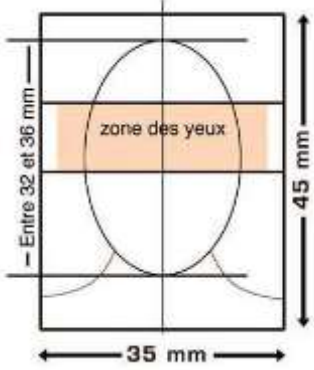


Les candidats doivent être âgés de dix-sept ans au moins à la date d'entrée en formation

IDENTITÉ (LIBELLER EN LETTRES CAPITALES)	NOM DE NAISSANCE	
	NOM MARITAL	
	PRENOM	
	NATIONALITE (en toutes lettres)	
	DATE DE NAISSANCE /__/_/__/__/_/__/__/_/ (JJ/MM/AAAA)	
	ÂGE /__/_/ ANS SEXE <input type="checkbox"/> MASCULIN <input type="checkbox"/> FÉMININ	
	COMMUNE ET CODE POSTAL DE NAISSANCE	
	PAYS DE NAISSANCE	
	NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE /__/_/__/__/_/__/__/_/__/__/_/	
	<input type="checkbox"/> CÉLIBATAIRE <input type="checkbox"/> MARIÉ(E) <input type="checkbox"/> PACSÉ(E)	
<input type="checkbox"/> VIE MARITALE/CONCUBINAGE <input type="checkbox"/> DIVORCÉ(E)/SÉPARÉ(E) <input type="checkbox"/> VEUF(VE)		
NOMBRE D'ENFANT(S) /__/_/ AGE DES ENFANT(S) /__/_/__/__/_/		
NOMBRE D'ENFANT(S) À CHARGE /__/_/		
ADRESSE		
ADRESSE SUITE		
VILLE CODE POSTAL /__/_/__/__/_/		
TEL /__/_/__/__/_/__/__/_/ / PORTABLE /__/_/__/__/_/		
COURRIEL @		
NUMÉRO IDENTIFIANT PÔLE EMPLOI /__/_/__/__/_/		
Avez-vous des besoins spécifiques pour l'aménagement de vos épreuves (sélection et/ou en formation) ?		
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
DIPLÔME	J'atteste sur l'honneur déclarer l'ensemble des mes titres et diplômes possédés :	
	Intitulé du diplôme ANNEE /__/_/__/__/_/	Signature :
Niveau du diplôme <input type="checkbox"/> niveau 1 <input type="checkbox"/> niveau 2 <input type="checkbox"/> niveau 3 <input type="checkbox"/> niveau 4 <input type="checkbox"/> niveau 5		
	<input type="checkbox"/> AUCUN DIPLÔME	
AFGSU	Avez-vous l'Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence (AFGSU) niveau 1 et 2 :	
	<input type="checkbox"/> OUI Date d'obtention /__/_/__/__/_/ / <input type="checkbox"/> NON	
STAGE	L'institut se charge de trouver les stages. Cependant vous devez être autonome au niveau de vos déplacements, les différents lieux de stage étant répartis sur tout le département ainsi que les départements limitrophes. L'institut ne garantit pas la proximité des stages de votre lieu de domicile.	

PIECES A FOURNIR OBLIGATOIREMENT AU DOSSIER

- ☞ Fiche d'inscription fournie par l'IFAS et dument complétée avec photo récente ;
- ☞ 1 Photocopies recto/verso de la carte nationale d'identité ou du passeport en cours de validité;
- ☞ Lettre de motivation manuscrite;
- ✓ Curriculum vitae ;
- ✓ Copie attestation de droits à la sécurité sociale.
- ✓ Autorisation du représentant légal pour les candidats mineurs
- ✓ Certificat médical de demande d'aménagement des évaluations dans le cadre de la formation AS (uniquement si vous présentez un handicap) + copie notification RQTH
- ✓ Conclusion d'entretien avec votre conseiller Pôle Emploi ou fiche de prescription Mission Locale (pour les moins de 26 ans)
- ✓ AFGSU (si obtention)
- ✓ Photocopie de l'assurance voiture (si permis B et véhiculé)
- ✓ Selon la situation : attestation de prise en charge financière de la formation.
- ☞ Document manuscrit, relatant, au choix du candidat, soit une situation personnelle ou professionnelle vécue, soit son projet professionnel en lien avec les attendus de la formation. (*ce document ne doit pas excéder 2 pages*)
- ☞ Pour les ressortissants étrangers un titre de séjour valide à l'entrée en formation.
- ☞ Lorsque le niveau de français à l'écrit et à l'oral ne peut être vérifié à travers les pièces produites ci-dessus, une attestation du niveau de langue française égal ou supérieur au niveau B2 du cadre européen commun de référence pour les langues du Conseil de l'Europe, ou à défaut tout autre document permettant d'apprécier les capacités et les attendus relatifs à la maîtrise du français à l'oral.

- ☞ Certificat de vaccination (modèle fourni) attestant que vous remplissez les obligations d'immunisation et de vaccination :
 - DIPHTERIE-TETANOS-POLYOMELITE (DT POLIO)
 - HEPATITE VIRALE B
- ☞ Certificat médical d'aptitude de moins de 3 mois (modèle fourni) à remplir par un médecin agréé (cf. liste)

☞ *La vaccination COVID 19 n'est plus obligatoire mais préconisée.*

Selon la situation du candidat :

- ☞ la copie des originaux de ses diplômes ou titres traduits en français ; Le cas échéant, la copie de ses relevés de résultats et appréciations ou bulletins scolaires ;
- ☞ les attestations de travail, accompagnées éventuellement des appréciations et/ou recommandations de l'employeur (ou des employeurs) ;
- ☞ tout autre justificatif valorisant un engagement ou une expérience personnelle (associative, sportive, suivi d'une préparation aux sélections d'admission en IFAS, attestation formation modulaire de 70h pour ASH...) en lien avec la profession d'aide-soignant.

Dossier remis à l'I.F.A.S. le /_/_/_/_/_/_/ 2 / 0 / 2 / /

Ce document doit être :

- Manuscrit, c'est-à-dire écrit à la main, de façon lisible ;
- Un document de 2 pages ;
- Rédigé de façon à garder l'anonymat des personnes concernées par la situation que vous avez choisi ;
- Ecrit avec soin, en respectant l'orthographe, la ponctuation et la syntaxe.

Pour réaliser ce document il vous est demandé de vous appuyer sur :

- Une situation personnelle vécue (ex : accompagnement d'un proche, ami malades, bénévolat dans une structure...);
- Ou
- Une situation professionnelle vécue (ex : situation de relationnelle, d'accompagnement...);
- Ou
- Votre projet professionnel (état des lieux de vos connaissances et des compétences acquises tout au long de votre carrière).

Le jury doit pouvoir identifier dans cet écrit les attendus nationaux :

- Votre intérêt pour le domaine de l'accompagnement et de l'aide à la personne, notamment en situation de vulnérabilité ;
- Vos qualités humaines ;
- Vos capacités relationnelles ;
- Votre aptitude à vous exprimer à l'écrit ;
- Votre capacité à vous organiser.

Pour votre écrit, vous pouvez suivre le plan proposé :

1. Choix d'une situation personnelle ou professionnelle

Une introduction qui présente une description rapide de la situation ainsi que les raisons du choix de cette situation.

Un développement dans lequel vous devez expliquer la situation en détail, décrire l'activité exercée au moment de la situation, ce que vous avez fait et ce qui a été ressenti.

Précisez quel a été votre rôle dans cette situation. Essayez de faire ressortir les aptitudes ou compétence que cela vous a permis d'acquérir.

Une conclusion dans laquelle, vous expliquez ce que cette situation vous a apportée.

2. Choix du projet professionnel

Construire un projet professionnel, c'est se projeter dans un nouveau champ professionnel. Faites le point sur votre parcours (stage, activité professionnelle, loisirs, vie associative, sport, voyages, formations...).

Décrivez les éléments de votre parcours, les connaissances, les savoirs acquis, Identifier les compétences techniques, relationnelles, les aptitudes et les habiletés que vous avez développées. Exposez les qualités personnelles que vous possédez. Expliquez ce nouveau choix professionnel et ce que la formation va pouvoir vous apporter.

CERTIFICAT MEDICAL ETABLI PAR UN MEDECIN AGREE

ENTREE EN FORMATION AIDE-SOIGNANT 2025-2026

Je soussigné(e) : Dr.....médecin agréé,
certifie que :

Nom :.....

Nom de jeune fille (*obligatoire pour les femmes mariées*) :.....

Prénom :.....

Date de naissance :..... Lieu de Naissance :.....

Présente les aptitudes physiques et psychologiques nécessaires à l'exercice de la profession d'aide-soignant

Fait le	Signature du médecin et Cachet :
A	

Fiche de vaccination à valider par un médecin

NOM : NOM de naissance :
 Prénom : Tél. :
 Date de naissance : .. / .. / Lieu de naissance :
 Année d'admission :

Avant votre entrée en formation, vous devez apporter la preuve que vous êtes vacciné(e) contre différents risques infectieux. Si vous n'êtes pas à jour des vaccinations obligatoires, vous ne serez pas autorisé(e) à aller en stage. Les tableaux suivants devront être complétés par votre médecin. Cette fiche devra être communiquée, avec les résultats**, en même temps que votre dossier d'inscription (article L3111.4 du Code de la Santé Publique).

VACCINS OBLIGATOIRES :

Diphtérie-Tétanos-Polio (dTP) / Diphtérie-Tétanos-Polio-Coqueluche (dTPca)

Rappel dTPca si un vaccin coquelucheux n'a pas été administré dans les 5 dernières années (respecter un délai de 1 mois après le dernierTP). Lors des rappels à âge fixe (25, 45 et 65 ans), sera réalisé systématiquement un dTPca.

Dernier rappel dTP => Date : .. / .. / Nom :
 Dernier rappel dTcaP => Date : .. / .. / Nom :

Joindre les résultats sérologiques quelle que soit la date**

Hépatite B

Rappel des conditions d'immunisation :

- 1) Ac anti-HBs > 100 UI/l (quels que soient l'historique vaccinal et l'ancienneté des résultats)
- 2) Ac anti-HBs ≥ 10 UI/l et Ac anti-HBc négatif (si schéma vaccinal complet)

Les différents schémas complets :

- soit classique (3 doses) : 2 doses à 1 mois d'intervalle, la 3^{ème} au moins 5 mois après la 2^{ème} dose

- soit à l'adolescence (de 11 à 15 ans) : 2 doses espacées de 6

- soit accéléré (à titre exceptionnel) : 3 doses en 21 jours, rappel à 1 an

} Avec un vaccin contre l'hépatite B dosé à 20 µg

- Première dose => Date : .. / .. / Nom :
- Deuxième dose => Date : .. / .. / Nom :
- Troisième dose => Date : .. / .. / Nom :
- Injections supplémentaires => Date : .. / .. / Nom :

- Immunité acquise (résultat sérologie HBs à fournir)
- Immunité non acquise (doit poursuivre les injections)
- Non répondeur (après 6 injections)

VACCINS CONSEILLES :

Tuberculose

BCG

=> Date : .. / .. /

Test tuberculique (IDR) quelle que soit la date de réalisation(une valeur de référence post-vaccinale est indispensable)

- Taille de l'induration en mm :

Rougeole-Oreillons-Rubéole (ROR)

Personnes nées avant 1980 :

- Antécédent de rougeole => Date : .. / .. /
- Pas d'antécédent de rougeole ou doute => vaccination 1 dose recommandéesans contrôle sérologique préalable

Personnes nées depuis 1980 :

- vaccination 2 doses recommandées quels que soient les ATCD

Schéma vaccinal :

- Première dose => Date : .. / .. / Nom :
- Deuxième dose => Date : .. / .. / Nom :

Varicelle

- Antécédent de maladie
- Pas d'antécédent ou doute

Si pas d'antécédent ou doute => Sérologie à faire

Si sérologie négative => Vaccination recommandée

- Première dose => Date : .. / .. / Nom :
- Deuxième dose => Date : .. / .. / Nom :

Méningocoque C

Vaccination recommandée jusqu'à l'âge de 24 ans inclus => Date : .. / .. / Nom :

Je, soussigné Dr _____ certifie que les renseignements inscrits ci-dessus sont exacts.

Fait le : A

Signature et cachet du praticien :

