

**ACCES A LA FORMATION AIDES-SOIGNANTES  
POUR LES AGENTS DES SERVICES HOSPITALIERS QUALIFIES  
DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE ET AGENT DE SERVICE**

Les conditions à remplir pour être admis à suivre la formation aide-soignante sont :

- Etre Agent des Services Hospitaliers Qualifiés de la Fonction Publique Hospitalière (ASHQ) ou Agent de service
- De justifier d'une ancienneté de services cumulée d'au moins un an en équivalent temps plein, effectués au sein d'un ou plusieurs établissements sanitaires et médico-sociaux des secteurs public et privé ou dans des services d'accompagnement et d'aide au domicile des personnes

Ou

- De justifier à la fois du suivi de formation continue de soixante – dix heures relative à la participation aux soins d'hygiène, de confort et de bien-être de la personne âgée et d'une ancienneté de services cumulée d'au moins six mois en équivalent temps plein, effectués au sein d'un ou plusieurs établissements sanitaires et médico-sociaux des secteurs public et privé ou dans des services d'accompagnement et d'aide au domicile des personnes.

**Si vous êtes admis en formation, un dossier d'admission accompagné d'un dossier médical vous sera envoyé.**

**Vous pouvez d'ores et déjà mettre vos vaccinations à jour (Hépatite B, COVID 19). Une vaccination tardive peut retarder l'acquisition d'une immunité réglementaire et peut entraîner un risque de non admission.**

**Pour information :**

La formation comprend des stages extérieurs entraînant des déplacements : il est indispensable d'être en possession du permis de conduire et de disposer d'un véhicule.

Votre dossier d'inscription à envoyer en courrier suivi (*cachet de la poste faisant foi*) au plus tard le

**Lundi 13 juin 2022**

La formation Aide-Soignante débutera le

**Le Lundi 29 aout 2022**

## **DOSSIER D'INSCRIPTION - LISTE DES PIECES A FOURNIR**

1. Fiche de renseignements complétée et signée (*annexe 1*)
2. Photocopie recto-verso de votre pièce d'identité ou de votre passeport en cours de validité
3. Attestation d'employeur complétée, signée et tamponnée par l'employeur (*annexe 2*)
4. Attestation de diffusion (*annexe 3*)
5. Attestation de présence à la Formation Modulaire 70 h (selon votre situation)

**TOUT DOSSIER INCOMPLET OU NON PARVENU  
A L'I.F.A.S A LA DATE INDIQUEE NE SERA PAS ENREGISTRE**

- les tarifs sont variables selon le cursus

| TARIFS   | FRAIS DE SCOLARITE                      | FRAIS ANNEXES    |                                                     |
|----------|-----------------------------------------|------------------|-----------------------------------------------------|
| IFAS     |                                         | Tenues de stage  | Frais de documentation                              |
| Auxerre  | 7 160 €*<br>                            | Caution de 120 € | Achats de livres <sup>2</sup><br><br>(environ 50 €) |
| Tonnerre | 7 265 € *<br>(en attente de validation) |                  |                                                     |

(1) Liste qui sera fournie dans le dossier d'admission

**\*pour information tarif cursus complet**

- Il est fortement recommandé l'achat d'un ordinateur.

SECTION AIDE-SOIGNANTE - INSCRIPTION 2022- 2023

Annexe 1 - FICHE DE RENSEIGNEMENTS

CANDIDATS A.S.H. QUALIFIES DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE ET AGENT DE SERVICE

NOM DE FAMILLE : .....

NOM D'USAGE : .....

PRENOMS : .....

DATE et LIEU de NAISSANCE : ...../...../.....à.....

NATIONALITE : .....

ADRESSE et TELEPHONE du CANDIDAT :

.....  
.....  
.....

ADRESSE MAIL du CANDIDAT :

.....@.....

SITUATION FAMILIALE : .....

ETUDES EFFECTUEES (dates) :

.....  
.....

DIPLOMES OBTENUS (dates) :

.....  
.....

Attestation de formation modulaire 70 h

OUI ☐

NON ☐

(si oui, fournir obligatoirement la photocopie)

EMPLOIS OCCUPES et DATES : ***Veillez préciser les unités de soins dans lesquelles vous avez exercé. (Fournir les attestations des différents employeurs, stipulant les lieux d'activité, les périodes précises et la quotité de travail) Cf Annexe 2***

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

NOM et ADRESSE DE L'EMPLOYEUR :

(Fournir l'attestation de prise en charge au titre de la promotion professionnelle)

.....  
.....

Date :

Signature :

NOM DE FAMILLE :.....  
 NOM D'USAGE :.....  
 PRENOMS :.....  
 DATE DE NAISSANCE :...../...../.....

Je soussigné (identité et coordonnées de l'employeur),.....  
.....  
.....  
.....  
certifie avoir employé Mr ou Mme....., pendant les périodes  
suivantes :

| Date de début d'activité     | Date de fin d'activité | Durée de l'activité |                                    | Emploi occupé |
|------------------------------|------------------------|---------------------|------------------------------------|---------------|
|                              |                        | Temps complet       | Temps partiel (durée hebdomadaire) |               |
|                              |                        |                     |                                    |               |
| Total de la durée d'activité |                        |                     |                                    |               |

Cachet et signature de l'employeur.

**Annexe 3 - AUTORISATION DE DIFFUSION**

**AUTORISATION DE DIFFUSION**

**RÉSULTATS DES EPREUVES DE SELECTION AIDE-SOIGNANT**

A l'issue des épreuves de sélection aides-soignants, les instituts de formation d'Auxerre et Tonnerre, sont susceptibles de diffuser les résultats sur leur site Internet.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, nous avons besoin de votre accord.

**Je soussigné(e), Mme, M.,<sup>1</sup>** ..... , candidat(e) aux épreuves de sélection Aide-Soignant(e)

autorise, n'autorise pas <sup>1</sup>, la diffusion de mon nom dans le cadre cité ci-dessus.

Pour faire valoir ce que de droit.

Date : .....

Signature :

<sup>1</sup>Rayer la mention inutile