
SELECTION D'ENTRÉE EN INSTITUT DE FORMATION D'AIDE-SOIGNANT

Arrêté du 7 avril 2020 relatif aux modalités d'admission aux formations conduisant aux diplômes d'Etat d'aide-soignant

Cursus complet

Clôture des inscriptions : Mardi 10 juin 2025
(cachet de la poste faisant foi)

Aide-Soignant:

Nombre de places totales: **45**

57 places subventionnées par le CRIF
et **8** places non subventionnées par le CRIF

Rentrée scolaire: le 25/08/2025

Dossier à renvoyer par courrier ou à déposer directement à l'institut de formation (bureau n°5) :

Institut de Formation Interhospitalier Théodore Simon

A l'attention de Madame GUIMESE Roseline

19, avenue de Maison Blanche - 93331 Neuilly-sur-Marne cedex

Téléphone secrétariat : 01.49.44.36.32

CONDITIONS D'INSCRIPTION

Etre âgé(e) de 17 ans au moins à la date de l'entrée en formation.
Aucune condition de diplôme n'est requise

MODALITES DE SELECTION

Les candidats sont sélectionnés sur la base d'un dossier et d'un entretien destinés à apprécier les connaissances, les aptitudes et la motivation du candidat à suivre la formation.

Le candidat classe chaque pièce de son dossier de sélection dans l'ordre ci-dessous :

- Une pièce d'identité ;
Les titres de séjour pour les ressortissants hors Union Européenne doivent être **valide à l'entrée en formation** ;
- Une lettre de motivation **manuscrite** ;
- Un curriculum vitae ;
- Un **document manuscrit**, relatant, au choix du candidat, soit une situation personnelle ou professionnelle vécue, soit un projet professionnel en lien avec les attendus de la formation (cf. voir tableau ci-dessous). **Ce document n'excède pas deux pages, un guide explicatif est disponible sur notre site internet** ;
- 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 des **classes de première et terminale** ;
- Selon la situation du candidat, les attestations de travail, accompagnées éventuellement des appréciations et/ou recommandations de l'employeur (ou des employeurs) ;
- Pour les ressortissants hors Union Européenne, **une attestation du niveau de langue française égale ou supérieur à B2** ou tout autre document permettant d'apprécier les capacités et les attendus relatifs à la maîtrise du français ;
- Vous pouvez joindre tout autre justificatif valorisant un engagement ou une expérience personnelle (associative, sportive...) en lien avec la profession d'aide-soignant ou d'auxiliaire de puériculture.

CONNAISSANCES ET APTITUDES ATTENDUES POUR SUIVRE LES FORMATIONS CONDUISANTS AUX DIPLÔMES D'ETAT D'AIDE-SOIGNANT

Attendus	Critères
Intérêt pour le domaine de l'accompagnement et de l'aide à la personne notamment en situation de vulnérabilité	Connaissances dans le domaine sanitaire, médico-social, social ou sociétal
Qualités humaines et capacités relationnelles	Aptitude à faire preuve d'attention à l'autre, d'écoute et d'ouverture d'esprit Aptitude à entrer en relation avec une personne et à communiquer Aptitude à collaborer et à travailler en équipe
Aptitudes en matière d'expression écrite, orale	Maîtrise du français et du langage écrit et oral Pratique des outils numériques
Capacités d'analyse et maîtrise des bases de l'arithmétique	Aptitude à élaborer un raisonnement logique à partir de connaissances et de recherches fiables Maîtrise des bases de calcul et des unités de mesure
Capacités organisationnelles	Aptitudes d'observation, à s'organiser, à prioriser les activités, autonomie dans le travail

FINANCEMENT DE LA FORMATION

Le coût de votre formation est pris en charge par le Conseil Régional si vous appartenez à l'une des catégories suivantes, au moment de l'entrée en formation

- Les jeunes de moins de 26 ans en poursuite d'études sans interruption (y compris ceux ayant un contrat de travail étudiant),
- Les jeunes de moins de 26 ans avec interruption de scolarité de moins de 2 ans avant le démarrage de la formation,
- Les demandeurs d'emploi inscrit à France Travail (anciennement Pôle Emploi) à l'entrée en formation, dont le coût de formation n'est pas pris en charge par France Travail,
- Les bénéficiaires d'un PEC (**Parcours Emploi Compétences**),
- Les bénéficiaires du RSA,
- Les jeunes dont le service civique s'est achevé dans un délai d'un an avant l'entrée en formation,
- Les apprenants relevant du **SPRF** (Service Public Régional de Formation) c'est-à-dire sans diplôme, ni titre, ni certification.

Si vous remplissez l'un des critères mentionnés ci-dessus à l'entrée en formation, votre statut est donc « ELIGIBLE », et vous conserverez ce statut pour toute la durée de votre formation.

Si vous appartenez à l'une des catégories suivantes et que vous ne bénéficiez pas d'une prise en charge de votre employeur ou de tout autre organisme financeur, vous devrez payer un coût annuel de formation s'élevant pour l'année 2025-2026 à 6 074,00 Euros.

- Les agents publics (y compris en disponibilité),
- Les salariés du secteur privé en CDD ou CDI de plus de 78 heures par mois,
- Toute personne ayant bénéficié d'une prise en charge partielle par Transitions Pro
- Les abandons de formation intervenus dans le mois suivant l'entrée en formation
- Les apprentis
- Les personnes en Validation des Acquis de l'Expérience (VAE)
- Les médecins et les sages-femmes diplômés à l'étranger
- Les cursus partiels

Si vous remplissez l'un des critères mentionnés ci-dessus à l'entrée en formation, votre statut est donc « NON ELIGIBLE », et vous conserverez ce statut pour toute la durée de votre formation.

PIECES A FOURNIR POUR LE DOSSIER D'INSCRIPTION

Tout dossier incomplet ou transmis en dehors du délai sera rejeté.

- La **fiche d'inscription**, ci-jointe, complétée et signée.
- Pour les personnes de nationalité française ou de l'union Européenne :
Une photocopie de la **carte d'identité** ou du **passport** en cours de validité.
- Pour les personnes de nationalité étrangère :
Une photocopie du **titre de séjour valide à l'entrée en formation**.
- Une lettre de motivation **manuscrite**
- Un curriculum vitae
- Un document manuscrit** relatant, au choix du candidat, soit une situation personnelle ou professionnelle vécue, soit un projet professionnel en lien avec les attendus de la formation (cf voir tableau page 2). **Ce document n'excède pas deux pages, un guide explicatif est disponible sur notre site internet**
- La copie des originaux de ses diplômes ou titres traduits en français
- 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)
- Pour les ressortissants hors Union Européenne, une attestation du niveau B2 de langue française
- Une enveloppe timbrée avec votre nom, prénom et votre adresse
- Si vous êtes mineur(e), l'autorisation parental pour élève mineur(e)

IMPORTANT

Dossier médical :

Il vous sera demandé :

- **De produire un certificat de vaccination et d'immunisation (Diphtérie, tétanos, poliomyélite, Hépatite B). Obligatoire pour la réalisation des stages.**

FICHE D'INSCRIPTION IFAS - CURSUS COMPLET

NOM patronymique (jeune fille) : **PRÉNOM** :

NOM D'ÉPOUSE :

SEXE : Féminin Masculin

DATE DE NAISSANCE :

LIEU DE NAISSANCE :

SITUATION DE FAMILLE :

NATIONALITÉ :

N° DE SÉCURITE SOCIALE :

ADRESSE :

VILLE :

CODE POSTAL :

 **DOMICILE** :  **PORTABLE** :

E-MAIL :

Je certifie exact tous les renseignements figurant sur cette fiche d'inscription et la conformité des photocopies et documents transmis. Je reconnais être informé(e) que toute fausse déclaration entrainera l'annulation d'une éventuelle admission.

J'accepte que mes résultats soient publiés sur le site internet de l'IFAS

OUI

NON

Accessibilité-handicap :

La formation est accessible aux personnes en situation de handicap, sous réserve de l'étude préalable de chaque situation individuelle.

Pour toute demande concernant l'accueil d'une personne en situation de handicap, veuillez nous contacter à l'adresse mail suivante : referent-handicap@ifits.fr

Avez-vous bénéficié d'un aménagement lors de votre scolarité ? OUI NON

Avez-vous besoin d'un aménagement spécifique ? OUI NON

Si oui, lequel :

Date et signature du candidat,

A..... le

Signature

AUTORISATION PARENTALE POUR ELEVE MINEUR(E)

Je soussigné(e),

Nom du représentant légal du mineur(e) :

Prénom

Adresse postale :

.....

Téléphone :

Adresse e-mail :

Autorise

N'autorise pas

A suivre la formation aide-soignante et à effectuer les stages dans le cadre de la formation :

Mon fils

Ma fille

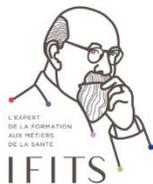
Ma pupille

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Date et signature du représentant légal :



AUTORISATION D'ACTE MEDICAL SUR UN ETUDIANT MINEUR

Je soussigné(e),

Nom du représentant légal du mineur :

Prénom

Adresse postale :

.....

Téléphone :

Adresse e-mail :

Autorise

N'autorise pas

A faire pratiquer les soins médicaux et chirurgicaux nécessités par son état, à faire hospitaliser en cas d'urgence et à faire bénéficier des vaccinations recommandées :

Mon fils

Ma fille

Ma pupille

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Date et signature du représentant légal :