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

*Dans le cadre d'un contrat d'apprentissage
Formation en alternance sur 16 mois*

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

Aide-Soignant:

Nombre de places totales: **05**

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

MODALITES DE SELECTION

Accès direct pour les personnes ayant déjà été sélectionnées à l'issue d'un entretien avec un employeur pour un contrat d'apprentissage.

FINANCEMENT DE LA FORMATION

La formation sera financée par votre employeur auprès de qui vous signerez votre contrat d'apprentissage.

PIECES A FOURNIR POUR LE DOSSIER D'INSCRIPTION

- ☐ Une copie de la pièce d'identité de l'apprenti
- ☐ Une lettre de motivation avec description du projet professionnel de l'apprenti
- ☐ Un curriculum vitae de l'apprenti
- ☐ Une copie du contrat d'apprentissage signé ou tout document justifiant de l'effectivité des démarches réalisées en vue de la signature imminente du contrat d'apprentissage
- ☐ Si vous êtes mineur(e), l'autorisation parentale pour élève mineur(e)

En l'absence de validité d'un contrat d'apprentissage, les candidats sont soumis à l'épreuve de sélection

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.**

Obligatoire le jour de la rentrée administrative.

FICHE D'INSCRIPTION IFAS – VOIE APPRENTISSAGE

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'IFAP

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 :