

## SÉLECTION POUR L'ADMISSION EN INSTITUT DE FORMATION AIDE-SOIGNANTE

\*\*\*

### DOSSIER D'INSCRIPTION 2024

#### Public visé sous condition (Article 11) :

- ⇒ Les agents des services hospitaliers qualifiés de la fonction publique hospitalière
- ⇒ Les agents de service
- ⇒ Les ASH ayant suivi la formation relative à la participation aux soins d'hygiène, de confort et de bien-être de la personnes âgée (70 heures) **uniquement du 1<sup>er</sup> janvier 2021 au 31 décembre 2022**

### Rentrée le 26 Août 2024

**Un seul dossier doit être rempli dans l'institut de votre choix :**

- IFAS DINAN**
- IFAS SAINT-MALO**

#### Adresses postales :

**IFAS DINAN**  
74, rue Chateaubriand  
22100 DINAN  
Tel 02.96.87.63.30  
[secretariat.ifas@ch-dinan.fr](mailto:secretariat.ifas@ch-dinan.fr)

**IFAS SAINT-MALO**  
9, rue de la Marne  
35403 SAINT-MALO  
Tél : 02.99.21.20.89  
[ifas@ch-stmalo.fr](mailto:ifas@ch-stmalo.fr)



## CONDITION D'ACCÈS A LA FORMATION - CADRE LÉGISLATIF

**Arrêté du 12 avril 2021** modifié relatif aux conditions d'accès aux formations conduisant aux diplômes d'Etat d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture.

**Article 11** : Sont dispensés de l'épreuve de sélection prévue à l'article 2, les **agents des services hospitaliers qualifiés** de la fonction publique hospitalière et **les agents de service** :

1. Justifiant 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 ;
2. Ou justifiant à la fois du suivi de la 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.

Les personnels visés aux 1. et 2. sont directement admis en formation **sur décision du directeur de l'institut de formation** concerné, dans les conditions prévues au II de l'article 12.

⇒ **Pour pouvoir bénéficier d'une dispense de sélection, les candidats se présentant dans le cadre de la formation « ASH 70 H », doivent avoir réalisé cette formation dans le cadre prévu par la circulaire dédiée c'est-à-dire sur la période réglementaire du 1<sup>er</sup> janvier 2021 au 31 décembre 2022.**

**Article 8 ter** -- (créé par Arrêté du 12 avril 2021-art.1)

« **L'admission définitive (dans un institut de formation d'aides-soignants) est subordonnée** :

1. A la production, au plus tard le jour de la rentrée, d'un **certificat médical émanant d'un médecin agréé par l'ARS** attestant que le candidat n'est atteint d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession à laquelle il se destine.
2. A la production, avant la date d'entrée au premier stage, **d'un certificat médical attestant** que l'élève remplit les obligations d'immunisation et de vaccinations prévues par l'article L.3111-4 du code de la santé publique). »

Les 2 certificats à compléter vous sont transmis **dans ce dossier d'inscription, afin de vous organiser dès maintenant.**

**N'attendez pas l'admission pour prendre contact avec votre médecin traitant car 6 mois sont à prévoir pour effectuer le protocole complet des vaccinations.**

## QUOTA

Nombre de places disponibles Rentrée 2024	DINAN	SAINT-MALO
	12	15

## COMMUNICATION DES RÉSULTATS

Affichage des résultats, le vendredi 5 juillet 2024 à 14 heures au siège de l'institut de formation et publication sur internet, dans le respect des conditions en vigueur de communication des données personnelles des candidats.

**Chaque candidat est informé personnellement par mail et par courrier. Il dispose d'un délai de sept jours ouvrés pour valider son inscription en institut de formation. Au-delà de ce délai, il est présumé avoir renoncé à son admission.**

## POSSIBILITÉ DE REPORT DE FORMATION

Par dérogation à l'article 8, le directeur de l'institut de formation peut accorder, pour une durée qu'il détermine et dans la limite cumulée de deux ans, un report pour l'entrée en scolarité dans l'institut de formation :

1. Soit, de droit, en cas de congé pour cause de maternité, de rejet du bénéfice de la promotion professionnelle ou sociale, de rejet d'une demande de congé formation, de rejet d'une demande de mise en disponibilité, de report d'un contrat d'apprentissage ou pour la garde d'un enfant de moins de quatre ans ;
2. Soit, de façon exceptionnelle, sur la base des éléments apportés par le candidat justifiant de la survenance d'un événement important l'empêchant de débiter sa formation.

Tout candidat bénéficiant d'un report d'admission doit, au moins trois mois avant la date de rentrée prévue, confirmer son intention de reprendre sa scolarité à ladite rentrée.

## COÛT ET FINANCEMENT DE LA FORMATION

Le coût de scolarité 2024/2025 s'élève à 7 140 €.

Les financements :

- Financement employeur, promotion professionnelle, Transitions pro, OPCO,..
- Financement Compte Personnel de Formation (CPF),
- Financement personnel, ...

**Le Conseil Régional de Bretagne ne prend pas en charge la formation des élèves admis par le biais de la sélection de l'article 11.**

## LISTE DES PIÈCES A FOURNIR

- Fiche d'inscription,
- Photocopie de la carte nationale d'identité, passeport ou carte de séjour en cours de validité (copie recto-verso lisible) ;
- 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-dessous, au regard notamment de leur parcours scolaire, de leurs diplômes et titres ou de leur parcours professionnel, les candidats joignent à leur dossier une attestation du niveau de langue française requis B2 du cadre européen commun de référence pour les langues du Conseil de l'Europe. A défaut, ils produisent tout autre document permettant d'apprécier les capacités et les attendus relatifs à la maîtrise du français à l'oral,
- Une lettre de motivation manuscrite,
- Un curriculum vitae,
- La copie des originaux de ses diplômes ou titres traduits en français,
- Annexe 1** : attestation employeur,
- Attestation de formation 70 heures des ASH pour les candidats concernés,
- Annexe 2** : prise en charge financière de votre formation,

Selon la situation du candidat :

- Annexe 3** : Financement employeur, attestation d'accord de financement
- Annexe 3bis** : Engagement de financement personnel

## CALENDRIER ET RESTITUTION DU DOSSIER COMPLET

<b>Début des inscriptions</b>	<b>Vendredi 16 février 2024</b>
<b>Clôture des inscriptions</b>	<b>Lundi 10 juin 2024 - 15h</b> <b>Date et heure limite du dépôt à l'institut</b>
<b>Affichage de l'admission</b>	<b>Vendredi 5 juillet 2024 à 14h (IFAS / internet sauf avis contraire lors de l'inscription)</b>

<ul style="list-style-type: none"><li>⇒ Par voie postale (lettre suivie conseillée) ou</li><li>⇒ Dépôt à l'accueil de l'institut de formation ou</li><li>⇒ Dépôt dans la boîte aux lettres</li></ul>	<p><b>A l'adresse de l'institut de votre choix :</b></p> <p><b>IFAS DINAN</b> <b>OU</b> <b>IFAS SAINT-MALO</b></p>
<p><b>Date et heure limite de dépôt du dossier : Lundi 10 juin 2024 – 15h (attention au délai d'expédition)</b> <b>(Tous dossiers reçus à l'institut après cette date ne seront pas pris en compte)</b></p>	

## FICHE INSCRIPTION

### RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Civilité : Mme  M.  Non genrée   
 Nom de naissance : .....  
 Nom d'usage : .....  
 Prénoms : .....  
 Age : !\_\_!      Date de naissance : !\_\_!\_\_!\_\_!  
 Lieu de naissance : .....  
 Département de naissance : !\_\_!  
 Pays d'origine : .....  
 Nationalité : .....

**Tél. fixe :** !\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!

**Portable :** !\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!

Situation de famille :

Célibataire  Pacs  Marié(e)  Veuf(ve)

Nombre d'enfants à charge: !\_\_!

N° de sécurité sociale :

!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!

**Mail :**

Statut du candidat :  Scolaire  Employeur  Formation Continue  Pôle Emploi  Autre :  
 Autre à préciser : .....

#### **Adresse du candidat :**

Adresse : .....  
 Adresse (suite) : .....  
 Code postal : ..... Ville : .....  
 Région : ..... Département : .....

J'accepte  Je n'accepte pas

que mon identité paraisse à la publication des résultats sur le site internet IFAS.

**Si « non » : joindre une lettre de demande de non publication de mon identité sur internet.**

### Engagement du candidat

Je soussigné(e) .....  
 - Atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document  
 - Atteste sur l'honneur avoir pris connaissance des dispositions vaccinales obligatoires pour l'entrée en formation

Fait à : ..... le : ..... Signature  
 du candidat :

signature

## ANNEXE 1 : **ATTESTATION EMPLOYEUR**

Je soussigné(e), .....  
Directeur de l'établissement de santé :

Nom : .....

Adresse : .....

.....

Atteste que M. ou Mme : .....

*Cochez la case correspondante*

- A été ou est salarié(e) de l'entreprise en tant que **ASHQ** ou **Agent de service** et justifie d'une ancienneté de service cumulé **d'au moins 1 an en équivalent temps plein** effectués au sein d'un ou plusieurs établissements sanitaires et médicaux sociaux des secteurs public et privé ou dans des services d'accompagnement et d'aide au domicile des personnes.

Période : du :! \_\_\_\_! \_\_\_\_! \_\_\_\_! au :! \_\_\_\_! \_\_\_\_! \_\_\_\_!

OU

- ASH, A suivi la **formation continue de soixante-dix heures** relative à la « Participation aux soins d'hygiène, de confort et de bien-être de la personne âgée » du 1<sup>er</sup> janvier 2021 au 31 décembre 2022  
**Et**  
A été ou est salarié(e) de l'entreprise en tant que **ASH** et justifie d'une ancienneté de service cumulé **d'au moins 6 mois en équivalent temps plein** effectué 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.

Période : du :! \_\_\_\_! \_\_\_\_! \_\_\_\_! au :! \_\_\_\_! \_\_\_\_! \_\_\_\_!

Le,

Cachet et signature,

signature

## ANNEXE 2 : **PRISE EN CHARGE FINANCIERE DE VOTRE FORMATION**

NOM : ..... PRENOM : .....

NOM MARITAL : ..... Date de naissance : |\_\_|\_|\_|\_|\_| Age : |\_\_|\_|

### QUI FINANCE VOTRE FORMATION ?

#### **EMPLOYEUR :**

⇒ Nom de la structure : .....

⇒ Adresse : .....

⇒ Numéro de téléphone : |\_\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

⇒ Nom de l'interlocuteur :

Demande en cours - Décision le :

Demande acceptée - Joindre l'accord de prise en charge de la formation (cf annexe 3)

En cas de refus de financement : transmettre à l'institut une demande de report (joindre courrier + justificatif de refus)

#### **Transitions Pro :**

Demande en cours - Décision le :

Demande acceptée - Joindre l'accord de prise en charge

En cas de refus de financement : transmettre à l'institut une demande de report (joindre courrier + justificatif de refus)

#### **OPCO (Unifaf, Uniformation,..) :**

⇒ Indiquer le nom de l'OPCO : .....

Demande en cours - Décision le :

Demande acceptée - Joindre l'accord de prise en charge

En cas de refus de financement : transmettre à l'institut une demande de report (joindre courrier + justificatif de refus)

**COMPTE PERSONNEL DE FORMATION :** Montant : |\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_| €|

et /ou

**FINANCEMENT PERSONNEL :**  **OUI** (cf annexe 3 bis)  **NON**

(si oui, une convention de formation vous sera adressée)

**Autre (précisez) :** .....

**NB :** Le Conseil Régional ne prend pas en charge la formation par le biais de la sélection par l'art. 11.



**ANNEXE 3 :**  
**ENGAGEMENT DE FINANCEMENT PAR L'EMPLOYEUR**

Je soussigné(e), .....

Directeur de l'établissement : .....

Nom : .....

Adresse : .....

.....

Atteste que M. ou Mme .....

salarié(e) de l'établissement, .....

.....

Bénéficiera d'une prise en charge financière pour le coût de la scolarité de la formation aide-soignante 2024 établi par l'IFAS.

Le .....

Cachet et signature,

signature

**ANNEXE 3 BIS:**  
**ENGAGEMENT PERSONNEL**

Je soussigné(e),.....

Nom : .....

Adresse : .....

.....

Confirme prendre en charge le coût de la scolarité de la formation aide-soignante  
2024 établi par l'IFAS.

Le .....,

Signature,

signature

**DOCUMENT À FAIRE REMPLIR AVANT L'ENTRÉE EN FORMATION**

**Certificat médical d'aptitude**

(à faire compléter **par un médecin agréé\*** par l'ARS du département

Selon l'article 8 ter de l'arrêté du 12 avril 2021)

Je soussigné(e), Docteur ..... **Médecin agréé ARS,**

Atteste que : M./ Mme .....

Né(e) le : !\_\_ !\_\_ ! !\_\_

ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession d'aide-soignant(e).

est à jour de ses vaccinations et immunisé(e)

Fait à ..... , Le .....

Tampon :

Signature :

\*liste disponible sur le site de l'ARS ou de la préfecture de votre département :

<https://www.bretagne.ars.sante.fr/les-medecins-agrees-1>

# DOCUMENT À FAIRE REMPLIR AVANT L'ENTRÉE EN FORMATION

## ATTESTATION MEDICALE D'IMMUNISATION ET DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES des personnes mentionnées à l'article L3111-4 du code de la santé publique

Je, soussigné(e) Docteur .....

Certifie que : Nom de naissance ..... Nom d'usage .....

Prénom : ..... Né(e) le...../...../.....

En formation de : .....

Est immunisé(e) :

- Contre la DIPHTERIE, le TETANOS et la POLIOMYELITIS :

Dernier rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N° lot

- Contre l'HEPATITE B, selon les **conditions définies au verso**, il/elle est considéré(e) comme : *(rayer les mentions inutiles)*

- Immunisé(e) contre l'HEPATITE B :	<b>oui</b>	<b>non</b>
- Non répondeur (se) à la vaccination (après l'administration de 6 doses) :	<b>oui</b>	<b>non</b>
- Nécessitant un avis spécialisé	<b>oui</b>	<b>non</b>

- Par le BCG\*  OUI  NON

Nom du vaccin intradermique ou Monovax®	Date du vaccin	N° lot

\*Un arrêté du 27 février 2019 a **suspendu** l'obligation de vaccination par le BCG.

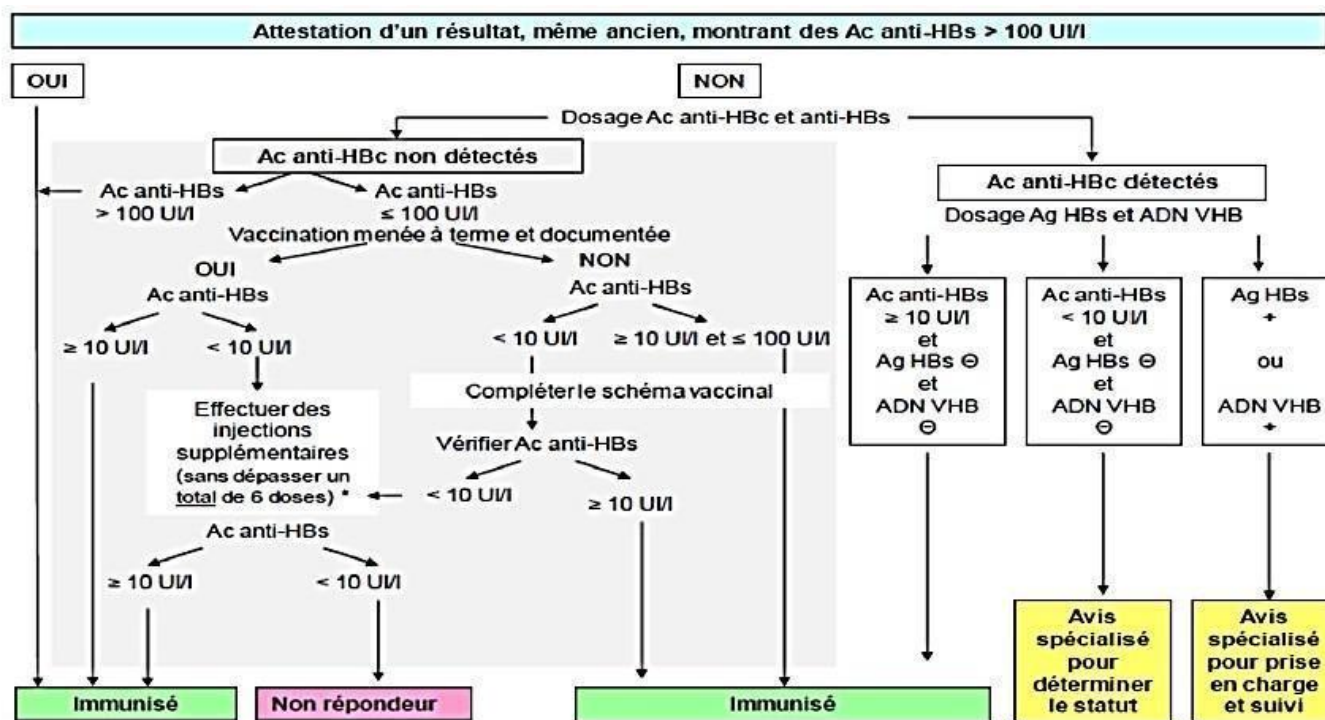
IDR à la tuberculine*	Date	Résultat (en mm)

\*L'IDR de référence est **obligatoire** : Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiques.

**SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN**

**Nota bene** : Selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour les étudiants et professionnels de santé, il est par ailleurs recommandé d'être immunisé contre **la COVID-19, la coqueluche, la rougeole, la rubéole et les oreillons (ROR), la varicelle et la grippe saisonnière**, ainsi que contre l'hépatite A pour les personnes s'occupant d'enfants n'ayant pas atteint l'âge de la propreté (par exemple personnels des crèches, assistants maternels...) et – des structures collectives d'accueil pour personnes handicapées.

**Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des personnes mentionnées à l'article L.311-4 et dont les conditions sont fixées par l'arrêté du 2 août 2013**



\* Sauf cas particulier voir 4\* de l'annexe 2 de l'arrêté

Légende : Ac : anticorps ; Ag : antigène ; VHB : virus de l'hépatite B

**Textes de référence**

- Articles L.3111-1, L.3111-4 et L.3112-1 du code de la santé publique (CSP).
- Arrêté du 15 mars 1991 fixant la liste des établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins dans lesquels le personnel exposé doit être vacciné, modifié par l'arrêté du 29 mars 2005 (intégration des services d'incendie et de secours).
- Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiques.
- Arrêté du 6 mars 2007 relatif à la liste des élèves et étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des autres professions de santé pris en application de l'article L.3111-4 du CSP.
- Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux (Titre III).
- Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L.3111-4 du CSP.
- Calendrier vaccinal en vigueur (cf. [www.vaccination-info-service.fr](http://www.vaccination-info-service.fr))