Groupe Hospitalier Rance Emeraude
Saint-Malo - Dinan - Cancale
Ensemble, pour votre Santé

Institut de Formation des Professionnels de Santé du GHRE

IFPS du GHRE

Région Bretagne

SÉLECTION POUR L'ADMISSION EN INSTITUT DE FORMATION AIDE-SOIGNANT

***

DOSSIER D'INSCRIPTION 2026

Public visé sous condition (Article 12) :

⇨ VAE

(Validation des acquis et de l'expérience)

Pré-rentrée le 21 août 2026

Rentrée le 24 août 2026

IFAS DU GH RANCE EMERAUDE

Adresse du site :	Adresse postale :
IFAS du GH Rance Emeraude 15, rue Jean Charcot 22100 DINAN Tel 02.96.89.63.71 ifas@ch-stmalo.fr	IFAS du GH Rance Emeraude Centre Hospitalier René Pleven 74, rue Chateaubriand 22100 DINAN Tel 02.96.89.63.71 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.

Art. 12:

I. La limite fixée au I de l'article 5 ne s'applique pas aux candidats inscrits dans le cadre de la formation par la voie de l'apprentissage et de la validation des acquis de l'expérience.
Les instituts de formation concernés s'engagent à garantir la qualité pédagogique de la formation délivrée sous le contrôle de l'agence régionale de santé ainsi que la sécurité de l'accueil en formation des apprenants selon la réglementation en vigueur.

II. Un minimum de 20 % des places autorisées par la Région, par institut de formation ou pour l'ensemble du groupement d'instituts de formation, est relevé aux agents relevant de la formation professionnelle continue visés à l'article 11, quels que soient les modes de financement et d'accès à la formation visée.
Toutefois, lorsque ces personnes accèdent à la formation par la validation des acquis de l'expérience, leur formation est comptabilisée hors capacité d'accueil conformément au premier alinéa du I du présent article. Les places non pourvues sont réattribuées aux autres candidats relevant de l'article 5.

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). »

Afin de vous organiser :

Prenez contact dès maintenant avec votre médecin traitant car 6 mois sont à prévoir pour effectuer le protocole complet de vaccination hépatite B

COMMUNICATION DES RÉSULTATS

Affichage des résultats, le **Vendredi 3 juillet 2026 à 11 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 débuter 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 2026/2027 sera en lien avec les modules à valider. Vous pouvez demander un devis à l'IFAS selon votre situation.

Les financements :

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

Formation partielle par Module (Post VAE*) (cf devis Région)*

Règle de dégressivité :

Les 2 modules les plus chers seront facturés à 100 % puis 50 % pour les suivants.

		Tarif TTC	*Heures théoriques*
Bloc 1	Module 1 – Accompagnement d'une personne dans les activités de sa vie quotidienne et de sa vie sociale (Module spécifique AS)	***2080,00 €***	*147*
	Module 2 – Repérage et prévention des situations à risque (Module spécifique AS)	***300,00 €***	*21*
Bloc 2	Module 3 – Evaluation de l'état clinique d'une personne (Module spécifique AS)	***1 090,00 €***	*77*
	Module 4 – Mise en œuvre des soins adaptés, évaluation et réajustement (Module spécifique AS)	***2 570,00 €***	*182*
	Module 5 – Accompagnement de la mobilité de la personne aidée	***490,00 €***	*35*
Bloc 3	Module 6 – Relation et communication avec les personnes et leur entourage	***990,00 €***	*70*
	Module 7 – Accompagnement des personnes en formation et communication avec les pairs	***300,00 €***	*21*
Bloc 4	Module 8 – Entretien des locaux et des matériels et prévention des risques associés	***490,00 €***	*35*
Bloc 5	Module 9 – Traitement des informations	***490,00 €***	*35*
	Module 10 – Travail en équipe pluri professionnelle, qualité et gestion des risques	***990,00 €***	*70*
Hors bloc (obligatoire)	Accompagnement pédagogique individualisé (API) + Suivi pédagogique individualisé des apprenants (SPI) + Travaux personnels guidés (TPG)	***1 090,00 €***	*77*

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) ;
- ☐ Les ressortissant·es étranger·ères, 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 candidat·es 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 maitrise du français à l'oral,
- ☐ Une lettre de motivation manuscrite,
- ☐ Un curriculum vitae,
- ☐ La copie des originaux de vos diplômes ou titres traduits en français,
- ☐ La copie de la délibération du jury VAE mentionnant les modules restant à valider (document DREETS),
- ☐ **Annexe 1** : prise en charge financière de votre formation,

Selon la situation du candidat :

- ☐ **Annexe 2** : Financement employeur, attestation d'accord de financement
- ☐ **Annexe 2 bis** : Engagement de financement personnel

CALENDRIER ET RESTITUTION DU DOSSIER COMPLET

Début des inscriptions	**Lundi 25 Février 2026**
Clôture des inscriptions	**Jusqu'au Mercredi 10 Juin 2026 – 12H00** **Date et heure limite du dépôt à l'institut** **Tout dossier déposé et envoyé après la date et l'heure d'échéance ne sera pas traité. Cachet de la poste faisant foi.**
Affichage de l'admission	**Vendredi 3 Juillet 2026 à 11H00**

- ➢ Par voie postale (lettre suivie conseillée)

IFAS du GH Rance Emeraude
Centre Hospitalier René Pleven
74, rue Chateaubriand
22100 DINAN

- ➢ Dépôt à l'accueil de l'institut de formation

IFAS du GH Rance Emeraude
15, rue Jean Charcot
22100 DINAN

ou

- ➢ Dépôt dans la boite aux lettres de l'institut

Groupe Hospitalier Rance Emeraude
Saint-Malo - Dinan - Cancale
Ensemble, pour votre Santé

Institut de Formation des Professionnels de Santé du GHRE

IFPS du GHRE

Région Bretagne

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 ☐ France Travail ☐ 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

Groupe Hospitalier Rance Emeraude
Saint-Malo - Dinan - Cancale
Ensemble, pour votre Santé

Institut de Formation des Professionnels de Santé du GHRE

IFPS du GHRE

Région Bretagne

ANNEXE 1 :
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 2 bis) ☐ **NON**
(si oui, une convention de formation vous sera adressée)

Autre (précisez) : .....

Groupe Hospitalier Rance Emeraude
Saint-Malo - Dinan - Cancale
Ensemble, pour votre Santé

Institut de Formation des Professionnels de Santé du GHRE

IFPS du GHRE

Région Bretagne

ANNEXE 2 :
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-soignant 2026 établi par la Région Bretagne.

Le .....,

Cachet et signature,

signature

Institut de Formation des Professionnels de Santé du GHRE

IFPS du GHRE

ANNEXE 2 BIS:
ENGAGEMENT PERSONNEL

Je soussigné(e),.....

Nom : .....

Adresse : .....

.....

Confirme prendre en charge le coût de la scolarité de la formation aide-soignant 2026 établi par la Région Bretagne.

Le .....,

Signature,

signature