



CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

Numéro Candidat(e) :

Cursus Intégral

Cursus Partiel :

DOSSIER D'INSCRIPTION A LA SELECTION « AIDE-SOIGNANT » - SEPTEMBRE 2025

INSTITUT DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ
Rue du Château - 45120 CHALETTE-SUR-LOING

Tél. : 02 38 95 95 95 - Courriel : ifsi@ch-montargis.fr - Site : https://www.ch-montargis.fr/hopital/ifsi-ifas

NOM DE NAISSANCE (en majuscules) :

NOM D'USAGE :

PRENOMS :

DOSSIER D'INSCRIPTION A CONSTITUER PUIS A POSTER

du Mardi 1^{er} Avril au Mercredi 04 Juin 2025

(Cachet de la poste faisant foi) :

IFPS – Rue du Château – 45120 CHÂLETTE-SUR-LOING

ATTENTION → AUCUN DEPOT DE DOSSIER SUR PLACE

Le dossier sera déclaré irrecevable dans les cas suivants :

- ° Si votre envoi n'a pas été suffisamment affranchi
(refus de payer les taxes demandées par la poste).
- ° S'il a été posté **après le 04 Juin 2025** *(cachet de la poste faisant foi).*

**Tout dossier incomplet devra être complété
avant la date de clôture des inscriptions**

Je soussigné(e), m'engage à respecter les conditions ci-dessus et déclare avoir pris connaissance des conditions de candidature et de l'offre de formation de l'IFPS. **Déclare également avoir personnellement conçu et rédigé les documents du dossier de candidature.**

Date et Signature du Candidat *(précédées de la mention : « lu et approuvé »)*
et signature des parents pour le candidat mineur

Le :

Signature :



PIÈCES OBLIGATOIRES À FOURNIR POUR TOUS LES CANDIDATS

- 1 photo d'identité, récente à coller à l'endroit réservé en haut à droite page 3
- 1 Lettre de candidature manuscrite, datée et signée
- 1 Curriculum Vitae actualisé
- 1 Photocopie lisible :
 - Carte nationale d'identité **Française ou Européenne** en cours de validité (*recto-verso*) : / /
 - Passeport Français ou Européen en cours de validité : / /
- 1 Document manuscrit relatant au choix du candidat, soit une situation personnelle ou professionnelle vécue, soit le projet professionnel en lien avec les attendus de la formation (*n'excédant pas deux pages*)
- En cas de demande de tiers-temps médical : Pièces recommandées **pour cette sélection** par la M.D.P.H. (*Maison Départementale des Personnes Handicapées*) à joindre dans le dossier d'inscription **avant la clôture du 04 Juin 2025**. Toute réponse obtenue ultérieurement ne pourra être prise en compte

POUR LES RESSORTISSANTS HORS UNION EUROPEENNE **DOCUMENTS OBLIGATOIRES** :

- Titre de séjour Français en cours de validité : / /
- 1 Attestation du niveau de langue française égal ou supérieur au niveau B2.**

PIECES COMPLÉMENTAIRES

- 1 Copie du ou des diplôme(s) obtenu(s) :
 - année :
 - année :
 - année :
- 1 Copie de l'AFGSU (si obtenue) : année :
- 1 Photocopie des relevés de résultats et appréciations ou bulletins scolaires (le cas échéant).
- 1 Photocopie des attestations de travail, accompagnées éventuellement des appréciations et/ou recommandations de l'employeur ou des employeurs.
- Les candidats peuvent joindre tout autre justificatif valorisant un engagement ou une expérience personnelle (associative, sportive...) en lien avec la profession d'aide- soignant.

CANDIDAT : V.A.E

- 1 Copie de l'attestation délivrée par le Jury de Validation des Acquis de l'expérience professionnelle « Aide-Soignant ».



**FICHE DE RENSEIGNEMENTS
FORMATION "AIDE-SOIGNANT(E)"**

**COLLER
VOTRE
PHOTO**

NOM DE NAISSANCE :

NOM D'USAGE :

Prénoms :

Sexe : Féminin Masculin

Numéro de Sécurité Sociale :

Né(e) le : à :

Dépt(n°):..... Pays :

Nationalité (*préciser si double nationalité*) :

Adresse Personnelle :

Code postal : Ville :

Adresse durant la formation :

Code postal : Ville :

Adresse mail personnelle :@.....

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Situation familiale : Célibataire Pacsé(e) Vie maritale Marié(e)
 Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

Nombre d'enfant(s) à charge :

..... Garçon (s) : âge (s) :

..... Fille (s) : âge (s) :



NIVEAU D'ETUDES :

Aucun Diplôme

Terminale ASSP

Terminale SAPAT



Je suis titulaire d'un diplôme :

(Joindre une copie du diplôme)

Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Puériculture (**DEAP**) - Année :

Baccalauréat professionnel **ASSP** – Année :

Baccalauréat professionnel **SAPAT** - Année :

Titre professionnel d'Assistant De Vie aux Familles (**ADVF**) - Année :

Titre professionnel d'Agent de Service Médico-Social (**ASMS**) - Année :

Diplôme d'Etat d'Accompagnant Educatif et Social (**DE AES**) – Année :

Diplôme d'Assistant de Régulation Médicale (**ARM**) - Année :

Diplôme d'Etat d'Ambulancier (**DEA**) - Année :

Baccalauréat : Série Année :

D'un autre Diplôme ou Titre * : Année :

** Délivré dans le système de formation initiale ou continue français.*



NOM ET PRENOM DE VOTRE CONJOINT ou CONCUBIN ou PACSÉ :

PROFESSION :

EMPLOYEUR :

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

TELEPHONE (Portable et fixe) :

LIEN DE PARENTE :

NOM ET PRENOM DE VOTRE PERE :

PROFESSION :

EMPLOYEUR :

SITUATION FAMILIALE : Célibataire Pacsé Vie maritale Marié Séparé Divorcé Veuf

ADRESSE :

NOM PRENOM DE VOTRE MERE :

PROFESSION :

EMPLOYEUR :

SITUATION FAMILIALE : Célibataire Pacsé Vie maritale Mariée Séparée Divorcée Veuve

ADRESSE :

SITUATION PROFESSIONNELLE ACTUELLE :



ETES-VOUS SALARIE(E) DANS UN ETABLISSEMENT : Oui : depuis le :
 Non

→ **Si oui**, préciser le nom et l'adresse de votre employeur :
.....
.....

Statut de l'établissement : PUBLIC PRIVÉ

Contrat de travail : CDD CDI TITULAIRE INTERIM

L'établissement emploie-t-il des Aides-Soignants ? Oui Non

Bénéficiez-vous **d'une prise en charge du coût pédagogique de votre formation par votre employeur ou dans le cadre des OPCO** (6 200 €) (montant réévalué chaque année) ?

Oui Non En attente de réponse

En cas de non prise en charge du coût pédagogique par votre employeur ou autres organismes financeurs, vous engagez-vous à vous acquitter du coût pédagogique ? Oui Non

Avez-vous démissionné avant le 1^{er} Mars 2025 ? Oui Non

En congé parental : depuis le :

En disponibilité : depuis le :

Inscrit(e) comme demandeur d'emploi au Pôle Emploi : Depuis le :

Numéro d'identifiant :

Lieu d'inscription au Pôle emploi :

Êtes-vous indemnisé(e) : Oui Non

Êtes-vous titulaire du permis de conduire ? : Oui Non

Possédez-vous un moyen de locomotion pour les déplacements ? : Oui Non

**Lors des résultats d'admission
souhaitez-vous une publication de votre nom et prénom sur le site internet :**

<https://www.ch-montargis.fr/hopital/ifsi-ifas>

Oui Non