

**CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION**

Numéro Candidat(e) : .....

 Cursus Intégral Cursus Partiel : .....**DOSSIER D'INSCRIPTION  
A LA SELECTION « AIDE-SOIGNANT »  
RENTREE JANVIER 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](mailto:ifsi@ch-montargis.fr) - Site : <https://www.ch-montargis.fr/hopital/ifsi-ifas>**NOM DE NAISSANCE** (en majuscules) : .....**NOM D'USAGE** : .....**PRENOMS** : .....**DOCUMENTS OBLIGATOIRES**

- 1 photo d'identité, récente à coller à l'endroit réservé en haut à droite page 2
- 1 Lettre de candidature manuscrite, datée et signée
- 1 Curriculum Vitae actualisé
- 1 Photocopie lisible :  Carte nationale d'identité Française ou Européen en cours de validité (recto-verso) : ..... / ..... / .....
- Passeport Français ou Européen en cours de validité : ..... / ..... / .....

**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.**
- 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 31 Octobre 2024**. Toute réponse obtenue ultérieurement ne pourra être prise en compte

**DOCUMENTS SPECIFIQUES :**

- 1 Copie de l'attestation délivrée par le Jury de Validation des Acquis de l'expérience professionnelle « Aide-Soignant ».
- 1 Photocopie des diplômes ou titres traduits en Français (selon la situation du candidat) : .....  
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 (selon la situation du candidat).

**DOCUMENTS FACULTATIFS :**

- Les candidats peuvent joindre tout autre justificatif valorisant un engagement ou une expérience personnelle (associative, sportive...) en lien avec la profession d'aide-soignant.

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

**COLLER  
VOTRE  
PHOTO**

NOM DE NAISSANCE : .....

NOM D'USAGE : .....

Prénoms : .....

Sexe :  Féminin       Masculin

Né(e) le : ..... à : .....

Dépt(n°):..... Pays : .....

Nationalité (*préciser si double nationalité*) : .....

\* \* \* \* \*

**Adresse Personnelle** : .....

Code postal : ..... Ville : .....

\* \* \* \* \*

ADRESSE MAIL : .....@.....

\* \* \* \* \*

**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

\*\*\*\*\*

**Je suis titulaire d'un diplôme : joindre la copie**

Du Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Puériculture (**DEAP**) *référentiel de 2006*

Date : .....

Du Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Puériculture (**DEAP**) *référentiel de 2021*

Date : .....

Du Baccalauréat professionnel **ASSP**      ou       Terminale ASSP

Date : .....

Du Baccalauréat professionnel **SAPAT**      ou       Terminale SAPAT

Date : .....

Du titre professionnel d'Assistant De Vie aux Familles (**ADVF**)

Date : .....

Du titre professionnel d'Agent de Service Médico-Social (**ASMS**)

Date : .....

Du Diplôme d'Etat d'Accompagnant Educatif et Social (**DE AES**) *référentiel de 2016*

Date : .....

Du Diplôme d'Etat d'Accompagnant Educatif et Social (**DE AES**) *référentiel de 2021*

Date : .....

Du Diplôme d'Assistant de Régulation Médicale (**ARM**)

Date : .....

Du Diplôme d'Etat d'Ambulancier (**DEA**)

Date : .....

Du 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 :

.....

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 :

.....

.....

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

NOM :

.....

PRENOM :

.....

ADRESSE :

.....

.....

TELEPHONE (Portable et fixe) :

.....

LIEN DE PARENTE :

.....

FRERES ET SOEURS :

NOM - PRENOMS

AGES

PROFESSIONS

.....

.....

.....

.....

.....

**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

Bénéficierez-vous **d'une prise en charge du coût pédagogique de votre formation par votre employeur ou dans le cadre des OPCO** (6 000 €) (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<sup>er</sup> Juillet 2024 ?**  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

**Souhaitez-vous une publication sur internet de vos résultats d'admission sur le site :**

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

Oui  Non

Je soussigné(e), ..... 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 : .....

La date de clôture d'inscription est fixée au **Jeudi 31 Octobre 2024**  
(Cachet de la poste faisant foi)  
**ATTENTION → AUCUN DEPOT DE DOSSIER SUR PLACE**

***VOUS DEVEZ POSTER IMPERATIVEMENT VOTRE DOSSIER  
en courrier simple ou en lettre suivie, mais suffisamment affranchi en  
fonction du poids de celui-ci à l'adresse ci-dessous :***

**IFPS - Rue du Château - 45120 CHALETTE-SUR-LOING**

*Pour toutes informations complémentaires  
concernant la constitution de votre dossier,  
contacter le Secrétariat de l'Institut, par téléphone,  
au : 02 38 95 95 95 (de 09 h 00 à 12 h 00 et de 14 h 00 à 16 h 00)*

### **Attention !**

*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 31 Octobre 2024** (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.

A défaut, le dossier me sera systématiquement retourné.

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

Le : .....