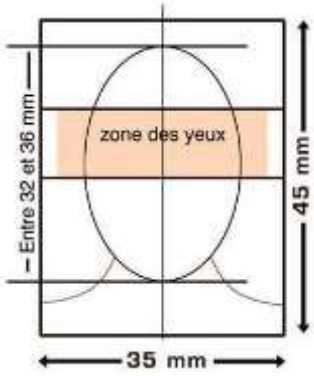


**Dossier d'inscription pour l'entrée en formation
AIDES-SOIGNANTS**

À remettre au secrétariat de l'I.F.A.S.

INFORMATIONS CNIL : Les informations mentionnées dans ce document feront l'objet d'un traitement automatisé. Conformément à l'article 27 de la loi n°78 du 6 janvier 1978, chaque élève bénéficie du droit d'accès au fichier informatique établi par le C.R.I.H. pour les informations le concernant.

Les candidats doivent être âgés de dix-sept ans au moins à la date d'entrée en formation

IDENTITÉ (LIBELLER EN LETTRES CAPITALES)	NOM DE NAISSANCE	
	NOM MARITAL	
	PRENOM	
	NATIONALITE (en toutes lettres)	
	DATE DE NAISSANCE /_/_/_/_/ (JJ/MM/AAAA)	
	ÂGE /_/_/ ANS SEXE ☐ MASCULIN ☐ FÉMININ	
	COMMUNE ET CODE POSTAL DE NAISSANCE	
	PAYS DE NAISSANCE	
	NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/	
	☐ CÉLIBATAIRE ☐ MARIÉ(E) ☐ PACSÉ(E) ☐ VIE MARITALE/CONCUBINAGE ☐ DIVORCÉ(E)/SÉPARÉ(E) ☐ VEUF(VE)	
NOMBRE D'ENFANT(S) /_/	AGE DES ENFANT(S) /_/_/_/_/	
NOMBRE D'ENFANT(S) À CHARGE /_/		
ADRESSE		
ADRESSE SUITE		
VILLE CODE POSTAL /_/_/_/_/		
TEL /_/_/_/_/_/_/_/_/_/ PORTABLE /_/_/_/_/_/_/_/		
COURRIEL @		
NUMÉRO IDENTIFIANT PÔLE EMPLOI /_/_/_/_/_/		
Avez-vous des besoins spécifiques pour l'aménagement de vos épreuves (sélection et/ou en formation) ? ☐ OUI ☐ NON		
DIPLÔME	J'atteste sur l'honneur déclarer l'ensemble des mes titres et diplômes possédés : Intitulé du diplôme ANNEE /_/_/_/	
	Niveau du diplôme ☐ niveau 1 ☐ niveau 2 ☐ niveau 3 ☐ niveau 4 ☐ niveau 5 ☐ AUCUN DIPLÔME	
AFGSU	Avez-vous l'Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence (AFGSU) niveau 1 et 2 : ☐ OUI Date d'obtention /_/_/_/_/_/ ☐ NON	
STAGE	L'institut se charge de trouver les stages. Cependant vous devez être autonome au niveau de vos déplacements , les différents lieux de stage étant répartis sur tout le département ainsi que les départements limitrophes. L'institut ne garantit pas la proximité des stages de votre lieu de domicile.	

Signature :

PIECES A FOURNIR OBLIGATOIREMENT AU DOSSIER

- ☞ Fiche d'inscription fournie par l'IFAS et dûment complétée avec photo récente ;
- ☞ 1 Photocopies recto/verso de la carte nationale d'identité ou du passeport en cours de validité;
- ☞ Lettre de motivation manuscrite;
- ✓ Curriculum vitae ;
- ✓ Copie attestation de droits à la sécurité sociale.
- ✓ Autorisation du représentant légal pour les candidats mineurs
- ✓ Certificat médical de demande d'aménagement des évaluations dans le cadre de la formation AS (uniquement si vous présentez un handicap) + copie notification RQTH
- ✓ Conclusion d'entretien avec votre conseiller France TRAVAIL ou fiche de prescription Mission Locale (pour les moins de 26 ans)
- ✓ AFGSU (si obtention)
- ✓ Photocopie de l'assurance voiture (si permis B et véhiculé)
- ✓ Selon la situation : attestation de prise en charge financière de la formation.
- ☞ Document manuscrit, relatant, au choix du candidat, soit une situation personnelle ou professionnelle vécue, soit son projet professionnel en lien avec les attendus de la formation. *(ce document ne doit pas excéder 2 pages)*
- ☞ 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-dessus, une attestation du niveau de langue française égal ou supérieur au niveau B2 du cadre européen commun de référence pour les langues du Conseil de l'Europe, ou à défaut tout autre document permettant d'apprécier les capacités et les attendus relatifs à la maîtrise du français à l'oral.
- ☞ **Si vous êtes majeur, fournir l'attestation d'honorabilité.** Ce document est à **récupérer en ligne** : <https://honorabilite.social.gouv.fr/index.php/>
Cette attestation sera à présenter lors de vos stages obligatoires au sein des structures visées par l'article L.133-6 du CASF.
Vous avez la possibilité de faire une demande d'effacement de votre casier judiciaire le cas échéant. Si vous êtes dans l'incapacité de nous fournir votre attestation d'honorabilité lors des stages obligatoires prévus par le référentiel, vous serez dans l'impossibilité de réaliser les stages obligatoires.

- ☞ Certificat de vaccination (modèle fourni) attestant que vous remplissez les obligations d'immunisation et de vaccination :
 - DIPHTERIE-TETANOS-POLYOMELITE (DT POLIO)
 - HEPATITE VIRALE B
 - ROUGEOLE - OREILLONS - RUBÉOLE (ROR)
- ☞ Certificat médical d'aptitude de moins de 3 mois (modèle fourni) à remplir par un médecin agréé (cf. liste)
 - ☞ *La vaccination COVID 19 n'est plus obligatoire mais préconisée.*

Selon la situation du candidat :

- ☞ la copie des originaux de ses diplômes ou titres traduits en français ; Le cas échéant, la copie de ses relevés de résultats et appréciations ou bulletins scolaires ;
- ☞ les attestations de travail, accompagnées éventuellement des appréciations et/ou recommandations de l'employeur (ou des employeurs) ;
- ☞ tout autre justificatif valorisant un engagement ou une expérience personnelle (associative, sportive, suivi d'une préparation aux sélections d'admission en IFAS, attestation formation modulaire de 70h pour ASH...) en lien avec la profession d'aide-soignant.

Dossier remis à l'I.F.A.S. le /__/_/__/2/0/2/ /

GUIDE DE REDACTION DU DOCUMENT MANUSCRIT **SELECTION AIDE-SOIGNANT**

Ce document doit être :

- Manuscrit, c'est-à-dire écrit à la main, de façon lisible ;
- Un document de 2 pages ;
- Rédigé de façon à garder l'anonymat des personnes concernées par la situation que vous avez choisi ;
- Ecrit avec soin, en respectant l'orthographe, la ponctuation et la syntaxe.

Pour réaliser ce document il vous est demandé de vous appuyer sur :

- Une situation personnelle vécue (ex : accompagnement d'un proche, ami malades, bénévolat dans une structure...) ;

Ou

- Une situation professionnelle vécue (ex : situation de relationnelle, d'accompagnement...) ;

Ou

- Votre projet professionnel (état des lieux de vos connaissances et des compétences acquises tout au long de votre carrière).

Le jury doit pouvoir identifier dans cet écrit les attendus nationaux :

- Votre intérêt pour le domaine de l'accompagnement et de l'aide à la personne, notamment en situation de vulnérabilité ;
- Vos qualités humaines ;
- Vos capacités relationnelles ;
- Votre aptitude à vous exprimer à l'écrit ;
- Votre capacité à vous organiser.

Pour votre écrit, vous pouvez suivre le plan proposé :

1. Choix d'une situation personnelle ou professionnelle

Une introduction qui présente une description rapide de la situation ainsi que les raisons du choix de cette situation.

Un développement dans lequel vous devez expliquer la situation en détail, décrire l'activité exercée au moment de la situation, ce que vous avez fait et ce qui a été ressenti.

Précisez quel a été votre rôle dans cette situation. Essayez de faire ressortir les aptitudes ou compétence que cela vous a permis d'acquérir.

Une conclusion dans laquelle, vous expliquez ce que cette situation vous a apportée.

2. Choix du projet professionnel

Construire un projet professionnel, c'est se projeter dans un nouveau champ professionnel. Faites le point sur votre parcours (stage, activité professionnelle, loisirs, vie associative, sport, voyages, formations...).

Décrivez les éléments de votre parcours, les connaissances, les savoirs acquis, Identifier les compétences techniques, relationnelles, les aptitudes et les habiletés que vous avez développées. Exposez les qualités personnelles que vous possédez. Expliquez ce nouveau choix professionnel et ce que la formation va pouvoir vous apporter.

CERTIFICAT MEDICAL ETABLI PAR UN MEDECIN AGREE

ENTREE EN FORMATION AIDE-SOIGNANT

Je soussigné(e) : Dr.....médecin agréé,
certifie que :

Nom :.....

Nom de jeune fille (*obligatoire pour les femmes mariées*) :.....

Prénom :.....

Date de naissance :..... Lieu de Naissance :.....

☐ **Présente les aptitudes physiques et psychologiques nécessaires à l'exercice de la profession d'aide-soignant**

Fait le A	Signature du médecin et Cachet :
--------------------------	----------------------------------

NOM DE NAISSANCE :	_____	NOM MARITAL :	_____
PRÉNOM :	_____	DATE DE NAISSANCE :	_____
TÉLÉPHONE :	_____	ANNÉE D'ADMISSION :	2026

Avis important réglementaire (Art. L3111-4 du CSP) : L'admission définitive en stage est subordonnée à la fourniture de cette fiche dûment validée par un médecin, accompagnée des justificatifs ou résultats sérologiques demandés. Tout dossier incomplet interdira l'accès aux stages cliniques.

1. VACCINATIONS OBLIGATOIRES (Maintien de l'obligation de l'immunité)

Vaccin & Spécificités 2026	Dates des Injections / Rappels	Validation Médicale & Sérologie
DIPHTÉRIE - TÉTANOS – POLIOMYÉLITE - COQUELUCHE Rappels recommandés à âges fixes (25, 45 ans) avec le composant Coqueluche (dTPCa).	Dernier rappel dTP : _____ Dernier rappel dTPCa : _____	☐ À jour des obligations
HÉPATITE VIRALE B Obligation d'immunisation selon le Code de la Santé Publique.	1ère dose : _____ 2ème dose : _____ 3ème dose : _____ Inj. sup. : _____	Résultat sérologique obligatoire : Taux Ac anti-HBs : _____ UI/l ☐ Immunité acquise (>=100 UI/l) ☐ Non répondeur (après 6 doses)
ROUGEOLE - OREILLONS - RUBÉOLE (ROR) Nés depuis 1980 : 2 doses obligatoires en formation. Nés avant 1980 : 1 dose si pas d'antécédent.	1ère dose : _____ 2ème dose : _____ ☐ Antécédent de Rougeole	☐ Schéma complet 2 doses

2. VACCINATIONS RECOMMANDÉES EN MILIEU DE SOINS

Vaccins & Conditions	Dates des Injections / Antécédents	Suivi / Résultats IDR
VARICELLE Recommandé pour les professionnels sans antécédent de la maladie.	1ère dose : _____ 2ème dose : _____ ☐ Antécédent certain	Si doute ou pas d'ATCD : Sérologie : _____ ☐ Négative -> À vacciner
HÉPATITE VIRALE A Recommandé pour les personnels exposés ou selon protocole d'établissement.	1ère dose : ____ / ____ / ____ 2ème dose (rappel) : ____ / ____ / ____	☐ Schéma à 2 doses complété ☐ Sérologie Ac anti-VHA (si faite) : _____
COVID-19 & GRIPPE SAISONNIÈRE Vaccinations hautement préconisées au contact de personnes vulnérables.	Dernier rappel COVID : _____ Vaccin Grippe : _____	☐ Recommandations lues et appliquées
TUBERCULOSE (BCG) & MÉNINGOCOQUE C il appartiendra aux médecins du travail d'évaluer le risque d'exposition	Date BCG : _____ Date Méningo C : _____	Test tuberculinique (IDR) : Date IDR : _____ Induration : _____ mm

ATTESTATION SUR L'HONNEUR DE L'ÉLÈVE

Je soussigné(e), certifie l'exactitude des informations fournies et m'engage à maintenir à jour mes obligations vaccinales pendant toute la durée de ma formation.

Fait à : _____ Le : _____

Signature :

CERTIFICATION PAR LE MÉDECIN

Je soussigné(e), Dr _____, certifie que les renseignements et dates de vaccination inscrits ci-dessus sont exacts et conformes au dossier médical du patient.

Fait à : _____ Le : _____

Signature et Cachet du Praticien :