



FICHE D'INSCRIPTION : Sélection Aide-Soignante 2024_Rentrée Janvier 2025

Institut de Formation d'Aide-Soignant de Versailles du Centre Hospitalier de Versailles
 25 Boulevard Saint-Antoine – 78000 VERSAILLES
 Tél. : 01.39.63.93.37 // Mail : ifsi.chv@ght78sud.fr
 Site de l'Institut: <https://ifsi-ifas.ch-versailles.fr/IFSI-IFAS>

Coller ou
agrafer
votre photo

Obligatoire

IDENTIFICATION DU CANDIDAT :

Nom de naissance Prénom :

Nom marital : ou Nom d'usage :

N° Sécurité Sociale : Nationalité :

Date de naissance :/...../..... Sexe : Féminin Masculin

Commune de naissance Département de naissance

Adresse

Code postal Ville

Portable : Fixe :

Email du candidat (**LISIBLEMENT**)@.....

JE CANDIDATE POUR LA FORMATION : (cocher la case correspondante) (cf. tableau page 2)

- Formation initiale (complète)
- Je suis ASH de la fonction hospitalière ou agent de service (employé des services généraux, agent de service assistance aux soins, agent hébergement/hygiène) (**fournir une attestation employeur**)
- J'ai suivi la formation de 70h relative à la participation aux soins d'hygiène de confort et de bien-être de la personne âgée et j'ai une ancienneté de service cumulée d'au moins 6 mois en équivalent temps plein
 - (**Fournir la copie de l'attestation de formation et une attestation employeur**)
- Formation en cursus partiel (modulaire) ! **attention** : cette formation ne se sera pas prise en charge par le conventionnement de la Région !
 - **Cocher le Titre du Diplôme permettant la formation en cursus partiel modulaire dans le tableau page 2**

A REMPLIR PAR LE CANDIDAT :

Situation professionnelle actuelle : **SALARIÉ** **ETUDIANT** **EN RECHERCHE D'EMPLOI**

Si vous êtes salarié : Nom et adresse de l'employeur :

Envisagez-vous de faire la formation en apprentissage (cf. notice page 5 et 8) : **Oui** **Non**

- Si oui : avez-vous déjà signé votre contrat d'apprentissage : **Oui** **Non**

CANDIDAT PRESENTANT UN HANDICAP

Sollicitez-vous un aménagement 1/3 temps ? **Oui** **Non** Si oui, joindre à votre dossier d'inscription la notification d'avis d'aménagement des conditions d'examen ou de concours de la MDPH. Elle doit mentionner pour quelle épreuve elle est délivrée ainsi que la date de cette épreuve.

Art 12 bis arrêté du 22 oct. 2005 modifié : « Dans chaque institut de formation, les candidats aux épreuves d'admission présentant un handicap peuvent déposer une demande d'aménagement des épreuves et ou des études. Ils adressent leur demande à l'un des médecins désignés par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées et en informent les instituts de formation. »

Tout dossier INCOMPLET ne fera pas l'objet d'une relance
Pièces à fournir OBLIGATOIREMENT POUR TOUS LES CANDIDATS

et à transmettre dans l'ordre ci-dessous :

- Une photo d'identité collée sur la fiche d'inscription
- Deux enveloppes autocollantes pré-timbrées au format A5 (230/160) avec vos nom, prénom et adresse
- Photocopie pièce d'identité recto-verso, valide tout au long de la formation
- Lettre de motivation manuscrite
- CV
- Un document manuscrit relatant soit un projet professionnel soit une situation personnelle/professionnelle vécue en lien avec les attendus de la formation, 2 pages maximum.
- en fonction de votre situation une Attestation du niveau de français requis B2
- Tout autre document valorisant le candidat en lien avec la formation

Et selon votre situation

FORMATION	VOTRE SITUATION (COCHER LA CASE CORRESPONDANTE)	TITRE OU DIPLOME DETENU	PIECES A FOURNIR
FORMATION INITIALE	<input type="radio"/>	Diplôme ou titre homologué de niveau 4 délivré dans le système français Ex: Bac, brevet pro, Bep...	<ul style="list-style-type: none"> • Copie du diplôme • Copie du dossier scolaire
	<input type="radio"/>	Diplôme sanitaire et social ou titre homologué de niveau 5 délivré dans le système français, Ex : BEP CSS, CAP petite enfance...	
	<input type="radio"/>	Diplôme ou titre étranger permettant l'accès aux universités du pays d'obtention	<ul style="list-style-type: none"> • Copie diplôme original en français (traduction assermentée) • Copie du dossier scolaire (traduction assermentée)
	<input type="radio"/>	Première année d'étude en IFSI	<ul style="list-style-type: none"> • Feuilles de notes • Feuilles de stage
FORMATION CURSUS PARTIEL	<input type="radio"/>	Bac Professionnel Accompagnement, Soins, Services à la personne (ASSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Copie du diplôme • La copie du dossier scolaire (résultats : 2nde, 1ère et terminale) • Appréciation de stage
	<input type="radio"/>	Bac Professionnel Services aux Personnes et Aux Territoires (SAPAT)	
	<input type="radio"/>	Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale ou mention Complémentaire D'aide à domicile	
	<input type="radio"/>	Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Puériculture	<ul style="list-style-type: none"> • Copie diplôme original • Attestation employeur • Appréciation de travail ou recommandation
	<input type="radio"/>	Diplôme d'Etat d'Aide Médico-Psychologique	
	<input type="radio"/>	Diplôme d'Etat d'Ambulancier	
	<input type="radio"/>	Diplôme d'Etat d'Accompagnement Educatif et Social <ul style="list-style-type: none"> • Accompagnement de vie à domicile • Accompagnement de la vie en structure • Accompagnement à l'éducation inclusive et à la vie ordinaire 	
	<input type="radio"/>	Titre professionnel d'Assistante de Vie aux Familles	
	<input type="radio"/>	Titre professionnel d'agent de service médico-social	
	<input type="radio"/>	Diplôme d'assistante de régulation médical	
<input type="radio"/>	VAE • Décision du jury avec tableau des modules		

Je soussigné(e).....atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document

➔ J'autorise le service organisateur du concours à publier mes noms et prénoms sur Internet dans le cadre de la diffusion des résultats
 Oui Non

Fait à, le **SIGNATURE**