



RÉGION
BOURGOGNE
FRANCHE
COMTE

INSTITUT DE FORMATION
AUX METIERS DE LA SANTE "ETIENNE VILLAIN"

1 AVENUE PIERRE DE COUBERTIN – BP 808 – 89100 SENS CEDEX – ☎ 03 86 86 17 81

FORMATION DES AIDES-SOIGNANTS DANS L'YONNE

**Dossier d'inscription
Session 2019**

☞ **Agent de la Fonction Publique Hospitalière** ☞

INSTITUTS DE FORMATION D'AIDES-SOIGNANTS

- **INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS**
Centre Hospitalier
2 Boulevard de Verdun - 89011 AUXERRE Cedex
☎ : 03.86.48.47.17
☎ : 03.86.48.47.44
✉ : ifsi@ch-auxerre.fr

- **INSTITUT DE FORMATION - FILIERE AIDE-SOIGNANT**
Centre Hospitalier
3 Quai de l'hôpital - BP 229 - 89306 JOIGNY Cedex
☎ : 03.86.92.33.66
☎ : 03.86.92.32.91
✉ : ifas@ch-joigny.fr
Site Internet : <https://ifaasjoigny.wordpress.com/>

- **INSTITUT DE FORMATION AUX METIERS DE LA SANTÉ**
Centre Hospitalier
1 Avenue Pierre de Coubertin - BP 808 - 89100 SENS
☎ : 03.86.86.17.81
☎ : 03.86.86.17.87
✉ : ifms@ch-sens.fr
Site Internet : <http://www.ifms-sens.fr>

- **INSTITUT DE FORMATION D'AIDES-SOIGNANTS**
Centre Hospitalier
Rue Jumeriaux - 89700 TONNERRE
☎ : 03.86.54.33.00
☎ : 03.86.54.34.78
✉ : ifas@ch-tonnerre.fr

SÉLECTION :

I – Vous êtes agent des services hospitaliers ou agent des services hospitaliers qualifié de la Fonction Publique Hospitalière réunissant au moins trois ans de fonction en cette qualité.

⇒ Vous serez sélectionné par votre employeur et admis à l'école dans la limite du quota réservé à votre catégorie

→ DOSSIER ► Déposé à l'Institut

Ou

► Envoyé sous pli recommandé avec accusé de réception à l'Institut

Au plus tard le : **30 novembre 2018**

(CACHET DE LA POSTE FAISANT FOI)

→ **TOUT DOSSIER INCOMPLET VOUS SERA RETOURNE**

→ **TOUT DOSSIER PARVENANT A L'INSTITUT APRES LA DATE INDIQUÉE VOUS SERA EGALEMENT RETOURNÉ**

L'admission définitive est subordonnée à l'aptitude médicale à exercer la fonction d'aide soignante : Certificat médical datant de moins de 3 mois à la date de rentrée de la formation et vaccinations à jour.

Pensez dès maintenant à la mise à jour de vos vaccinations.

DOSSIER D'INSCRIPTION :

Le dossier, **qui doit être renvoyé dans l'Institut**, est composé de :

- La fiche de renseignements complétée (page 5)
- L'attestation d'employeur complétée (page 6)
- Fiche des possibilités de prise en charge financière complétée et signée (page 7)
- 1 photo d'identité récente collée sur la fiche de renseignements
- Photocopie **recto - verso** de la carte d'identité nationale ou photocopie du passeport **en cours de validité**
- Pour les candidats de nationalité étrangère, fournir la photocopie de la carte de séjour
- 1 chèque de **40 €** à l'ordre du **Trésor Public** pour frais d'inscription
- 2 enveloppes **timbrées au Tarif Prioritaire à fenêtre** format 11 cm x 22 cm
- 1 enveloppe format 23 cm x 33 cm **mentionnant l'adresse du candidat**
- Timbres valeur : **6,50 €**
Avec
- Formulaire Recommandé avec Accusé de Réception **rempli** :
 - Cadre Destinataire → le candidat
 - Cadre Expéditeur → I.F.M.S. Etienne VILLAIN 1 avenue Pierre de Coubertin - BP 808
89108 SENS CEDEX**(Timbres + Formulaire à glisser dans l'enveloppe format 23 cm x 33 cm)**

Date de rentrée scolaire : **Lundi 2 Septembre 2019**

Coût de la formation : **6 500 €**



**INSTITUT DE FORMATION AUX METIERS DE LA SANTE
CENTRE HOSPITALIER**

1, Avenue Pierre de Coubertin – BP 808 - 89108 SENS CEDEX

☎ : 03.86.86.17.81. 📠 : 03.86.86.17.87. 📧 : ifms@ch-sens.fr Site : <http://www.ifms-sens.fr>

SECTION AIDE SOIGNANTE - SESSION 2019

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

CANDIDATS A. S. H. Q.

**COLLER
PHOTO**

NOM DE FAMILLE : PRENOM :

NOM D'USAGE :

Célibataire - Marié(e) - Divorcé(e) - Veuf(ve)

Date de naissance : Lieu de naissance : Dépt. :

Nationalité :

Adresse personnelle
.....

N° Téléphone : Portable : Adresse Mail :

ETUDES EFFECTUEES :

DIPLOMES OBTENUS :

EMPLOIS OCCUPES ET DATES : (fournir les attestations des différents employeurs)

NOM et ADRESSE DE L'EMPLOYEUR qui a assuré la sélection :
.....

(Fournir une attestation de prise en charge employeur au titre de la promotion professionnelle)

DATE : SIGNATURE :

PS. – le retour de ce document correctement rempli et accompagné des pièces de dossier nécessaires, en temps voulu, conditionne l'inscription à l'Ecole.

CANDIDAT A LA FORMATION
D'AIDE-SOIGNANT(E)

Nom de Famille : _____

Nom d'usage : _____

Prénoms : _____

ATTESTATION D'EMPLOYEUR
(À faire compléter par chaque employeur - un imprimé par employeur)

Je soussigné (nom, adresse et n° de téléphone de l'employeur) : _____

Certifie avoir employé M. ou Mme : _____

Pendant les périodes suivantes :

Date début activité	Date fin activité	Temps complet	Temps partiel (durée hebdo.)	Emploi occupé
	Total de la durée de l'activité			

Fait à : _____ le _____

(Cachet et signature de l'employeur)

Si l'imprimé n'est pas suffisant pour recenser l'ensemble du parcours de l'employé de (2 ans en secteur hospitalier ou médico-social ou de 3 ans dans un autre secteur), vous pouvez avant de le compléter le photocopier en plusieurs exemplaires

PRISE EN CHARGE FINANCIERE EMPLOYEUR

☞ L'Employeur s'engage à régler les frais de scolarité de la formation Aide-Soignante d'un montant de 6 500 € pour 2019-2020

Oui

Non

Date :

Signature de l'employeur :

Cachet de l'établissement de l'employeur :

