



**DOSSIER D'INSCRIPTION D'ENTREE
EN INSTITUT DE FORMATION AIDE SOIGNANT(E)
EN CURSUS PASSERELLE
DEPARTEMENT DE L'YONNE
ANNEE 2019**

Arrêté du 22 Octobre 2005 modifié relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat Aide-Soignant.

Composition :

I. COORDONNEES DES INSTITUTS DE FORMATION D'AIDES-SOIGNANTS.....	2
II. CONDITIONS D'ADMISSION	3
III. EPREUVES DE SELECTION	4
IV. LISTE DES PIECES CONSTITUANT LE DOSSIER D'INSCRIPTION.....	5
V. INFORMATIONS PRATIQUES	6
VI. RECOMMANDATIONS POUR L'APTITUDE MEDICALE.....	7
VII. DOSSIER D'INSCRIPTION EN INSTITUT DE FORMATION.....	8
VIII. AUTORISATION D'AUTHENTIFICATION DU DIPLOME.....	10
IX. ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR	11
X. AUTORISATION DE DIFFUSION.....	12
XI. ACCUSE DE VALIDATION D'INSCRIPTION	13

Le dossier départemental d'inscription est à transmettre à l'Institut de votre choix en le déposant ou en l'envoyant sous pli recommandé avec accusé de réception,

Au plus tard le Mercredi 03 Avril 2019

Date de clôture des inscriptions (cachet de la poste faisant foi).

Tout dossier parvenant après la date sera retourné à l'intéressé(e).

Pour toute information complémentaire contacter l'Institut de votre choix.

I. COORDONNEES DES INSTITUTS DE FORMATION D'AIDES-SOIGNANTS

IFMS JOIGNY : Capacité d'accueil : 6

Centre Hospitalier

3 Quai de l'hôpital – BP 229 – 89306 JOIGNY Cedex

Situation : 1 avenue d'Hanover

☎ : 03.86.92.33.66 📠 : 03.86.92.32.91 📧 ifms@ch-joigny.fr

Site internet : ifaasjoigny.wordpress.com

IFMS SENS : Capacité d'accueil : 6

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 internet : <http://www.ifms-sens.fr>

II. CONDITIONS D'ADMISSION

- ⇒ Avoir 17 ans au moins à la date d'entrée en formation (il n'est pas prévu d'âge limite supérieur).
- ⇒ Répondre aux différentes conditions de niveau.

- ✓ Vous êtes titulaire du **Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Puériculture** :
Vous serez dispensé(e) des unités de formation 2, 4, 5, 6, 7 et 8.
Vous suivrez les unités de formation 1 et 3 ainsi que les stages correspondant à ces derniers.

- ✓ Vous êtes titulaire du **Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale ou de la Mention Complémentaire d'Aide à Domicile** :
Vous serez dispensé(e) des unités de formation 1, 4, 5 et 7.
Vous suivrez les unités de formation 2, 3, 6 et 8 ainsi que les stages correspondant à ces derniers.

- ✓ Vous êtes titulaire du **Diplôme d'Ambulancier ou du Certificat d'Ambulancier** :
Vous serez dispensé(e) des unités de formation 2, 4, 5, et 7.
Vous suivrez les unités de formation 1, 3, 6 et 8 ainsi que les stages correspondant à ces derniers.

- ✓ Vous êtes titulaire du **Diplôme d'Etat d'Aide- Médico-Psychologique** :
Vous serez dispensé(e) des unités de formation 1, 4, 5, 7 et 8.
Vous suivrez les unités de formation 2, 3 et 6 ainsi que les stages correspondant à ces derniers.

- ✓ Vous êtes titulaire du **Titre Professionnel d'Assistant de Vie aux Familles** :
Vous serez dispensé(e) des unités de formation 1, 4, et 5.
Vous suivrez les unités de formation 2, 3, 6, 7 et 8 ainsi que les stages correspondant à ces derniers.

- ✓ Vous êtes titulaire du **Diplôme d'Etat d'Accompagnement Educatif et Social** :
 - ↳ **Accompagnement de la Vie à Domicile**
Vous serez dispensé(e) des unités de formation 1, 4, 5 et 7.
Vous suivrez les unités 2, 3, 6 et 8 ainsi que les stages correspondant à ces derniers.
 - ↳ **Accompagnement de la Vie en Structure**
Vous serez dispensé(e) des unités de formation 1, 4, 5, 7 et 8.
Vous suivrez les unités 2, 3 et 6 ainsi que les stages correspondant à ces derniers.
 - ↳ **Accompagnement à l'Education inclusive et à la Vie ordinaire**
Vous serez dispensé(e) des unités de formation 4, 5 et 7.
Vous suivrez les unités 1, 2, 3, 6 et 8 ainsi que les stages correspondant à ces derniers.

- ⇒ Réussir les épreuves de sélection
- ⇒ Etre classé(e) en rang suffisant

III. EPREUVES DE SELECTION

En référence à l'arrêté du 21 mai 2014 modifiant l'arrêté du 22 octobre 2005 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant, et à l'instruction N° DGOS/RH1/2014/215 du 10 juillet 2014 relative aux dispenses de formation pour l'obtention des diplômes d'Etat d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture,

« **La première phase de la sélection** consiste en l'étude du dossier. L'examen des différentes pièces constitutives du dossier permet de retenir les candidats qui seront convoqués à l'entretien. **Les candidats dont le dossier n'a pas été retenu seront informés par courrier à compter du 12 Avril 2019.**

La deuxième phase de la sélection consiste en un entretien individuel avec les candidats dont les dossiers ont été retenus, afin d'évaluer leur intérêt pour la profession et leur motivation ». **Ces candidats recevront une convocation à compter du 12 avril 2019.**

Les entretiens d'admission auront lieu au cours de la période du jeudi 16 au vendredi 17 Mai 2019 à l'Institut de Formations Aux métiers de la Santé de SENS, 1 avenue Pierre de Coubertin.

Les résultats d'admission à la formation vous seront adressés par courrier à partir du Mardi 28 Mai 2019 et affichés dans chaque institut le 28 Mai 2019 à 14 heures.

IV. LISTE DES PIÈCES CONSTITUANT LE DOSSIER D'INSCRIPTION

(les photocopies doivent être lisibles)

- La fiche d'inscription jointe, dûment remplie
- La photocopie **recto/verso** de la carte nationale d'identité, de la carte de séjour ou la photocopie du passeport du ou de la candidat(e) **en cours de validité.**
- La copie du diplôme
- L'autorisation d'authentification du diplôme
- L'autorisation de diffusion Résultats des épreuves de sélection et diffusion image
- Une lettre de motivation
- Un curriculum vitae
- Attestations de travail avec **appréciations** du ou des employeur(s) : 1 attestation par employeur
- FRAIS D'INSCRIPTION : Fournir un chèque de **92,00 Euros à l'ordre du TRESOR PUBLIC**
Les frais restent acquis à l'institut en toutes circonstances
- L'accusé de validation d'inscription **rempli à vos noms, prénoms et adresse**
- 4 timbres à **1 € 05** - Tarif prioritaire 20 gr (Timbre rouge)
- 1 enveloppe format A4 **mentionnant l'adresse du Candidat**
- Timbres valeur **7 € 65** avec Formulaire Recommandé avec Accusé de Réception **rempli** :

Cadre Destinataire : Adresse du Candidat à renseigner

Timbres + Formulaire à glisser dans l'enveloppe format A4



Tout dossier parvenant après le Mercredi 03 Avril 2019
(cachet de poste faisant foi) sera retourné à l'intéressé(e).

V. INFORMATIONS PRATIQUES

INFORMATIONS PRATIQUES

L'arrêté du 25 octobre 2005, relatif à la formation aide-soignante précise que pour valider le module 3 de la formation, l'élève aide-soignant doit fournir une Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence (niveau 2).

Si vous êtes titulaire de cette attestation, fournir une photocopie lors de l'inscription.

**La formation soignante, cursus complet, débutera le 02 septembre 2019
et se terminera le 3 juillet 2020**

**Les dates des différentes unités de formation vous concernant ne sont pas déterminées
à ce jour, mais vous seront communiquées ultérieurement.**

IFMS JOIGNY : Pré rentrée	IFMS SENS : Pas de pré rentrée
----------------------------------	---------------------------------------

VOUS ETES TITULAIRE	FORMATION THEORIQUE	STAGES CLINIQUES	TARIFS		
			JOIGNY	SENS	
D.E.A.P.	9 semaines	12 semaines	4200 €	3360 €	
D.E.A.V.S. ou M.C.A.D.	9 semaines	14 semaines	4450 €	3680 €	
D.E. Ambulancier	11 semaines	14 semaines	5050 €	4000 €	
D.E.A.M.P.	8 semaines	14 semaines	4150 €	3520 €	
T.P.A.V.F.	10 semaines	14 semaines	4750 €	3840 €	
D.E.A.E.S.	Accompagnement de la vie à domicile	9 semaines	14 semaines	4450€	3680 €
	Accompagnement de la vie en structure	8 semaines	14 semaines	4150€	3520 €
	Accompagnement à l'éducation inclusive et à la vie ordinaire	13 semaines	18 semaines	6150€	4960 €
Tenues de stage			95 € ²		
AFGSU 2 ¹			120 € ²		

¹ AFGSU 2 : l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence niveau 2 est obligatoire pour l'obtention du Module 3. Le coût ne peut être inclus au tarif de la formation conduisant à l'obtention du DEAS.

² Tarifs 2018

VI. RECOMMANDATIONS POUR L'APTITUDE MEDICALE


1. APTITUDE MEDICALE

En cas d'admission, des documents médicaux joints à votre dossier d'admission seront à fournir **OBLIGATOIREMENT** à l'institut de formation, lors de votre inscription ou au plus tard le jour de la rentrée.

Certificat médical d'aptitude attestant la non présentation de contre-indications physiques **ou** psychologiques à l'exercice de la profession émanant d'un **médecin agréé** de l'administration qui n'est pas votre médecin traitant.

Le dossier médical vous sera remis en cas d'admission. Celui-ci conditionnera votre admission définitive.

Mettez vos vaccinations à jour : DTCaP, HEPATITE B. 3 mois avant la rentrée. Une vaccination TARDIVE peut retarder l'acquisition d'une immunité réglementaire, risque une non mise en stage.

 **Seuls seront acceptés les documents originaux fournis par l'institut de formation ou la photocopie du carnet de santé portant le nom du candidat à l'exception de tout autre document.**

N.B. :

Si vous n'êtes pas originaire de l'Yonne, vous demanderez la liste des médecins agréés à la Délégation Territoriale de l'Agence Régionale de la Santé du département dans lequel vous ferez faire le certificat.

Vous ferez alors attester par la Délégation Territoriale de l'Agence Régionale de la Santé que le médecin signataire du certificat est bien agréé (ou nous fournir la liste entière sur laquelle il figure avec les dates de validité)

En cas de contre-indication à l'une des vaccinations obligatoire, votre dossier d'admission sera soumis à l'arbitrage du médecin de l'Agence Régionale de la Santé.

RECOMMANDATION :

- La formation comprend des stages extérieurs, il est **fortement recommandé** aux futurs élèves de prévoir un **moyen de locomotion** du fait de leur situation géographique.

VII. DOSSIER D'INSCRIPTION EN INSTITUT DE FORMATION AIDE SOIGNANT(E) EN CURSUS PASSERELLE

FICHE D'INSCRIPTION

Mme M.

NOM DE NAISSANCE :

NOM D'USAGE :

Prénom(s) :

SITUATION FAMILIALE :

NAISSANCE : DATE : __ / __ / ____ LIEU : NATIONALITÉ :

ADRESSE :

.....

CODE POSTAL : VILLE :

☎ PORTABLE : ☎ DOMICILE :

ADRESSE MAIL : @

Adresse mail obligatoire et lisible

TITRE: cocher la case correspondante :

- DEAP (auxiliaire de puériculture)
- DEA – CCA (ambulancier)
- DEAVS (diplôme d'état d'auxiliaire de vie sociale) ou mention complémentaire à domicile
- AMP (aide médico-psychologique)
- TPAVF (assistante de vie aux familles)
- DEAES (diplôme d'état d'accompagnement éducatif et social)

<u>Formations suivies</u>	<u>Intitulés</u>	<u>Dates</u>
<u>Dernier diplôme obtenu</u>	<u>Intitulé</u>	<u>Date</u>

Fiche d'inscription page 1 sur 2

FICHE D'INSCRIPTION

CHOIX DES INSTITUTS DU DEPARTEMENT DE L'YONNE :

Vous devez noter votre choix dans l'ordre de préférence entre les 2 instituts :

JOIGNY - SENS

1^{er} choix :

2^{ème} choix :

Les 2 instituts doivent apparaître dans l'ordre que vous souhaitez

FINANCEMENT DE LA FORMATION

- CANDIDAT OUI NON

- EMPLOYEUR OUI NON À Préciser : secteur privé secteur public

- POLE EMPLOI OUI NON N° identifiant **obligatoire** :

- OPCA OUI NON

- AUTRES :

Nous conseillons vivement aux candidats de préparer leur dossier de financement dès l'inscription.

Je soussigné(e),
atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés dans ces documents.

A Le

Signature

Fiche d'inscription page 2 sur 2

***Fiche à remettre à l'institut de formation de votre 1^{er} choix
avec les pièces demandées lors de votre inscription ; aucune inscription par internet n'est acceptée***

VIII. AUTORISATION D'AUTHENTIFICATION DU DIPLOME

Vous êtes titulaire d'un diplôme. Afin de valider votre inscription en cursus partiel – passerelle, l'Institut de Formations doit procéder à la vérification de la validité de votre diplôme auprès de l'académie ou de l'instance qui vous l'a délivré.

Pour ce faire, nous vous remercions de remplir le coupon ci-dessous et nous le retourner avec votre dossier d'inscription et la copie de votre diplôme.

✂-----

AUTORISATION POUR L'AUTHENTIFICATION DU DIPLOME

Je soussigné(e), autorise l'Institut de Formations d'aides-soignant(e)s à procéder à la vérification de la validité de mon diplôme auprès de
1.....

Fait le __ / __ / ____ à

Le ou la candidate,
Signature :

Représentant légal pour les mineurs,
Nom, prénom, lien et signature :

¹ Noter les références -nom, adresse et téléphone- de l'académie (pour les diplômes scolaires) ou de l'instance (exemple : DRJSCS pour les diplômes médico-sociaux) qui vous a délivré votre diplôme.

IX. ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR

Arrêté du 21 mai 2014 modifiant l'arrêté du 22 octobre 2005 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant : Article 2 : «... **Les candidat(e)s sont sélectionné(e)s sur la base d'un dossier comprenant les attestations de travail avec appréciations...** »

Si le (la) candidat(e) a occupé plusieurs emplois, faire remplir l'attestation ci-dessous par **chaque employeur** ; dans le cas où il (elle) n'a pas exercé sa profession, fournir les **appréciations de stages réalisés pour l'obtention du diplôme précédent**.

NOM ET PRENOM DE LA OU DU CANDIDAT(E) :

POSTE ET FONCTION OCCUPÉS :

DURÉE DE L'EXERCICE : du __ / __ / 20__ au __ / __ / 20__ (ou) à ce jour

Je soussigné(e), (Nom et prénom) M

Exerçant en tant que

Dans l'établissement (nom et adresse).....

Certifie que : *Nom et prénom de la ou du candidat(e)*

A exercé dans mon établissement du __ / __ / 20__ au __ / __ / 20__ (ou) à ce jour.

Pendant cette période, elle-il a fait preuve :	OUI	NON
D'une motivation pour l'aide à la personne et/ou d'une relation adaptée avec les personnes prises en charge		
D'une capacité à travailler en équipe et/ou d'une prise en compte des appréciations et des conseils des professionnels		
D'une implication dans le travail quotidien		
De présentéisme		

Appréciation générale détaillée :

.....
.....
.....
.....
.....

Fait le __ / __ / 20__ à

Nom, prénom :

Tampon **et** signature :

X. AUTORISATION DE DIFFUSION

RÉSULTATS DES EPREUVES DE SELECTION AIDE-SOIGNANT(E) PASSERELLE

A l'issue des épreuves de sélection aides-soignant(e)s passerelles, les instituts de formation GHT NORD YONNE, diffuseront les résultats sur leur site Internet.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, nous avons besoin de votre accord.

Je soussigné(e), Mme, M.,

candidat(e) aux épreuves de sélection Aide-Soignant(e) Passerelle

autorise n'autorise pas

la diffusion de mon nom dans le cadre cité ci-dessus.

Pour faire valoir ce que de droit.

Date :

Signature : (du représentant légal identifié pour les candidats mineurs)

X. AUTORISATION DE DIFFUSION DE L'IMAGE

RÉSULTATS DES EPREUVES DE SELECTION AIDE-SOIGNANT(E) PASSERELLE

A l'issue des épreuves de sélection aides-soignant(e)s passerelles, les instituts de formation GHT NORD YONNE, sont susceptibles de diffuser des photographies prises dans le cadre de l'épreuve de sélection en formation paramédicale.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, nous avons besoin de votre accord pour diffuser votre image..

Je soussigné(e), Mme, M.,

candidat(e) aux épreuves de sélection Aide-Soignant(e) Passerelle

autorise n'autorise pas

la diffusion de mon nom dans le cadre cité ci-dessus.

Pour faire valoir ce que de droit.

Date :

Signature : (du représentant légal identifié pour les candidats mineurs)

XI. ACCUSE DE VALIDATION D'INSCRIPTION

À retourner avec le dossier d'inscription

À remplir par le candidat



Indiquer dans l'encadré vos :

- Nom
- Prénom
- Adresse

.....

.....

.....

.....

Liste des pièces

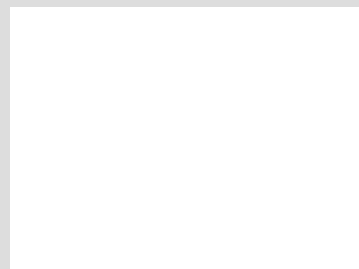
À remplir par l'institut

	OUI	NON	COMMENTAIRES
Fiche d'inscription dûment remplie			
Photocopie recto/verso de la pièce d'identité valide			
Copie du diplôme exigée			
Autorisation d'authentification du diplôme			
Autorisation de diffusion Résultats - Autorisation diffusion Image			
Lettre de motivation			
Curriculum vitae			
Attestations de travail avec appréciations du ou des employeurs			
Chèque de 92 € à l'ordre du TRESOR PUBLIC			
4 timbres à 1 € 05 - Tarif prioritaire 20 gr (Timbre rouge)			
1 enveloppe format A4 21 x 29,7 cm (Adresse Candidat renseignée)			
Timbres valeur 7 € 65 avec Formulaire Recommandé Accusé de Réception (Cadre Destinataire complété)			

Votre demande d'inscription est validée :

OUI

NON



Date :

Cachet de l'Institut :