

## **DOSSIER D'INSCRIPTION** sélection en Institut de Formation d'Aide-Soignant (IFAS)

### **IFSO de La Roche-sur-Yon**

**Rentrée du 24 août 2026**

**Parcours :**

- Voie scolaire (Y compris contrat de professionnalisation / reconversion)
- Voie de l'alternance ( Uniquement contrat d'apprentissage)

**IFSO La Roche sur Yon**

177 Rue d'Aubigny BP 80338,

85000 La Roche-sur-Yon

02 51 62 67 27

laroche@ifso-asso.org

## Informations importantes

Vous souhaitez vous inscrire à la sélection d'admission en formation d'aide-soignant à l'IFSO de La Roche sur Yon pour la rentrée du 24 août 2026.

**Merci de lire attentivement ce document dans son intégralité pour constituer votre dossier d'inscription à la sélection dans les meilleures conditions.**

### Inscription

Vous ne pouvez vous inscrire que dans :

- 1 seul des IFAS du département pour la voie scolaire
- 1 seul des IFAS de la région Pays de la Loire pour la voie de l'alternance.

Un contrôle des candidatures aura lieu au niveau départemental et régional. En cas de candidature multiples, le candidat devra obligatoirement se positionner sur un institut.

Il est possible de candidater par la voie scolaire et par la voie de l'alternance dans un même institut ou dans deux instituts différents d'un même département.

### Condition de restitution du dossier de candidature

Vous devez impérativement nous retourner les documents avant le \_\_\_\_, 23h59, dernier délai. Vous devez restituer votre dossier d'inscription à l'institut ou par voie postale, le cachet de la poste faisant foi.

Tout dossier incomplet ou illisible ne sera pas pris en compte.

## Conditions d'accès à la formation

La formation conduisant au diplôme d'état d'aide-soignant est régie par l'**arrêté du 7 avril 2020 modifié**, relatif aux modalités d'admission aux formations conduisant aux diplômes d'état d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture.

Les formations conduisant au diplôme d'Etat d'Aide-Soignant sont accessibles sans condition de diplôme. Les candidats doivent être âgés de dix-sept ans révolus à la date d'entrée en formation.

Sont admis en formation d'aide-soignant et dans la limite de la capacité d'accueil autorisée les candidats possédant les connaissances et aptitudes requises suffisantes pour suivre la formation, conformément aux attendus nationaux.

## Calendrier de sélection

Début des candidatures	03 mars 2026
Fin des candidatures	20 juin 2026 minuit (cachet de la poste faisant foi)*
Entretien oral	Sur convocation
Affichage des résultats	01 juillet 2026 à 10h sur le site internet de l'IFSO et dans l'institut
Rentrée	24 août 2026

\*Tout dossier reçu après cette date ou incomplet ne sera pas pris en compte.

Les candidats s'inscrivant pour la formation en contrat d'apprentissage ont jusqu'au jour de la rentrée pour trouver un employeur.

# Vaccination

## Arrêté du 7 avril 2020 modifié – Art.8 ter

L'admission définitive dans un Institut de Formation d'Aides-Soignants est subordonnée à :

- un certificat médical délivré par un médecin agréé attestant que le candidat n'est atteint d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession à laquelle il se destine. À fournir au plus tard le jour de la rentrée.
- un certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur, attestant que l'élève remplit les obligations d'immunisation et de vaccination prévues. À fournir au plus tard le jour de la première entrée en stage.

Vous devez impérativement être vacciné et immunisé contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite afin de pouvoir aller en stage.

**La vaccination contre l'hépatite B est obligatoire avec 3 injections et une sérologie sera demandée pour partir en stage. Commencer dès maintenant les vaccinations. Un contrôle sera fait à l'entrée en formation.**

La liste des médecins agréés : <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/consulter-la-liste-des-medecins-agrees-en-pays-de-la-loire>

# Epreuves de sélection

**La sélection se fait sur dossier et un entretien d'une durée de 15 à 20 minutes.**

## **Article 1 de l'arrêté du 7 avril 2020 modifié**

Les candidats soumis à la sélection sont évalués selon une même grille d'évaluation et une même échelle d'indicateurs, toutes les deux définies pour la Région Pays de la Loire et en adéquation avec les critères nationaux. Le dossier fait l'objet d'une cotation qui est affinée avec l'entretien de sélection.

## **Article 2 de l'arrêté du 7 avril 2020 modifié**

La sélection des candidats est effectuée par un jury de sélection sur la base d'un dossier et d'un entretien destinés à apprécier les connaissances, les aptitudes et la motivation du candidat à suivre l'une des formations visées au premier alinéa de l'article 1er.

L'ensemble fait l'objet d'une cotation par un binôme d'évaluateurs composé, selon la formation concernée, d'un aide-soignant ou d'un auxiliaire de puériculture en activité professionnelle ou ayant cessé celle-ci depuis moins d'un an et d'un formateur infirmier ou cadre de santé d'un institut de formation paramédical.

Toutefois, en cas d'empêchement lié à la gestion de la crise sanitaire et/ou aux tensions en ressources humaines sur les ESMS, il est possible de solliciter un deuxième formateur infirmier ou cadre de santé d'un institut de formation paramédical en lieu et place de l'aide-soignant en activité professionnelle (alinéa 3 de l'article 3 de l'arrêté du 5 février 2021).

L'entretien d'une durée de 15 à 20 minutes est réalisé pour permettre d'apprécier les qualités humaines et relationnelles du candidat et son projet professionnel.

Toute personne ne se présentant pas à l'entretien oral ne pourra pas poursuivre le processus de sélection.

## **Article 3 de l'arrêté 7 avril 2020 modifié**

Sont admis [...] les candidats possédant les connaissances et aptitudes requises suffisantes pour suivre la formation [...].

Le règlement intérieur de la sélection est à la disposition des candidats à leur demande auprès du secrétariat de l'IFAS.

## Les critères de sélection

Attendus	Critères
Intérêt pour le domaine de l'accompagnement et de l'aide à la personne notamment en situation de vulnérabilité	Connaissances dans le domaine sanitaire, médico-social ou sociétal
Qualités humaines et capacités relationnelles	Aptitude à faire preuve d'attention à l'autre, d'écoute et d'ouverture d'esprit
	Aptitude à entrer en relation avec une personne et à communiquer
	Aptitude à collaborer et à travailler en équipe
Aptitudes en matière d'expression écrite, orale	Maîtrise du français et du langage écrit et oral
	Pratique des outils numériques
Capacités d'analyse et maîtrise des bases de l'arithmétique	Aptitude à élaborer un raisonnement logique à partir de connaissances et de recherches fiables
	Maîtrise des bases de calcul et des unités de mesure
Capacités organisationnelles	Aptitudes d'observation, à s'organiser, à prioriser les activités, autonomie dans le travail

# Equivalences de compétences ou allègements

## Arrêté du 10 juin 2021 modifié (article 14 et annexe VII)

Des équivalences de compétences, de blocs de compétences ou des allègements partiels ou complets de certains modules de formation sont accordées aux élèves titulaires de certains titres ou diplômes :

- DEAP : Diplôme d'État d'auxiliaire de puériculture
- BAC PRO ASSP : Baccalauréat professionnel "Accompagnement Soins et Services à la Personne" option "A domicile" et option "En structure sanitaire, sociale ou médicosociale"
- BAC PRO SAPAT : Baccalauréat professionnel spécialité "Services aux personnes et aux territoires"
- ADVF : Titre professionnel d'assistant de vie aux familles
- ASMS : Titre professionnel d'agent de service médico-social
- DEAES : Diplôme d'État d'accompagnant éducatif et social (spécialités "à domicile", "en structure collective", "éducation inclusive et vie ordinaire")
- DEAMP : Diplôme d'État d'aide médico-psychologique
- DEAVS : Diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale
- ARM : Diplôme d'assistant de régulation médicale
- AMBULANCIER : Diplôme d'État d'ambulancier

Plus de détails sur notre page : <https://www.ifso-asso.org/formation-aide-soignante-cursus-partiels>

# Communication des résultats

## Articles 4 et 8 de l'arrêté du 7 avril 2020 modifié

Chaque institut de formation établit **une liste principale et une liste complémentaire** des candidats admis.

Les résultats comportant la liste des candidats admis en formation sont **affichés au siège de l'institut de formation et publiés sur internet**, dans le respect des conditions en vigueur de communication des données personnelles des candidats.

### **Chaque candidat est informé personnellement par écrit de ses résultats.**

Il dispose d'un délai de sept jours ouvrés pour valider son inscription en institut de formation en cas d'admission en liste principale. Au-delà de ce délai, il est présumé avoir renoncé à son admission. Sa place est proposée au candidat inscrit en rang utile sur la liste complémentaire.

L'admission est valable uniquement pour la session de formation au titre de laquelle le candidat s'est inscrit.

Aucun résultat n'est transmis par téléphone.

# Dispenses de l'épreuve de sélection

## Article II de l'arrêté du 7 avril 2020 modifié

Sont dispensés de l'épreuve de sélection :

- **Les agents des services hospitaliers qualifiés de la fonction publique hospitalière et les agents de service :**
  - justifiant d'une ancienneté de services cumulée d'au moins un an en équivalent temps plein, effectués au sein d'un ou plusieurs établissements sanitaires et médico-sociaux des secteurs public et privé ou dans des services d'accompagnement et d'aide au domicile des personnes

ou

- justifiant à la fois du suivi de la formation continue de 70 heures relative à la participation aux soins d'hygiène, de confort et de bien-être de la personne âgée et d'une ancienneté de services cumulée d'au moins six mois en équivalent temps plein, effectués au sein d'un ou plusieurs établissements sanitaires et médico-sociaux des secteurs public et privé ou dans des services d'accompagnement et d'aide au domicile des personnes.
- Les candidats ayant obtenu une validation partielle du DEAS dans le cadre d'une VAE (Validation des Acquis de l'Expérience)
- **Les candidats à la formation en contrat d'apprentissage\*** muni d'une lettre d'engagement de l'employeur. En l'absence de validité d'un contrat d'apprentissage, les candidats sont soumis à l'épreuve de sélection dès lors qu'ils répondent aux conditions d'inscription.

**\* La dispense ne concerne que les candidats ayant trouvé un employeur pour un contrat d'apprentissage. Pas de dispense de sélection pour les candidats sans employeur, avec un contrat de professionnalisation ou une Période de Reconversion**

## Possibilité de report de formation

### Article 13 de l'arrêté du 7 avril 2020 modifié

« Par dérogation à l'article 8, le directeur de l'institut de formation peut accorder, pour une durée qu'il détermine et dans la limite cumulée de deux ans, un report pour l'entrée en scolarité dans l'institut de formation :

1. Soit, de droit, en cas de congé pour cause de maternité, de rejet du bénéficiaire de la promotion professionnelle ou sociale, de rejet d'une demande de congé formation, de rejet d'une demande de mise en disponibilité, de report d'un contrat d'apprentissage ou pour la garde d'un enfant de moins de quatre ans ;
2. Soit, de façon exceptionnelle, sur la base des éléments apportés par le candidat justifiant de la survenance d'un événement important l'empêchant de débiter sa formation.

Tout candidat bénéficiant d'un report d'admission doit, au moins trois mois avant la date de rentrée prévue, confirmer son intention de reprendre sa scolarité à ladite rentrée. »

Le candidat, qui souhaite un report d'admission, doit adresser un mail ou courrier motivé au directeur de l'institut.

## Aménagement de la formation pour les candidats en situation de handicap

Les candidats en situation de handicap peuvent demander, lors du dépôt de leur dossier, un aménagement des conditions de déroulement de l'entretien.

L'IFSO s'engage à accompagner toute personne en situation de handicap, pendant le temps de sa formation. Un référent handicap est identifié au sein de l'institut de formation.

Le Référent Handicap joue un rôle clé dans l'accueil, la sécurisation du parcours de formation, l'orientation, l'insertion professionnelle, et l'accompagnement des apprenants en situation de handicap.

# Financement de la formation

## Frais de sélection

### Article 2 bis de l'arrêté du 7 avril 2020 modifié

Aucun frais afférent à la sélection n'est facturé aux candidats mentionnés au I de l'article 1er.

## Coût de la formation

**Les candidats salariés**, en contrat à durée indéterminée, doivent se rapprocher de leur employeur pour la prise en charge financière de la formation : financement employeur, le projet de transition professionnelle, dossier de financement dématérialisé auprès de Transitions Pro, OPCO, ANFH, contrat d'apprentissage, contrat professionnel ou Période de Reconversion, ... ou contacter l'institut.

**Les candidats non-salariés** (ou ayant un contrat se terminant avant l'entrée en formation) peuvent bénéficier du financement de la formation, à condition que leur situation au moment de l'entrée en formation corresponde aux critères d'éligibilité retenus par le Conseil Régional :

- Réussir l'épreuve de sélection à l'entrée en formation ;
- Suivre la formation dans un institut de formation situé en région Pays de La Loire ;
- Être en poursuite de scolarité ou être demandeur d'emploi inscrit à France Travail ;
- Être libre de tout engagement professionnel au moment de l'entrée en formation : pas de contrat de travail, pas de travail non salarié, ne pas être auto-entrepreneur, ne pas être en congé parental ;
- Pour les personnes ayant déjà bénéficié d'un financement par la Région d'une formation sanitaire et sociale, un délai de carence de 2 années s'applique si la formation est de même niveau (niveau 4).

Cf "**Projet de financement des coûts pédagogiques de la formation**" page 18 et 19

-MADAME → -MONSIEUR

Nom-de-Naissance-(en-Majuscules): → Nom-d'Usage-(en-Majuscules):x

Prénoms-(en-Majuscules)::x

Nationalité-(en-Majuscules)::.....x

Date-de-naissance: → Age:x

Lieu-de-naissance-(en-Majuscules): → Département-ou-Pays:x

Adresse-(en-Majuscules)::x Code-postal:x

Ville-(en-Majuscules): → Mobile:x

Téléphone-fixe: →

Adresse-e-mail: :x

Situation-familiale-(à-des-fins-statistiques): Célibataire → Marié(e) → Pacsé(e) → Conubin(e) → Veuf(ve) → *Rayer-les-mentions-inutiles*

Demande-d'aménagement-des-épreuves (Candidats-avec-reconnaissance-MDPH:joindre-un-justificatif) → oui  → non x

Diplômes-obtenus-à-ce-jour: x

**Vote-situation-au-moment-de-l'inscription:** (merci-de-cocher-la-case-correspondante)x

Lycéen (préciser-le-niveau-et-la-série): →

Classes-préparatoires-concours (préciser-l'intitulé): →

Études-ou-formations-universitaires-ou-supérieures (préciser-l'intitulé): →

Salarié: →  CDD →  CDI →  Salarié-en-Contrat-Aidé (contrat-emploi-d'avenir...):

Demandeur-d'emploi: →  Indemnisé →  Non-indemnisé

VAE

J'ai-fait-une-demande-de-prise-en-charge-par:    
 --Compte-Personnel-de-Formation: →  oui →  non → -CPF-de-Transition-professionnelle: →  oui →  non    
 --dans-le-cadre-des-actions-de-formation-de-reconversion/promotion-ou-contrat-de-professionnalisation: →  oui →  non

J'ai-fait-une-demande-de-Congé-de-Formation-Professionnelle: →  oui →  non

J'accepte-que-mon-identité-paraisse-à-la-publication-des-résultats-sur-internet

Je-n'accepte-pas-que-mon-identité-paraisse-à-la-publication-des-résultats-sur-internet

**ATTENTION: en l'absence-de-cochage, les-résultats-seront-publiés-sur-internet.**

J'ai-pris-connaissance-du-règlement-d'admission-et-que-je-ne-peux-m'inscrire-que-dans-1-seul-IFAS-par-département-l'inscription-multiple-sera-contrôlée-et-une-seule-inscription-sera-prise-en-compte. Je-sous-signé(e)-atteste-sur-l'honneur-l'exactitude-des-renseignements-mentionnés-sur-ce-document-et-la-conformité-à-l'original-des-copies-des-diplômes-ou-attestations-jointes-et-accepte-les-conditions-des-épreuves-de-sélection.

Fait-à: → le → Signature-du-candidat: x

Merci-de-coller-votre-photographie [ici](#)

**Cadre-réservé-à-l'IFAS:**

Numéro-de-dossier: x

Dispensé:  ASHQ

Fiche-de-candidature-remplie, datée-et-signée

Pièce-d'identité ou-Titre-de-séjour (ressortissant-étranger)

Lettre-de-motivation-manuscrite

Curriculum-Vitae

Document-manuscrit

Copie-des-Diplômes, Titres-ou-certifications-professionnelles-y-compris-pour-une-demande-d'allègement-de-la-formation

Dossier-scolaire-avec-notes-et-appréciations-des-stages

Attestation-de-travail-ou-contrat-de-travail-avec-appréciations-employeur

Attestation-sur-l'honneur (facultatif)

Autres-justificatifs

## PIÈCES À RETOURNER À L'INSTITUT POUR L'INSCRIPTION À LA SÉLECTION AIDE-SOIGNANT(E) PAR VOIE SCOLAIRE

- Fiche de candidature complétée, datée et signée.
- Une photographie récente à coller sur la fiche de candidature.
- Copie de la carte d'identité (recto/verso) ou du passeport, en cours de validité, OU pour les ressortissants étrangers, un titre de séjour valide à l'entrée en formation et qui couvre, à terme, en intégralité la durée de la formation
- Une lettre de motivation **manuscrite qui expose un projet de formation clair et argumenté pour un exercice professionnel d'aide-soignant.**
- Un curriculum vitae.
- Un document **manuscrit** qui relate, au choix du candidat, soit une situation personnelle ou professionnelle vécue soit son projet professionnel en lien avec les attendus de la formation. **Les éléments sont analysés et ne se limitent pas à une description.** Les liens avec la formation ou le métier d'AS doivent par ailleurs apparaître. Ce document n'exécède pas deux pages.
- Une **copie des diplômes, titres ou certifications professionnelles, y compris pour ceux qui permettraient des équivalences de blocs de compétences ou à des allègements de formation.**
- Pour les lycéens et les bacheliers de moins de 5 ans, la copie des relevés de résultats et appréciations ou bulletins scolaires et appréciations de stages (première--terminale).
- Selon la situation du candidat, les attestations de travail, accompagnées des **appréciations et/ou recommandations de l'employeur** (ou des employeurs). Ces appréciations peuvent se faire à partir du modèle type fourni. Elles mettent en évidence l'expérience professionnelle et qui font apparaître les liens avec les connaissances et aptitudes attendus pour suivre la formation selon l'Arrêté du 7 avril 2020 relatif aux modalités d'admission aux formations conduisant aux diplômes d'État d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture (en annexe de l'arrêté consultable sur le site [www.ledafrance.gouv.fr](http://www.ledafrance.gouv.fr)). En l'absence de ces appréciations/recommandations, le dossier est recevable mais le candidat ne peut se voir attribuer les points correspondants à ces appréciations selon les critères définis.
- Tout autre justificatif valorisant un engagement ou une expérience personnelle (associative, sportive...) en lien avec la profession d'aide-soignant.
- Lorsque le niveau de français à l'écrit et à l'oral ne peut être vérifié à travers les pièces produites, au regard notamment du parcours scolaire, une attestation de niveau de langue française égal ou supérieur au niveau B2 ou tout autre document permettant d'apprécier les capacités et les attendus relatifs à la maîtrise du français à l'oral.
- Une attestation sur l'honneur des documents produits (cf. modèle joint).

**TOUT DOCUMENT ILLISIBLE OU TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS ÉTUDIÉ**

MADAME →  MONSIEUR

Nom de Naissance (en Majuscules) : \_\_\_\_\_ Nom d'Usage (en Majuscules) : \_\_\_\_\_

Prénoms (en Majuscules) : \_\_\_\_\_

Nationalité (en Majuscules) : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_

Je certifie avoir un âge maximum de 30 ans ou avoir des conditions particulières pour l'accès au contrat d'apprentissage :  oui  non

Lieu de naissance (en Majuscules) : \_\_\_\_\_ Département ou Pays : \_\_\_\_\_

Adresse (en Majuscules) : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Ville (en Majuscules) : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ Mobile : \_\_\_\_\_

Adresse e-mail : \_\_\_\_\_

Situation familiale (à des fins statistiques) : Célibataire → Marié(e) → Pacsé(e) → Concubin(e) → Veuf(ve) → *Royer/les mentions inutiles*

Demande d'aménagement des épreuves (Candidats avec reconnaissance MDPH) : joindre un justificatif : oui  non

Diplômes obtenus à ce jour : \_\_\_\_\_

**Vote situation au moment de l'inscription :** (merci de cocher la case correspondante)

- Lycéen (préciser le niveau et la série) : \_\_\_\_\_ → \_\_\_\_\_
- Classes préparatoires-concours (préciser l'intitulé) : \_\_\_\_\_ → \_\_\_\_\_
- Études ou formations universitaires ou supérieures (préciser l'intitulé) : \_\_\_\_\_ → \_\_\_\_\_
- Salarié :  CDD →  CDI →  Salarié en Contrat Aidé (contrat emploi d'avenir...)
- Demandeur d'emploi :  Indemnisé →  Non indemnisé
- VAE
- Facultatif : j'ai l'accord d'une structure d'accueil dans le cadre d'un futur contrat d'alternance :  non →  Oui, type de contrat : \_\_\_\_\_ → \_\_\_\_\_
- Si oui, indiquer les coordonnées de la structure : \_\_\_\_\_ → \_\_\_\_\_

J'accepte que mon identité paraisse à la publication des résultats sur internet

Je n'accepte pas que mon identité paraisse à la publication des résultats sur internet

**ATTENTION :** en l'absence de cochage, les résultats seront publiés sur internet.

J'ai pris connaissance du règlement d'admission et que je ne peux m'inscrire que dans **1 seul IFAS de la Région pour la voie de l'apprentissage**.  
 L'inscription multiple sera contrôlée et une seule inscription sera prise en compte. Je soussigné(e) atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document et la conformité à l'original des copies des diplômes ou attestations jointes et accepte les conditions de sélection.

Fait à : \_\_\_\_\_ → le : \_\_\_\_\_ → Signature du candidat : \_\_\_\_\_

**Merci de  
coller votre  
photographie  
ici**

**Cadre réservé à l'I.F.A.S.**

Numéro de dossier : \_\_\_\_\_

**Pour tous les candidats :**

- Fiche de candidature renseignée, datée et signée
- Pièce d'identité ou Titre de séjour (ressortissant étranger)
- Lettre de motivation manuscrite
- Curriculum Vitae
- Copie des Diplômes, Titres ou certifications professionnelles, y compris pour une demande d'allègement de la formation
- Attestation de niveau de langue (facultatif)
- Attestation sur l'honneur

**+ Pour les candidats SANS employeur ou contrat autre que l'apprentissage :**

- Document manuscrit
- Dossier scolaire avec notes et appréciations des stages
- Attestation de travail ou contrat de travail avec appréciations employeur
- Attestation de niveau de langue (facultatif)
- Autres justificatifs

**+ Pour les apprentis AVEC employeur :**

- Copie du contrat d'apprentissage signés

## PIÈCES-À-RETOURNER-À L'INSTITUT POUR L'INSCRIPTION-À LA SÉLECTION-AIDE-SOIGNANT(E) PAR-VOIE-DE L'ALTERNANCE

- Fiche de candidature complétée, datée et signée.
- Une photographie récente à coller sur la fiche de candidature.
- Copie de la carte d'identité (recto/verso) ou du passeport, en cours de validité
- OU pour les ressortissants étrangers, un titre de séjour valide à l'entrée en formation et qui couvre, à terme, en intégralité la durée de la formation.
- Une lettre de motivation **manuscrite qui expose un projet de formation clair et argumenté de l'alternant aide-soignant**.
- Un **curriculum vitae**.
- Une **copie des diplômes, titres ou certifications professionnelles, y compris pour ceux qui permettraient des équivalences de blocs de compétences ou à des allègements de formation**.
- Lorsque le niveau de français à l'écrit et à l'oral ne peut être vérifié à travers les pièces produites, au regard notamment du parcours scolaire, une attestation de niveau de langue française égal ou supérieur au niveau B2 ou tout autre document permettant d'appécier les capacités et les attendus relatifs à la maîtrise du français à l'oral.
- Une attestation sur l'honneur des documents produits (cf. modèle joint).

### CAS-1°: Pièce complémentaire à fournir si contrat d'apprentissage signé ou en cours de signature

- Une **copie du contrat d'apprentissage** signé ou tout document justifiant de l'effectivité des démarches réalisées en vue de la signature imminente du contrat, après entretien avec un employeur.

*NB°: dans ce cas, le candidat est dispensé de sélection, et n'aura pas d'entretien oral*

### Cas-2°: Pièces complémentaires à fournir si pas d'employeur, ou si autre type de contrat en cours de signature (contrat de professionnalisation, Période de reconversion...)

- Un document **manuscrit** qui relate, au choix du candidat, soit une situation personnelle ou professionnelle vécue soit son **projet professionnel** en lien avec les attendus de la formation. **Les éléments sont analysés et ne se limitent pas à une description**. Les liens avec la formation ou le métier d'AS doivent par ailleurs apparaître. Ce document n'excède pas deux pages.
- Pour les lycéens et les bacheliers de moins de 5 ans, la copie des relevés de résultats et appréciations ou bulletins scolaires et appréciations de stages (première terminale).
- Selon la situation du candidat, les attestations de travail, accompagnées des **appréciations et/ou recommandations de l'employeur** (ou des employeurs). Ces appréciations peuvent se faire à partir du modèle type fourni. Elles mettent en évidence l'expérience professionnelle et qui font apparaître les liens avec les connaissances et aptitudes attendus pour suivre la formation selon l'Arrêté du 7 avril 2020 relatif aux modalités d'admission aux formations conduisant aux diplômes d'État d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture (en annexe de l'arrêté consultable sur le site [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)). En l'absence de ces appréciations/recommandations, le dossier est recevable mais le candidat ne peut se voir attribuer les points correspondants à ces appréciations selon les critères définis.
- Tout autre justificatif valorisant un engagement ou une expérience personnelle (associative, sportive...) en lien avec la profession d'aide-soignant

TOUT-DOCUMENT-ILLISIBLE-OU-TOUT-DOSSIER-INCOMPLET-NE-SERA-PAS-ÉTUDIÉ

# Fiche « Appréciation employeur » (modèle)

Cette fiche peut être dupliquée si plusieurs employeurs.

Tout autre document peut être utilisé pour justifier de l'appréciation employeur.

## CANDIDAT

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

E-mail :

## PÉRIODE D'EXERCICE PROFESSIONNEL

Du :

Au :

## ENTREPRISE

N° Siret :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Email :

Nom du responsable de l'entreprise :

## APPRÉCIATIONS DE L'EMPLOYEUR

Critères	Insuffisant	Moyen	Bon	Très bon	Observations
Intérêt pour le domaine de l'accompagnement et de l'aide à la personne notamment en situation de vulnérabilité					
Qualités humaines et capacités relationnelles					
Aptitudes en matière d'expression écrite, orale					
Capacités d'analyse et maîtrise des bases de l'arithmétique					
Capacités organisationnelles					
APPRÉCIATION GÉNÉRALE (rubrique obligatoire)					

Date :

Cachet de l'entreprise

Nom et signature du responsable



# Attestation sur l'honneur pour la constitution du dossier de candidature en IFAS

Je soussigné(e) :

NOM de naissance (en Majuscule) : .....

Prénom(s) (en Majuscule) : .....

demeurant .....

atteste :

avoir pris connaissance de l'offre de formation proposée (voie scolaire ou voie de l'apprentissage et cursus complet ou cursus partiel) par l'IFAS ou le groupement d'IFAS et répondre aux conditions d'accès à cette offre de formation ;

avoir personnellement conçu et rédigé les documents du dossier de candidature en IFAS (Curriculum Vitae, Lettre de motivation, situation ou projet professionnel et éventuel document permettant d'apprécier les capacités et les attendus relatifs à la maîtrise du français à l'oral).

En fonction de la voie de formation retenue :

avoir candidaté sur la sélection pour la rentrée du ..... (date de rentrée) par la voie scolaire auprès d'un seul IFAS dans un même département de la Région Pays de La Loire  
Et/ou

avoir sollicité une seule inscription dans l'institut de formation de mon choix, habilité à délivrer la formation par apprentissage.

NB : seuls les candidats postulant à la fois pour une formation par la voie scolaire et par la voie de l'apprentissage peuvent candidater 2 fois sur un même département.

J'ai conscience que cette attestation pourra être produite en justice et que toute fausse déclaration de ma part m'expose à une non-recevabilité de ma candidature et à des sanctions prévues par l'article 441-1 du Code pénal.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à ..... , le .....

Signature obligatoire

# Projet de financement des coûts pédagogiques de la formation



## Parcours en voie scolaire

### Formation concernée



- Aide-soignant       Auxiliaire de puériculture

Je soussigné-e \_\_\_\_\_

déclare être actuellement :

- Lycéen / Etudiant       Demandeur d'emploi       Salarié du secteur public  
 Salarié dans un établissement privé       en CDI       en CDD

### Financement de ma formation (co-financement possible) :

-   **La Région\*** finance ma formation  
 Je souhaite payer ma formation de façon **individuelle**  
 Je suis en reconversion professionnelle et je serai financé par **Transition Pro**  
 Je souhaite utiliser mon **CPF** (Compte Personnel de Formation)  
  **Mon employeur\*\*** finance ma formation

**\*Afin de bénéficier de la prise en charge financière de ma formation par la Région, je m'engage à m'inscrire en tant que demandeur d'emploi auprès de France Travail avant la rentrée.**

### \*\* A compléter par l'employeur

Etablissement : \_\_\_\_\_

Statut de l'établissement :       Privé       FPH       FPT\*

Adresse établissement : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

Je soussigné-e \_\_\_\_\_ Fonction : \_\_\_\_\_

Déclare financer la formation de \_\_\_\_\_

- Partiellement       En intégralité

Pour cela je souhaite mobiliser :  un financement dans le cadre d'une Période de Reconversion

des CNR       un autre financement : \_\_\_\_\_

Date, signature et cachet de l'établissement

# Projet de financement des coûts pédagogiques de la formation



## Parcours en alternance

*A compléter par l'employeur*

### Formation concernée

- Aide-soignant  
 Auxiliaire de puériculture

Etablissement : \_\_\_\_\_

Statut de l'établissement :  Privé  FPH  FPT\*

Adresse établissement : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

Je soussigné-e \_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_

Déclare financer la formation de \_\_\_\_\_

Dans le cadre d'un :

- Contrat d'apprentissage  
 Contrat de professionnalisation  
 Autre financement

Je confirme m'être rapproché de mon OPCO/OPCA afin de vérifier la faisabilité de ce financement, et m'engage à fournir une promesse d'embauche au futur alternant.

Date et signature

Cachet de l'établissement

*\*En cas de rattachement à la fonction publique territoriale, merci de préciser si vous bénéficiez d'un accord de financement préalable par le CNFPT.*

Accord CNFPT n° \_\_\_\_\_

Demande CNFPT en cours

Refus CNFPT



Institut Formation Santé de l'Ouest

**IFSO La Roche-sur-Yon**

177 Rue d'Aubigny BP 80338

85000 La Roche-sur-Yon

02 51 62 67 27

[laroche@ifso-asso.org](mailto:laroche@ifso-asso.org)

[www.ifso-asso.org](http://www.ifso-asso.org)



# Dossier médical

**Ces documents sont acceptés lors du dépôt du dossier  
(sans obligation) MAIS seront à retourner impérativement  
au plus tard le jour de la rentrée.**

**Documents médicaux à prévoir dès l'inscription et à remettre avant l'entrée en formation.**

Tout dossier incomplet ne vous permettra pas d'entrer en formation, arrêté du 12 avril 2021 portant diverses modifications relatives aux conditions d'accès aux formations conduisant au D.E.A.S.

**Pour être conforme aux textes en vigueur, nous vous recommandons de vérifier ou de débiter votre vaccination dans les jours qui viennent, plusieurs injections étant parfois nécessaires. Pour cela,**

**contactez d'abord votre médecin traitant pour la mise à jour de vos vaccinations et sérologies,  
contactez ensuite un médecin agréé pour remplir les attestations ci-dessous :**

- 1) Un certificat médical rempli par un médecin agréé(1), attestant que :  
« Le candidat ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession » en référence à l'article 8 Ter de l'arrêté du 12 avril 2021 **portant diverses modifications relatives aux conditions d'accès aux formations conduisant au D.E.A.S.**
- 2) Un certificat médical de vaccinations et une copie du carnet de vaccinations ou du carnet de santé conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France :
  - Hépatite B : vaccination à jour, conformément à l'arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L. 3111- 4 du code de la santé publique.
  - Diphtérie Tétanos Polio : dernier rappel de moins de 10 ans,
  - Tuberculose :
    - Preuve écrite de la vaccination par le B.C.G. ou cicatrice vaccinale.
    - Résultat en millimètres d'une Intradermo réaction à 5 Unités de tuberculique liquide de moins de 1 an à l'entrée en formation.
- 3) Selon le calendrier vaccinal en vigueur, il est par ailleurs recommandé d'être immunisé contre la coqueluche, la rougeole, la rubéole, la varicelle, la grippe saisonnière. (Annexe 2. Instruction N° DGS/R11/R12/2014/21 du 21 janvier 2014)

(1) Liste consultable sur Internet à l'adresse suivante pour la région :  
**Pays-de-la-Loire ou contacter l'ARS du département** <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/consulter-la-liste-des-medecins-agrees-en-pays-de-la-loire>

# Certificat médical de vaccinations

Je soussigné Docteur.....

Certifie que ..... Né-e le .....

A reçu les vaccinations suivantes et les sérologies nécessaires :

## DIPHTERIE – TETANOS – POLIOMYELITE +/- COQUELUCHE (Art. L3111-4 du code de la Santé Publique)

	Nom du vaccin	Date d'injection (JJ/M/AN)	N° du lot
Dernier rappel DTP			
Dernier rappel DTCP			

## BCG

Nom du vaccin	Date d'injection (JJ/M/AN)	N° du lot

Ou cicatrice vaccinale :  Oui  Non

## IDR à la tuberculine – 5 UI

Une intradermo réaction à la tuberculine datant de moins de 1 an avant l'entrée en formation.

Date d'injection (JJ/M/AN)	Résultat en mm*

\* Un résultat noté « + » n'est pas valide, il doit être chiffré en mm.  
Il n'est pas demandé de revacciner en cas de test tuberculinique négatif.

Signature du médecin :

## Hépatite B (Art. L 3111-4 du code de la Santé Publique)

En référence à :

- L'Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article -3111-4 du code de la santé publique.
- L'instruction DGS/RI/RI// du 21 janvier 2014, relative aux modalités d'application de l'arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L-3111-4 du code de la Santé publique – Annexe 1
- L'avis, du 20 février 2014, du Haut conseil de la santé publique, relatif aux schémas vaccinaux accélérés contre l'hépatite B par les vaccins ENGREDRIX B® 20 microgrammes/1 ml et GENHEVAC B Pasteur® 20 microgrammes/0,5 ml

Vaccination :

		Nom du vaccin	Date d'injection (JJ/M/AN)	N° du lot
<b>Schéma vaccinal</b> cocher ci-dessous <input type="checkbox"/> Classique "0-1-6" <input type="checkbox"/> Accélééré <input type="checkbox"/> Ancien schéma	1 <sup>ère</sup> injection			
	2 <sup>ème</sup> injection			
	3 <sup>ème</sup> injection			
	Rappels			
	Rappels			
	Rappels			

Taux d'anticorps anti HBS

Date	Résultat

Taux d'anticorps anti HBC, si disponible

Date	Résultat

Observations :

Si le taux d'anticorps  $\geq 100$  UI/ L : sujet immunisé

Si résultat entre 10 et 100 : « une infection chronique VHB ancienne doit être éliminée par une recherche d'anticorps anti HBC. En l'absence d'infection ancienne la personne a fait preuve de sa protection. »

Si résultat  $\leq 10$  : « pas de réponse mesurable à la vaccination antérieure. Un dosage d'anticorps anti HBC doit être fait avant un rappel (dans la limite de 6 injections au total). Suivi d'une recherche d'anticorps anti HBS, 1 à 2 mois plus tard. »

NB : il est indispensable d'avoir 1 rappel, nécessaire pour obtenir une immunité durable (même si un taux d'anticorps supérieur à 10 a été constaté après la seconde injection).

<b>Immunisé-e contre l'hépatite B :</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<b>Non répondeur-euse à la vaccination :</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Signature du médecin :

## Rougeole

Antécédents de rougeole :  Oui  Non

Si non vaccination :

	Nom du vaccin	Date d'injection (JJ/M/AN)
1 <sup>ère</sup> injection		
2 <sup>ème</sup> injection		

En cas de doute : sérologie

Date	Résultat

## Varicelle

Antécédents de varicelle :  Oui  Non

Si non vaccination :

	Nom du vaccin	Date d'injection (JJ/M/AN)
1 <sup>ère</sup> injection		
2 <sup>ème</sup> injection		

En cas de doute : sérologie

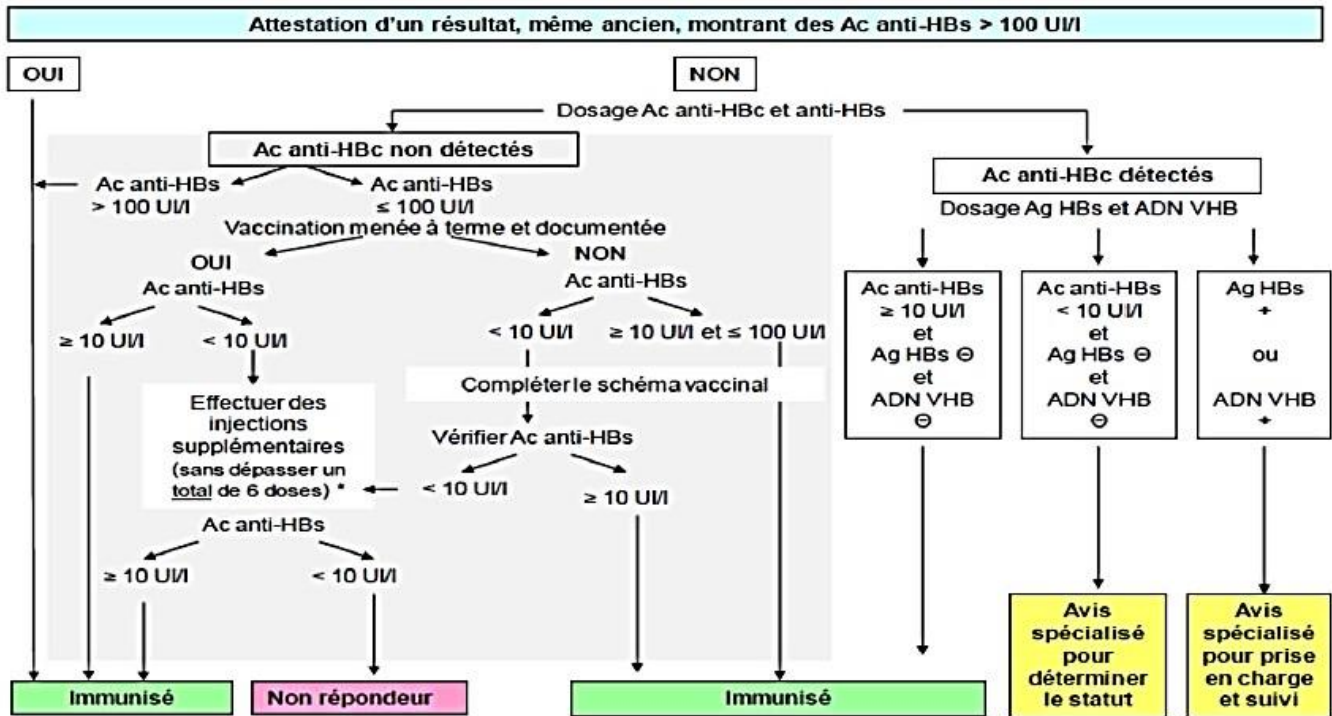
Date	Résultat

Merci de joindre une photocopie du carnet de santé

Certificat établi le ..... À .....

Signature et cachet du  
médecin :

# Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 et dont les conditions sont fixées par l'arrêté du 2 août 2013



\* Sauf cas particulier voir 4\* de l'annexe 2 de l'arrêté

Légende : Ac : anticorps ; Ag : antigène ; VHB : virus de l'hépatite B

## Textes de référence

- Articles L.3111-1, L.3111-4 et L.3112-1 du code de la santé publique (CSP).
- Arrêté du 15 mars 1991 fixant la liste des établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins dans lesquels le personnel exposé doit être vacciné, modifié par l'arrêté du 29 mars 2005 (intégration des services d'incendie et de secours).
- Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiniques.
- Arrêté du 6 mars 2007 relatif à la liste des élèves et étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des autres professions de santé pris en application de l'article L.3111-4 du CSP.
- Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux (Titre III).
- Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L.3111-4 du CSP.
- Loi n°2021-1040 du 5 août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire et 3<sup>ème</sup> dose recommandée pour le pass vaccinal après passage devant le conseil constitutionnel
- Calendrier vaccinal en vigueur (cf.[www.vaccination-info-service.fr](http://www.vaccination-info-service.fr))

## **Certificat médical d'aptitude à l'exercice de la profession d'aide-soignant-e**

Rempli par un médecin agréé\* par l'Agence Régionale de Santé, attestant que :  
« Le candidat ne présente pas de contre-indication physique et psychologique  
à l'exercice de la profession » en référence à l'article 8 ter de l'arrêté du 12 avril  
2021 relatif à la formation conduisant au Diplôme d'Etat d'Aide Soignant.

Je soussigné-e, Docteur ..... Médecin agréé par l'Agence  
Régionale de Santé certifie que,

M./ Mme.....

Né(e) le : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de  
la profession.

Fait à .....,

le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Cachet et signature :

\*liste disponible sur le site de l'ARS ou de la préfecture de votre département :  
[https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/consulter-la-liste-des-medecins-  
agrees-en-pays-de-la-loire](https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/consulter-la-liste-des-medecins-agrees-en-pays-de-la-loire)