



Institut Formation Santé de l'Ouest

DOSSIER D'INSCRIPTION

sélection en Institut de Formation d'Aide-Soignant (IFAS)

IFSO de Laval

Rentrée du 4 janvier 2027

Parcours

- Voie scolaire (y compris contrat de professionnalisation / reconversion)
- Voie de l'apprentissage en cursus partiel (uniquement contrat d'apprentissage)

IFSO Laval

PRFSSL

65 rue du Chef Bataillon H. Géret,

53000 LAVAL

02 43 69 59 05

laval@ifso-asso.org



Institut de Formation Aide-Soignant
Agréé et financé par le Conseil Régional

Informations importantes

Vous souhaitez vous inscrire à la sélection d'admission en formation d'aide-soignant à l'IFSO de Laval pour la rentrée du 4 janvier 2027.

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 multiple, le candidat devra obligatoirement se positionner sur un institut.

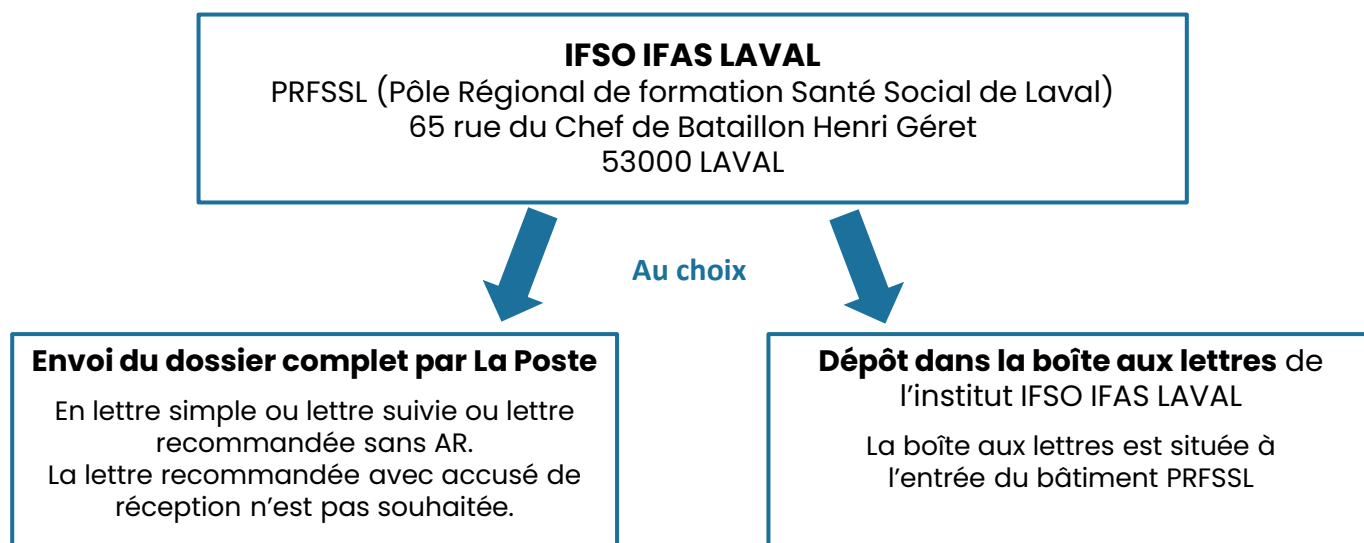
Il est possible de candidater par la voie scolaire et par la voie de l'alternance dans un même institut ou dans deux instituts différents d'un même département.

Condition de restitution du dossier de candidature

Vous devez impérativement nous retourner les documents **avant le jeudi 12 novembre 2026**, 23h59, dernier délai (cachet de La Poste faisant foi).

Tout dossier incomplet (cf. liste des pièces à joindre au dossier pages A12 ou A14) ou illisible ne sera pas pris en compte.

Vous devez restituer votre dossier d'inscription à l'adresse suivante :



Conditions d'accès à la formation

La formation conduisant au diplôme d'état d'aide-soignant est réglementée 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	Jeudi 03 septembre 2026
Fin des candidatures	Jeudi 12 novembre 2026 minuit (cachet de La Poste faisant foi)*
Entretien oral	- soit le jeudi 12 novembre 2026 - soit le vendredi 20 novembre 2026 La convocation sera envoyée par mail dès réception du dossier complet.
Affichage des résultats	Jeudi 26 novembre 2026 à 10h sur le site internet de l'IFSO et dans l'institut
Rentrée	Lundi 4 janvier 2027

*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.

Places disponibles

IFAS de l'IFSO LAVAL
40 places pour la voie scolaire
12 places pour la voie de l'apprentissage

Pour la **voie scolaire**, cette rentrée est ouverte aux cursus complets et aux cursus partiels.

! Pour la voie de l'**apprentissage**, cette rentrée est ouverte **uniquement aux cursus partiels**.

Vaccination

Arrêté du 7 avril 2020 modifié – Art.8 ter

L'admission définitive dans un Institut de Formation d'Aide-Soignant 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 :

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

Bretagne : <https://www.bretagne.ars.sante.fr/les-medecins-agrees-1>

Normandie : <https://www.normandie.ars.sante.fr/annuaires-des-professionnels-et-etablissements-0>

Epreuves de sélection

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

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.

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. [...]

Les candidats rédigent sur place, le même jour et avant le passage de l'entretien, un document manuscrit d'environ dix lignes. Ne sont pas concernés les candidats qui, à la date prévue de clôture des inscriptions, remplissent l'une des conditions suivantes :

- Être titulaire du diplôme national du baccalauréat délivré par une autorité française ;
- Être titulaire de l'équivalence du grade de baccalauréat ;
- Être inscrit en classe de terminale pour l'année scolaire en cours.

Ce document manuscrit, qui complète le dossier mentionné au premier alinéa, relate, au choix du candidat et en lien avec les attendus de la formation :

- soit une situation personnelle ou professionnelle vécue ;
- soit 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, sur le site internet de l'IFSO à la page : <https://www.ifso-asso.org/formation-aide-soignant-laval/>

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 (mail) de ses résultats.

Il dispose d'un délai de **deux 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 et sa place est proposée au candidat inscrit en rang utile sur la liste complémentaire. Ce candidat dispose alors d'un délai de deux jours ouvrés à compter de la date à laquelle il lui est signalé cette situation, pour faire connaître son acceptation de l'admission et valider son inscription. A défaut, et à l'expiration de ce délai, ce candidat est également présumé avoir renoncé à celle-ci et le candidat suivant inscrit sur la liste complémentaire est contacté, par la même procédure.

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 11 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 financé par leur employeur :**

- 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)

❖ **Le candidat 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**

Pour bénéficier de cette dispense, les candidats ou employeurs **doivent envoyer**, de préférence avant la date de fin des sélections, un dossier comprenant :

1. La fiche de candidature complétée (pages A11 ou A13) ;
2. Une photographie récente à coller sur la fiche de candidature ;
3. Copie de la carte d'identité (recto/verso) ou du passeport, en cours de validité ;
OU pour les ressortissants hors Union Européenne, un titre de séjour valide qui couvre la durée de la formation et permettant l'accès aux stages de formation professionnelle ;
4. Une copie des diplômes, titres ou certifications professionnelles ;
5. Un CV détaillé à jour du candidat ;
6. La fiche projet de financement complétée et signée par l'employeur (pages A18 ou A19)
7. Uniquement pour les dispenses ASH : la fiche « Demande de dispense de sélection ... » complétée (page A16)

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 bénéfice 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**" pages 18 et 19



FICHE DE CANDIDATURE POUR LA SELECTION A LA FORMATION AIDE-SOIGNANT(E) PAR VOIE SCOLAIRE

(y compris contrat de professionnalisation / reconversion)

Sélection automne 2026 pour la rentrée du 04/01/2027



IFSO IFAS LAVAL

☐ MADAME ☐ MONSIEUR

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

Prénoms (en Majuscules) :

Nationalité (en Majuscules) :

Date de naissance :

Lieu de naissance (en Majuscules) : Age : Département ou Pays :

Adresse (en Majuscules) :

Ville (en Majuscules) : Code postal :

Téléphone fixe : Mobile :

Adresse e-mail :

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

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

Diplômes obtenus à ce jour :

Votre situation au moment de l'inscription : (merci de cocher la/les cases correspondantes)

☐ Lycéen (préciser le niveau et la série) : _____

☐ Classes préparatoires concours (préciser l'intitulé) : _____

☐ Études ou formations universitaires ou supérieures (préciser l'intitulé) : _____

☐ VAE

☐ Demandeur d'emploi : ☐ Indemnisé ☐ Non indemnisé

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

☐ J'ai fait une demande de prise en charge / financement :

- auprès de mon Employeur : ☐ oui ☐ non

- via le Compte Personnel de Formation : ☐ oui ☐ non

- via le 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 auprès de mon employeur : ☐ 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 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 des épreuves 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 :

Dispense : ☐ ASHQ

☐ 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

☐ Dossier scolaire avec notes et appréciations des stages

☐ Attestation d'inscription en classe de terminale

☐ Attestation de travail ou contrat de travail avec appréciations employeur

☐ Attestation sur l'honneur

☐ Attestation de niveau de langue (facultatif)

☐ Autres justificatifs

PIÈCES À RETOURNER À L'INSTITUT POUR L'INSCRIPTION À LA SÉLECTION AIDE-SOIGNANT(E) PAR VOIE SCOLAIRE (Y COMPRIS CONTRAT DE PROFESSIONNALISATION / RECONVERSION)

- ☐ 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.
- ☐ 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.**
- ☐ Le cas échéant pour des formations de moins de 5 ans, la copie des bulletins scolaires ou de formation (relevés de résultats et appréciations) et appréciations de stages.
- ☐ Pour les lycéens inscrits en classe de terminale pour l'année scolaire en cours, l'attestation d'inscription en classe de 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). 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 page A17).

TOUT DOCUMENT ILLISIBLE OU TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS ÉTUDIÉ

FICHE DE CANDIDATURE A LA FORMATION AIDE-SOIGNANT(E) PAR LA VOIE DE L'APPRENTISSAGE (Contrat d'apprentissage ET en cursus partiel uniquement)

Sélection automne 2026 pour la rentrée du 04/01/2027

IFSO IFAS LAVAL

☐ 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) :

Ville (en Majuscules) :

Code postal :

Téléphone fixe :

Mobile :

Adresse e-mail :

Situation familiale (à des fins statistiques) : Célibataire – Marié(e) – Pacsé(e) – Concubin(e) – Veuf(ve)

Rayer les mentions inutiles

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

oui ☐ non ☐

Diplômes obtenus à ce jour :

Votre 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'apprentissage : ☐ non ☐ Oui

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 :

☐ Dossier scolaire avec notes et appréciations des stages

☐ Attestation d'inscription en classe de terminale (facultatif)

☐ Attestation de travail ou contrat de travail avec appréciations employeur

☐ Autres justificatifs

+ Pour les apprentis AVEC employeur :

☐ Copie de la promesse ou du contrat d'apprentissage signé

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'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 page 13).

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 trouvé :

- ☐ Le cas échéant pour des formations de moins de 5 ans, la copie des bulletins scolaires ou de formation (relevés de résultats et appréciations) et appréciations de stages.
- ☐ Pour les lycéens inscrits en classe de terminale pour l'année scolaire en cours, l'attestation d'inscription en classe de 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). 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

Demande de dispense de sélection ASHQ (secteur public) et agents de service (secteur privé)

CANDIDAT

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

E-mail :

PÉRIODE D'EXERCICE PROFESSIONNEL

Du :

Au :

ENTREPRISE

Nom de l'entreprise :

N° Siret :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Email :

Nom du responsable de l'entreprise :

Attestation de l'employeur

Je soussigné (NOM) (fonction)
atteste que la formation de notre salarié(e) sera financée par l'entreprise / établissement, sous
réserve de l'obtention de l'accord de financement par
atteste que notre salarié(e) :

☐ effectue des missions liées aux soins tels que aide à l'habillage, aide à la toilette, aide aux repas, ...

ET

☐ a une expérience supérieure à 1 an en équivalent temps plein, en tant que :

☐ agent de service hospitalier qualifié de la fonction publique hospitalière

☐ agent de service

OU

☐ a suivi la formation « ASH – 70 heures – Participation aux soins d'hygiène, de confort et de bien-être de la personne âgée » le

ET

☐ a une expérience supérieure à 6 mois en équivalent temps plein, en tant que :

☐ agent de service hospitalier qualifié de la fonction publique hospitalière

☐ agent de service

J'atteste l'exactitude des informations mentionnées ci-dessus, par conséquent, il/elle pourra
bénéficier de la dispense de sélection de l'article 11 de l'arrêté du 7 avril 2020 modifié.

Date :

Cachet de l'entreprise

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, 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 04 janvier 2027** 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 Laval

PRFSSL – 65 rue du Chef de Bataillon
Henri G  ret
53000 Laval

02 43 69 59 05
laval@ifso-asso.org
www.ifso-asso.org

DOSSIER MÉDICAL

IFSO de Laval

Institut Formation Aides-Soignants IFAS

À remettre au plus tard le jour de la rentrée

Le dossier médical ne sera pas pris en compte pendant la sélection (il ne sera pas transmis au jury de sélection).

IFSO Laval

PRFSSL

65 rue du Chef Bataillon H. Géret,

53000 LAVAL

02 43 69 59 05

laval@ifso-asso.org



Institut de Formation Aide-Soignant
Agréé et financé par le Conseil Régional

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,

- 1. contactez d'abord votre médecin traitant** pour la mise à jour de vos vaccinations et sérologies, et remplir le certificat ci-dessous :

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 tuberculine liquide de moins de 1 an à l'entrée en formation.

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)

- 2. contactez ensuite un médecin agréé*** pour remplir le certificat ci-dessous :

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.**

*Liste des médecins agréés disponible sur le site de l'ARS ou de la préfecture de votre département :

- Pays de la Loire : <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/consulter-la-liste-des-medecins-agrees-en-pays-de-la-loire>
- Bretagne : <https://www.bretagne.ars.sante.fr/les-medecins-agrees-1>
- Normandie : <https://www.normandie.ars.sante.fr/annuaire-des-professionnels-et-etablissements-0>

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/MM/AA)	N° du lot
Dernier rappel DTP			
Dernier rappel DTCP			

BCG

Nom du vaccin	Date d'injection (JJ/MM/AA)	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/MM/AA)	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/MM/AA)	N° du lot
Schéma vaccinal cocher ci-dessous ☐ Classique "0-1-6" ☐ Accéléré ☐ Ancien schéma	1 ^{ère} injection			
	2 ^{ème} injection			
	3 ^{ème} 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 ≥ 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. »

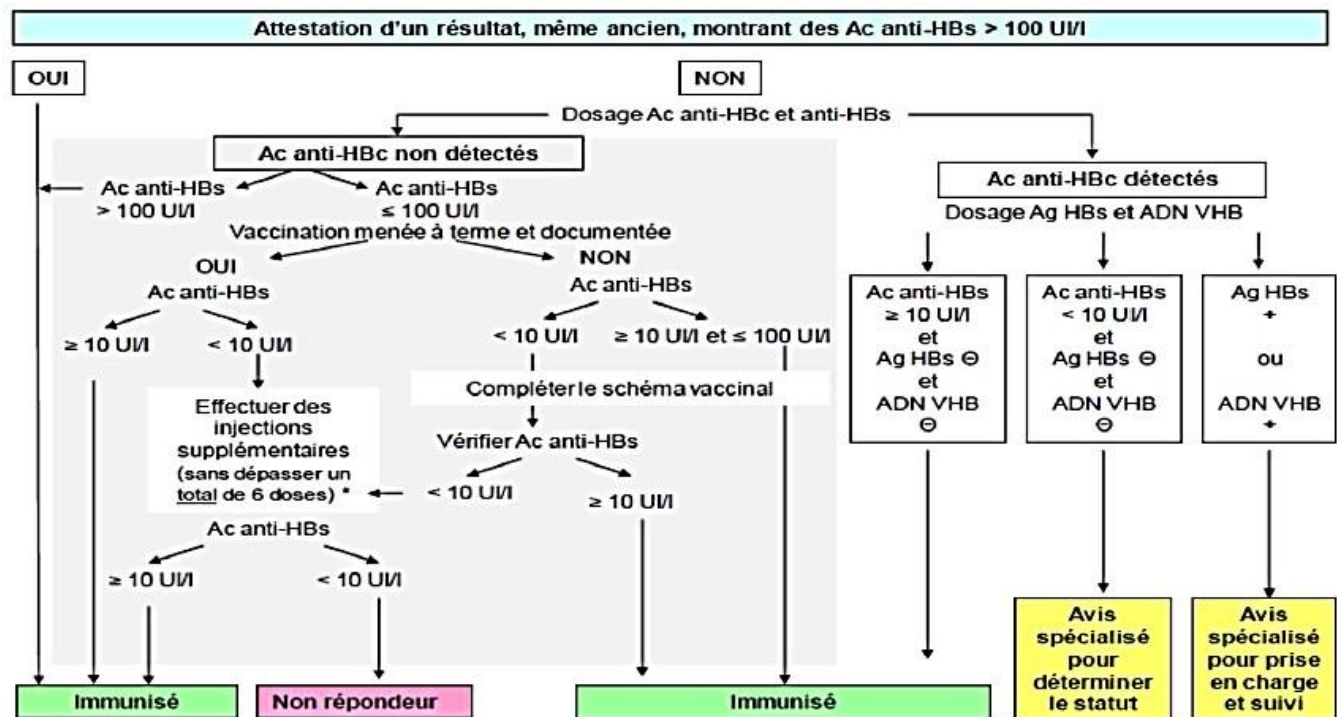
Si résultat ≤ 10 : « pas de réponse mesurable à la vaccination antérieure. Un dosage d'anticorps anti HBC doit être fait avant un rappel (dans la limite de 6 injections au total). Suivi d'une recherche d'anticorps anti HBS, 1 à 2 mois plus tard. »

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).

Immunisé-e contre l'hépatite B :	☐ Oui	☐ Non	
Non répondeur-euse à la vaccination :	☐ Oui	☐ Non	

Signature du médecin :

Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des personnes mentionnées à l'article L.311-4 et dont les conditions sont fixées par l'arrêté du 2 août 2013



* Sauf cas particulier voir 4^e 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 tuberculiques.
- 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^{ème} dose recommandée pour le pass vaccinal après passage devant le conseil constitutionnel
- Calendrier vaccinal en vigueur (cf. 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 :

- **Pays de la Loire** : <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/consulter-la-liste-des-medecins-agrees-en-pays-de-la-loire>
- **Bretagne** : <https://www.bretagne.ars.sante.fr/les-medecins-agrees-1>
- **Normandie** : <https://www.normandie.ars.sante.fr/annuaires-des-professionnels-et-etablissements-0>