



Institut de Formation d'Aide-Soignant de Saint Vallier, Tournon et Saint Marcellin

FORMATION AIDE-SOIGNANT EN APPRENTISSAGE

Ouverture des inscriptions : 03.10.2024

Date limite d'inscription : 03.01.2025

**INSTITUT DE FORMATION D'AIDES-SOIGNANTS
Hôpitaux Drôme Nord
IFAS**

**Rue de l'hôpital – BP 30
26241 SAINT VALLIER
Tél. : 04.75.23.80.85**

Mail : secretariat.eas@hopitaux-drome-nord.fr

La formation par le biais de l'apprentissage n'aura lieu que si l'effectif est supérieur ou égal à 5 apprentis

Contact avec le CFA partenaire

Pour toute information complémentaire liée au contrat d'apprentissage vous pouvez contacter :

CFA IFA des Alpes
3, Avenue Marie Reynoard 38100 GRENOBLE
04.76.49.04.77
<https://www.ifadesalpes.fr/>

Contact administratif

Mégane MARIE-SANTE
gestionnaire2@ifa-alpes.fr

Contact pour des questions juridiques et aides

Sabrina MORVAN
sabrina.morvan@ifa-alpes.fr

Référent handicap

Claudia ARAUJO
claudia.araujo@ifa-alpes.fr



(cf. Arrêté du 7 avril 2020 modifié relatif aux modalités d'admission aux formations conduisant au Diplôme d'État d'Aide-soignant)

CONDITIONS D'ADMISSION EN APPRENTISSAGE

Pour être admis à effectuer les études conduisant au Diplôme d'État d'Aide-Soignant (DEAS), **les candidats doivent être âgés de dix-sept ans au moins et maximum 29 ans à la date d'entrée en formation. Pour les apprentis bénéficiant d'une RQTH, pas de limite d'âge maximale.**

La formation d'aide-soignant est accessible, sans condition de diplôme.

Aucun frais afférent à la sélection n'est facturé aux candidats. Vous devez contrôler l'ensemble des pièces à fournir pour le dossier avant de l'envoyer.

L'admission définitive dans l'Institut de Formation d'Aide-Soignant est subordonnée à :

- La production **au plus tard le jour de la rentrée, d'un certificat médical d'aptitude (ci-joint)** émanant d'un **médecin agréé par l'ARS** (cf. liste sur internet) 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,
- La production **au plus tard le jour de la rentrée, d'un certificat médical de vaccinations (ci-joint)** attestant que l'élève remplit les obligations vaccinales conformément à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France :
 - Diphtérie, tétanos, poliomyélite
 - Test tuberculique récent
 - Hépatite B (3 injections et sérologie > 10UI)

TRES IMPORTANT :

Vous devez prévoir des délais suffisants pour les vaccinations à faire ou à refaire afin d'être autorisé(e) à entrer à l'Institut de Formation. Il est donc impératif de débiter dès à présent les vaccinations sous peine de se voir exclure de la formation. Aucune dérogation n'est possible à l'application de cette réglementation.

Pour exemple, la vaccination contre l'hépatite B comporte 3 injections à un mois d'intervalle pour les 2 premières et 4 mois pour la 3ème. Le départ en stage ne sera pas autorisé en cas de schéma vaccinal incomplet/inachevé. Si vous n'êtes pas vacciné(e) à ce jour, il vous est recommandé de démarrer le protocole vaccinal dès à présent.

AMENAGEMENT DES EPREUVES

Dans chaque institut de formation, les candidats à l'admission présentant un handicap peuvent déposer une demande d'aménagement des épreuves. Ils adressent leur demande à l'un des médecins désignés par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées et en informent l'Institut de formation. Une attestation valable pour l'année en cours doit nous être fournie.

Notre établissement est certifié H+.

TITRE II - DISPOSITIONS SPECIFIQUES

Article 9 - (modifié par l'arrêté du 12/04/21 – art. 2) :

« Après admission en formation, pour les élèves ou les apprentis ayant déjà acquis un ou plusieurs blocs de compétences communs avec la certification professionnelle visée, ou lorsque leur parcours de formation antérieur leur permet de bénéficier d'un allègement de formation, le directeur de l'institut de formation met en place, en accord avec l'agence régionale de santé, des parcours individualisés de formation permettant d'accueillir des groupes d'apprenants de niveau homogène selon un calendrier de certification adapté. Les cursus mis en place dans ce cadre peuvent débuter à tout moment de l'année. »

Article 10 - (modifié par l'arrêté du 12/04/21 – art. 2) :

« Les personnes ayant déjà été sélectionnées à l'issue d'un entretien avec un employeur pour un contrat d'apprentissage dans la formation aide-soignant, sollicitent une inscription auprès d'un institut de formation de leur choix, habilité à délivrer des actions de formation par apprentissage et autorisé par le président du conseil régional en application de l'article L. 4383-3 du code de la santé publique.

Le directeur de l'institut de formation concerné procède à leur admission directe en formation, au regard des documents suivants décrivant la situation du futur apprenti :

- Une copie de la pièce d'identité de l'apprenti ;
- Une lettre de motivation avec description du projet professionnel de l'apprenti ;
- Un curriculum vitae de l'apprenti ;
- 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 d'apprentissage.

Le déroulement de la formation des apprentis est défini dans les textes régissant la certification visée.

En l'absence de validité d'un contrat d'apprentissage, les candidats sont soumis à l'épreuve de sélection prévue à l'article 2 et admis en formation sur la base des articles 3 et 5 du présent arrêté. »

Article 11 – modifié par l'arrêté du 12/04/21 – art.2

« 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 soixante-dix 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 personnes visés aux 1° et 2° sont directement admis en formation sur décision du directeur de l'institut de formation concerné, dans les conditions prévues au II de l'article 12. »

Article 14 du chapitre 3 de l'arrêté du 10 juin 2021 :

« Sous réserve d'être admis à suivre la formation dans les conditions fixées par l'arrêté du 7 avril 2020 modifié susvisé, des équivalences de compétences, de blocs de compétences ou des allègements partiels ou complets de certains modules de formation sont accordées aux élèves titulaires des titres ou diplômes suivants :

- Le diplôme d'État d'auxiliaire de puériculture ;
- Le diplôme d'assistant de régulation médicale ;
- Le diplôme d'État d'ambulancier ;
- Le baccalauréat professionnel Services aux personnes et aux territoires (SAPAT) ;
- Le baccalauréat professionnel Accompagnement, soins et services à la personne (ASSP) ;
- Les diplômes ou certificats mentionnés aux articles D. 451-88 et D. 451-92 du code de l'action sociale et des familles ;
- Le titre professionnel d'assistant de vie aux familles ;
- Le titre professionnel d'agent de service médico-social »

INFORMATION CONCERNANT VOS DONNEES PERSONNELLES

Conformément à la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, l'IFAS dispose d'un traitement informatique pour l'accomplissement de ses missions : gestion du cursus des élèves de leur inscription jusqu'à la fin de leur formation. A cette fin, l'IFAS est amené à enregistrer des données vous concernant et à les transmettre, le cas échéant, aux services administratifs concernés de l'établissement ainsi qu'aux organismes extérieurs participant à la prise en charge des formations.

Vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification, de portabilité, d'effacement de vos données et de limitation de leur traitement en adressant à votre organisme de



Institut de Formation d'Aide-Soignant de Saint Vallier, Tournon et Saint Marcellin

formation par courriel ou courrier avec accusé de réception et en joignant copie de votre titre d'identité pour en justifier.

Vous disposez également d'un droit de réclamation auprès de la CNIL.

Délégué à la protection des données personnelles : Philippe BOUVIER du CH de Valence

VOTRE DOSSIER D'INSCRIPTION CONFORME, COMPLET ET SIGNE

**Par courrier en recommandé avec accusé de réception
(cachet de la poste faisant foi) ou en mains propres au
secrétariat de l'IFAS**

Uniquement sur rendez-vous à l'adresse suivante :

**Hôpitaux Drome Nord
IFAS
Rue de l'hôpital BP 30
26241 SAINT VALLIER**



Institut de Formation d'Aide-Soignant de Saint Vallier, Tournon et Saint Marcellin

La fiche d'inscription accompagnée des pièces à fournir listées ci-dessous constitue le dossier d'inscription

PIECES A FOURNIR POUR TOUS LES CANDIDATS

| | |
|--|---|
| | Fiche d'inscription aides-soignants <i>(si le candidat est mineur, la signature de l'un des parents est nécessaire)</i> |
| | La photocopie d'une pièce d'identité (carte nationale d'identité, passeport) en cours de validité <i>Pour les ressortissants étrangers, un titre de séjour valable pour toute la durée de la formation</i> |
| | Attestation d'un niveau B2 en langue française pour les personnes n'ayant pas la nationalité française |
| | Une lettre de motivation avec description du projet professionnel |
| | Un Curriculum Vitae |
| | 2 photos d'identité couleur de moins d'un an : 1 à coller sur la fiche d'inscription + 1 identifiée par votre nom et prénom au dos |
| | Copie du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation signé ou tout document justifiant de l'effectivité des démarches réalisées en vue d'une signature imminente du contrat |
| | Une attestation de « responsabilité civile » nominative en cours de validité. |
| | Un justificatif de couverture sociale. |

PIECES A FOURNIR SELON LA SITUATION DU CANDIDAT

| | |
|--|---|
| | La copie des originaux de ses diplômes ou titres traduits en français |
| | Les attestations de travail, accompagnées éventuellement des appréciations et/ou recommandations de(s) l'employeur(s) |
| | Document(s) permettant d'apprécier les capacités et les attendus relatifs à la maîtrise du français à l'oral |

PIECES A FOURNIR EN SUS POUR LES CANDIDATS BENEFICIANT DES MESURES D'EQUIVALENCES OU D'ALLEGEMENT DE SUIVI DE VALIDATION DE CERTAINS BLOCS DE COMPETENCES

Article 14 du chapitre 3 de l'arrêté du 10 juin 2021

| | |
|--|--|
| | Les titres ou diplômes |
| | Un dossier scolaire complet avec relevé de résultats et appréciations ou bulletins scolaires pour les candidats titulaires d'un Baccalauréat Professionnel « Accompagnement, Soins, Services à la Personne » ou « Services aux Personnes et aux Territoires », ou dans l'année d'obtention de ce diplôme |

Tout autre justificatif valorisant un engagement ou une expérience personnelle (associative, sportive...) en lien avec la profession d'aide-soignant.

PHOTO
IDENTITE

FICHE D'INSCRIPTION AIDES-SOIGNANTS EN APPRENTISSAGE



ETES-VOUS EN SITUATION DE HANDICAP ? (dys, déficience auditive, visuelle...)

Oui Non

A REMPLIR OBLIGATOIREMENT EN MAJUSCULE :

Sexe : Masculin Féminin

Nom d'usage: _____

Nom de jeune fille: _____

Prénoms : _____

Date de naissance : __/__/____ Lieu de naissance : _____

Nationalité : _____

Adresse postale: _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone fixe : __/__/__/__/__ Téléphone mobile : __/__/__/__/__

Adresse mail : _____

Situation actuelle : Etudiant Inscrit à Pôle Emploi : N° d'identifiant : _____ Salarié Autre : _____

A COCHER ET A JUTIFIER OBLIGATOIREMENT :

- Titre ou diplôme traduit en français : _____ / année d'obtention : _____
- Diplôme d'Etat d'Assistant de Régulation Médicale (ARM) / année d'obtention : _____
- Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Puériculture (DEAP) / année d'obtention : _____
- Diplôme d'Etat d'Ambulancier / année d'obtention : _____
- Diplôme d'Etat d'Accompagnement Educatif et Social (AES ex AMP, AVS ou MC aide à domicile) / année d'obtention : _____
- Titre professionnel d'Assistante De Vie aux Familles (ADVF) / année d'obtention : _____
- Titre professionnel d'Agent de Service Médico-Social (ASMS) / année d'obtention : _____
- Baccalauréat professionnel Accompagnement Soins, Services à la Personne (ASSP) / année d'obtention : _____
ou Terminale
- Baccalauréat professionnel Services Aux Personnes et Aux Territoires (SAPAT) / année d'obtention : _____
ou Terminale : _____
- ASH ou agent de soin

Je soussigné(e), _____

Atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ce document.

Déclare avoir pris connaissance que les informations recueillies sur ce dossier font l'objet d'un traitement informatisé et accepte l'utilisation de ces données.

Date :

Signature :

(Si le candidat est mineur,
nom, prénom et signature du représentant légal)



Institut de Formation d'Aide-Soignant de Saint Vallier, Tournon et Saint Marcellin

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE

A REMPLIR PAR UN MEDECIN AGREE PAR L'ARS DE VOTRE REGION

Par exemple, pour la région Auvergne Rhône Alpes :

<https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/liste-des-medecins-et-specialistes-agrees>

Je soussigné Docteur

Médecin agréé, atteste, après l'avoir examiné(e) ce jour, que :

Madame Monsieur

NOM : Prénoms :

Date de naissance :/...../.....

n'est atteint(e) d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession aide-soignant.

Date, signature et cachet du médecin