

« Cette formation est autorisée par la Région Auvergne Rhône Alpes qui concourt à son financement »

## **FORMATION AIDE-SOIGNANTE**

### **MODALITES ET DEROULEMENT DES ÉPREUVES DE SELECTION SESSION 2023**

#### **INSTITUT DE FORMATION D'AIDE-SOIGNANT DU GROUPEMENT HOSPITALIER PORTES DE PROVENCE DE MONTÉLIMAR**

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

**Date d'ouverture des inscriptions : mercredi 1<sup>er</sup> mars 2023**

**Date de clôture des inscriptions: vendredi 16 juin 2023**

**Date des oraux : du 29 mars au 22 juin 2023**

**Date des résultats des épreuves de sélection :**

**Vendredi 30 juin 2023**

**RENTREE LE LUNDI 28 AOUT 2023 – 8h30**

Institut de Formation d'Aide-Soignant du Groupement Hospitalier de Montélimar

**VOTRE DOSSIER D'INSCRIPTION CONFORME, COMPLET et SIGNÉ DOIT PARVENIR A  
L'INSTITUT DE FORMATION D'AIDE SOIGNANT**

**AVANT LE VENDREDI 16 JUIN 2023**

**PAR COURRIER**

(Cachet de la poste faisant foi)

**OU EN MAIN PROPRE AU SECRETARIAT DE L'IFAS (Les mardis et mercredis de 08h00 à  
16h00 et les jeudis et vendredis de 8h00 à 12h00) A L'ADRESSE SUIVANTE :**

**IFAS -3 Rue Général de Chabrilan**

**26200 MONTÉLIMAR**

<b>Inscription Formation Aide-Soignante - Documents à Fournir <u>Pour tous les candidats</u></b> <i>La fiche d'inscription accompagnée des pièces à fournir listées ci-dessous constitue le dossier d'inscription</i>		Pointage des documents
1	Copie Recto Verso d'une pièce d'identité <b>en cours de validité</b>	
2	Une lettre de Motivation <b>Manuscrite</b>	
3	Un curriculum vitae	
5	Un document <b>manuscrit</b> relatant au choix du candidat soit : - une situation personnelle ou professionnelle vécue - votre projet professionnel en lien avec les attendus de la formation. <b>Ce document ne doit pas excéder deux pages.</b>	
6	Selon la situation du candidat : Copie du ou des diplômes ou titre traduits en français <b>acquis obligatoire.</b>	
7	Selon la situation du candidat : Un certificat de scolarité + Copie dossier scolaire et appréciations complet	
8	Selon la situation du candidat : Attestations et appréciations et/ou recommandations de l'employeurs	
9	Selon la situation du candidat : Un document justifiant la prise en charge du coût de la formation par votre employeur, si vous êtes salarié(e)	
10	Pour les ressortissants étrangers, une <b>attestation</b> du niveau de langue française <b>B2*</b> et un <b>titre de séjour valide</b> pour <b>toute la durée de la formation.</b>	
11	<b>La Fiche d'inscription accessible via notre site (que vous imprimez à l'issue de votre inscription en ligne)</b> dûment complétée et signée.	
12	<b>Le Certificat d'aptitude</b> dûment complété et signé qui vous sera demandé le jour de la rentrée. Le Certificat de vaccinations est fourni afin que vous puissiez anticiper celles-ci, en effet il sera obligatoire avant de partir en stage.	

*\*Lorsque le niveau de français à l'écrit et à l'oral ne peut être vérifié à travers les pièces produites ci-dessus, au regard notamment de leur parcours scolaire, de leurs diplômes et titres ou de leur parcours professionnel, les candidats joignent à leur dossier une attestation de niveau de langue française égal ou supérieur au niveau B2 du cadre européen commun de référence pour les langues du Conseil de l'Europe. A défaut, ils produisent tout autre document permettant d'apprécier les capacités et les attendus relatifs à la maîtrise du français à l'oral.*

**PIÈCES A FOURNIR EN SUS POUR LES CANDIDATS DISPENSÉS DES ÉPREUVES DE SÉLECTION (ASHQ et ASH)**

**Article 11 du titre 2 de l'arrêté du 7 avril 2020 modifié**

Un courrier de votre employeur attestant d'une ancienneté de services cumulée d'au moins un an en équivalent temps plein, effectuée 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

Une attestation de 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

Une attestation employeur attestant d'une ancienneté de services cumulée d'au moins six mois en équivalent temps plein, effectuée 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 inscriptions se font en 2 temps :**

- Une pré-inscriptions en ligne : ouverture du mercredi 1<sup>er</sup> mars 2023 au vendredi 16 juin 2023 inclus  
<https://epsilon-informatique.org/montelimar/MyConcours/index.php?de=true#>
- L'envoi obligatoire du dossier complet et de la fiche d'inscription imprimée par voie postale.



En vue de votre inscription à l'Institut de Formation des Aides-Soignants du Groupement Hospitalier Portes de Provence de Montélimar, pour la bonne tenue de votre dossier médical et conformément à la législation, vous voudrez bien faire remplir ce certificat par un **médecin agréé**. (La liste des médecins agréés est consultable sur le site de l'ARS de votre région). *Merci d'écrire lisiblement et en majuscules pour faciliter l'exploitation des informations.*

CERTIFICAT D'APTITUDE - FORMATION AIDE-SOIGNANTE 2023/2024

A faire remplir par le médecin agréé par l'ARS de votre Région (Cf Liste sur internet)

Je soussigné(e), Docteur .....

médecin agréé par l'ARS, atteste après l'avoir examiné(e) ce jour, que

Mme / M. .... né(e) le ...../...../.....

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

DATE

SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN

## CERTIFICAT MEDICAL - FORMATION AIDE-SOIGNANTE 2023/2024

En vue de votre inscription à l'Institut de Formation des Aides-Soignants du Groupement Hospitalier Portes de Provence de Montélimar, pour la bonne tenue de votre dossier médical et conformément à la législation, vous voudrez bien faire remplir ce certificat par **le médecin de votre choix**. *Merci d'écrire lisiblement et en majuscules pour faciliter l'exploitation des informations.*

Je soussigné(e), Docteur ..... Médecin généraliste,  
 l'exactitude des renseignements ci-dessous concernant  
 Mme / M. .... né(e) le ...../...../.....

VACCINS	DATE	NUMERO LOT	DOSE						
<p><b>D.T.P</b> (Diphtérie, Tétanos, Polio) Obligatoire</p> <p style="text-align: center;"><b>OU</b></p> <p><b>REVAXIS</b> Obligatoire</p>	<p><b>dernier rappel</b> ...../...../.....</p> <p><b>dernier rappel</b> ...../...../.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p>						
<p><b>HEPATITE B</b> Obligatoire</p>	<p><b>1</b> ...../...../.....</p> <p><b>2</b> ...../...../.....</p> <p><b>R</b> ...../...../.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>						
<p><b>Anticorps Anti HBs</b> Obligatoire</p>	<p><b>Date</b> ...../...../.....      <b>Dosage</b> .....</p> <p><i>Taux AC HBs</i>  <i>Si taux &gt; 100 UI/l : immunisé</i>  <i>Si taux entre 10 et 100 UI/l : recherche Ac antiHBs</i>  <i>Si taux &lt; à 10 UI/l : non répondeur à la vaccination</i></p>								
<p>Selon l'article L.3111-4 du Code de la Santé Publique et dont les conditions sont fixées par l'arrêté du 2 août 2013, il/elle est considéré (e) comme  <b><u>(rayer les mentions inutiles) :</u></b></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">▪ Immunisé (e) contre l'hépatite B :</td> <td style="width: 25%;">oui</td> <td style="width: 25%;">non</td> </tr> <tr> <td>▪ Non répondeur (se) à la vaccination :</td> <td>oui</td> <td>non</td> </tr> </table>				▪ Immunisé (e) contre l'hépatite B :	oui	non	▪ Non répondeur (se) à la vaccination :	oui	non
▪ Immunisé (e) contre l'hépatite B :	oui	non							
▪ Non répondeur (se) à la vaccination :	oui	non							
<p><b>COVID 19</b> Obligatoire</p>	<p>Shéma vaccinal complet le ...../...../.....  <a href="#"><i>(joindre la copie du certificat de vaccination)</i></a></p>								
<p><b>Autre(s) Vaccination(s)</b> Recommandées</p>	<p><b>Tuberculose</b>    Date : ...../...../.....    Numéro lot .....</p> <p><b>Grippe</b>            Date : ...../...../.....    Numéro lot .....</p> <p><b>Coqueluche</b>    Date : ...../...../.....    Numéro lot .....</p> <p><b>Rougeole</b>        Date : ...../...../.....    Numéro lot .....</p>								

DATE

SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN