

INSTITUTS DE FORMATION D'AIDES-SOIGNANTS DU REGROUPEMENT DU DEPARTEMENT DE L' AISNE

ENTREE EN FORMATION AIDE-SOIGNANTE

02 Janvier 2023

A destination des agents des services hospitaliers
qualifiés de la fonction publique hospitalière ou les
agents de services

En référence à l'arrêté du 7 avril 2020 modifié :

CONDITIONS d'ACCES :

Article 11 nouveau : « Sont dispensés de l'épreuve de sélection prévue à l'article 2, les agents des services hospitaliers qualifiés de la fonction publique hospitalière et les agents de service :

1° **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 ;

2° **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 cumulées 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 personnels 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. »

**UN SEUL DOSSIER D'INSCRIPTION EST A ENVOYER OU A
DEPOSER AU SECRETARIAT DE L'IFAS
DE VOTRE 1^{er} CHOIX**

**POUR LE MARDI 4 OCTOBRE 2022 DERNIER DELAI
(Cachet de la poste faisant foi)**

**LISTE DES INSTITUTS DE FORMATION D'AIDES-SOIGNANTS DU REGROUPEMENT
DU DEPARTEMENT DE L' AISNE**

CODE	I.F.A.S. agréés pour la préparation au DIPLOME d'ETAT d'AIDE-SOIGNANT	Capacité d'accueil
1	<p style="text-align: center;">✉ INSTITUT de FORMATION d'AIDES-SOIGNANTS Centre Hospitalier - 27 rue du 13 octobre 1918 - CS 40640 02001 LAON CEDEX</p> <p style="text-align: center;">☎ 03.23.24.34.98 - ✉ secret.ifsi@ch-laon.fr</p>	<p style="text-align: center;">42 places dont 20% réservés aux ASHQ</p>
2	<p style="text-align: center;">✉ INSTITUT de FORMATION d'AIDES-SOIGNANTS Bertrand SCHWARTZ e p s m d. de l'Aisne 02320 PREMONTRE</p> <p style="text-align: center;">☎ 03.23.23.66.92 - ✉ ifsi@epsmd-aisne.fr</p>	<p style="text-align: center;">21 places dont 20% réservés aux ASHQ</p>
3	<p style="text-align: center;">✉ INSTITUT de FORMATION d'AIDES-SOIGNANTS Centre Hospitalier 94 rue des anciens combattants d'AFN et TOM 02303 CHAUNY Cédex</p> <p style="text-align: center;">☎ 03 23 38 54 46 - ✉ secretariat.ifas@ch-chauny.fr</p>	<p style="text-align: center;">32 places dont 20% réservés aux ASHQ</p>

**DOSSIER D'INSCRIPTION des
AGENTS des SERVICES HOSPITALIERS QUALIFIES de la FONCTION
PUBLIQUE HOSPITALIERE ET LES AGENTS DE SERVICE**

Cochez la case correspondante :

- Je justifie d'une ancienneté de services cumulée d'au moins un an en équivalent temps plein
- Je justifie 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 cumulées d'au moins six mois en équivalent temps plein

NOM de naissance :

NOM d'usage (marital) :

PRENOM(S) :

Jour / Mois / Année

DATE de NAISSANCE : /___/___/___ Sexe : M F

LIEU de NAISSANCE :CODE POSTAL : /___/___/___/___/___

ADRESSE :

CODE POSTAL /___/___/___/___/___ VILLE.....

TELEPHONE /___/___/___/___/___/___ PORTABLE /___/___/___/___/___/___

EMAIL (en Majuscules)

NOM et ADRESSE de l'établissement d'origine

L'agent autorise le service organisateur à publier son nom et prénom sur Internet dans le cadre de la diffusion des résultats : OUI NON

**COLONNE RESERVEE à
l'ADMINISTRATION**

Dossier Complet

OUI () NON ()

/___/___/2022

TAMPON de l'IFAS

Documents à fournir POUR LE 4 OCTOBRE 2022 AU PLUS TARD

	Vérification par :	
	Candidat	IFSI
Carte d'identité ou passeport ou titre de séjour en cours de validité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Curriculum vitae à jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diplômes (Précisez lesquels AINSI que l'année d'obtention)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lettre de motivation manuscrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attestation de l'employeur précisant la date d'exercice de l'agent en qualité d'ASHQ ainsi que le temps de travail (Temps complet ou temps partiel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Courrier de l'employeur de demande d'inscription de l'agent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attestation de l'employeur relative à la prise en charge du coût de formation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attestation de formation ASH 70 H (si cela est le cas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CHOIX DES INSTITUTS DE FORMATION D'AIDES-SOIGNANTS :

Indiquez **obligatoirement les 3 codes des Instituts** dans l'ordre de vos préférences de 1 à 3 (non modifiable)
(Si les 3 IFAS n'apparaissent pas, votre dossier sera considéré incomplet)

1^{ER} choix 2^{ème} choix 3^{ème} choix

L'agent soussigné certifie sur l'honneur avoir donné des renseignements exacts.

Date du : /___/___/ 2022

Signature de l'agent:

Dossier à envoyer

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

CIVILITE : Madame Monsieur

NOM de naissance : NOM d'usage (marital) :

Prénom (s) :

Cochez la case correspondante :

Je justifie d'une ancienneté de services cumulée d'au moins un an en équivalent temps plein

Je justifie 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 cumulés d'au moins six mois en équivalent temps plein

SITUATION ADMINISTRATIVE

Diplômes ou Titre obtenus	Année d'obtention

Vous êtes salarié(e) :

Emploi occupé :

CDD CDI Autre contrat, précisez :

Employeur :

Adresse de l'employeur :

.....

Prise en charge de la formation par l'employeur OUI NON.

SI OUI, FOURNIR UNE ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR

Je soussigné(e), atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document.

Fait à le :

Signature de l'agent

Dossier à envoyer

