



INSTITUTS DE FORMATION D'AIDES-SOIGNANTS DU REGROUPEMENT DU DÉPARTEMENT DE L' AISNE ORGANISANT UNE RENTRÉE EN JANVIER 2025 : LAON – CHAUNY – PRÉMONTRE

ENTRÉE EN FORMATION AIDE-SOIGNANTE

6 JANVIER 2025

À 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'ACCÈS :

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 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 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 À ENVOYER OU À DÉPOSER AU SECRÉTARIAT DE L'IFAS DE VOTRE 1^{er} CHOIX

**POUR LE VENDREDI 11 OCTOBRE 2024 DERNIER DÉLAI
(Cachet de la poste faisant foi)**

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

CODE	I.F.A.S. agréés pour la préparation au DIPLÔME d'ÉTAT d'AIDE-SOIGNANT	Capacité d'accueil
LA	<p align="center">☒ INSTITUT de FORMATION d'AIDES-SOIGNANTS Centre Hospitalier - 27 rue du 13 octobre 1918 – CS 40640 02001 LAON CEDEX</p> <p align="center">☎ 03.23.24.34.98 - ✉ secret.ifsi@ch-laon.fr</p>	<p align="center">42 places dont 20% réservés aux ASHQ</p>
CH	<p align="center">☒ INSTITUT de FORMATION d'AIDES-SOIGNANTS Centre Hospitalier 94 rue des anciens combattants d'AFN et TOM 02303 CHAUNY Cédex</p> <p align="center">☎ 03.23.38.54.46 - ✉ secretariat.ifas@ch-chauny.fr</p>	<p align="center">32 places dont 20% réservés aux ASHQ</p>
PR	<p align="center">☒ INSTITUT de FORMATION d'AIDES-SOIGNANTS Bertrand SCHWARTZ e p s m d. de l'Aisne 02320 PREMONTRE</p> <p align="center">☎ 03.23.23.66.92 - ✉ ifsi@epsmd-aisne.fr</p>	<p align="center">25 places dont 20% réservés aux ASHQ</p>



Region Hauts-de-France

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

DOSSIER D'INSCRIPTION des AGENTS des SERVICES HOSPITALIERS QUALIFIÉS de la FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE ET LES AGENTS DE SERVICE

NOM de naissance :

NOM d'usage (marital) :

PRÉNOM(S) :

Jour / Mois / Année

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

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

ADRESSE :

.....

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

TÉLÉPHONE /___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___ 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 RESERVÉE à l'ADMINISTRATION

Dossier Complet

OUI () NON ()

/___/___/2024

TAMPON de l'IFAS

Documents à fournir POUR LE 11 OCTOBRE 2024 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"/>
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 (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 : /___/___/ 2024

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 cumulées d'au moins six mois en équivalent temps plein

SITUATION ADMINISTRATIVE

Diplôme(s) ou Titre(s) obtenu(s)	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

FICHE RÉCAPITULATIVE DES EMPLOIS OCCUPÉS

pour l'admission dans les IFAS du regroupement de l' Aisne

NOM de naissance :

NOM d'usage (marital) :

PRÉNOM(S) :

ADRESSE :

CODE POSTAL :

--	--	--	--	--

VILLE :

Employi	Lieu d'exercice	Date		Temps Complet	Durée d'emploi	
		Du	Au	Temps Partiel *	An	Mois
TOTAL d'années en équivalent temps plein						

* Précisez le pourcentage du temps partiel

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Dossier à envoyer