

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

## ENTREE EN FORMATION AIDE-SOIGNANTE

25 AOÛT 2025

**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 :** « 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 cumulés 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<sup>er</sup> CHOIX**

**POUR LE MARDI 17 JUIN 2025 DERNIER DELAI  
(Cachet de la poste faisant foi)**

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

<b>CODE</b>	<b>I.F.A.S. agréés pour la préparation au DIPLOME d'ETAT d'AIDE-SOIGNANT</b>	<b>Capacité d'accueil</b>
LA	<p>☒ INSTITUT de FORMATION d'AIDES-SOIGNANTS Centre Hospitalier - 27 rue du 13 octobre 1918 – CS 40640 02001 <b>LAON</b> CEDEX</p> <p>☎ 03.23.24.34.98 - ✉ secret.ifsi@ch-laon.fr</p>	54 places dont 20% réservés aux ASHQ
CH	<p>INSTITUT de FORMATION d'AIDES-SOIGNANTS Centre Hospitalier 94 rue des anciens combattants d'AFN et TOM 02303 <b>CHAUNY</b> Cédex</p> <p>☎ 03 23 38 54 46 - ✉ secretariat.ifas@ch-chauny.fr</p>	35 places dont 20% réservés aux ASHQ
PR	<p>☒ INSTITUT de FORMATION d'AIDES-SOIGNANTS Bertrand SCHWARTZ e p s m d. de l'Aisne 02320 <b>PREMONTRE</b></p> <p>☎ 03.23.23.66.92 - ✉ ifsi@epsmd-aisne.fr</p>	28 places dont 20% réservés aux ASHQ
SQ	<p>☒ INSTITUT de FORMATION d'AIDES-SOIGNANTS Centre Hospitalier - B.P. 608 / 1 avenue Michel de l'Hospital 02321 <b>SAINT QUENTIN</b> CEDEX</p> <p>☎ 03.23.06.73.38 - ✉ ifsi@ch-stquentin.fr</p>	45 places dont 20% réservés aux ASHQ
SS	<p>☒ INSTITUT de FORMATION d'AIDES-SOIGNANTS Centre Hospitalier - 46 Avenue du Général De Gaulle 02209 <b>SOISSONS</b> CEDEX</p> <p>☎ 03.23.75.72.56 - ✉ secretariat.ifsi@ch-soissons.fr</p>	56 places dont 20% réservés aux ASHQ
CT	<p>☒ INSTITUT de FORMATION d'AIDES-SOIGNANTS Centre Hospitalier – 19 Ter Rue Jules Maciet 02400 <b>CHATEAU THIERRY</b></p> <p>☎ 03.23.84.20.02 - ✉ secretariat.ifsi-ct@ch-soissons.fr</p>	26 places dont 20% réservés aux ASHQ

**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 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 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 ( )

/ \_\_\_ / \_\_\_ / 2025

---

**TAMPON de l'IFAS**

<b>Documents à fournir dans l'ordre ci-dessous POUR LE 17 JUIN 2025 AU PLUS TARD :</b>			
	Vérification par :		
	Candidat		IFSI
Carte d'identité ou passeport ou titre de séjour en cours de validité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Curriculum vitae à jour	<input type="checkbox"/>	<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"/>
-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lettre de motivation manuscrite	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Attestation de l'employeur relative à la prise en charge du coût de formation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attestation de formation ASH 70 H (si cela est le cas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**CHOIX DES INSTITUTS DE FORMATION D'AIDES-SOIGNANTS :**

Indiquez **obligatoirement les 6 codes des Instituts** dans l'ordre de vos préférences (non modifiable)  
*(Si les 6 IFAS n'apparaissent pas, votre dossier sera considéré incomplet)*

/ \_\_\_ /  
**1<sup>ER</sup> choix**

/ \_\_\_ /  
**2<sup>ème</sup> choix**

/ \_\_\_ /  
**3<sup>ème</sup> choix**

/ \_\_\_ /  
**4<sup>ème</sup> choix**

/ \_\_\_ /  
**5<sup>ème</sup> choix**

/ \_\_\_ /  
**6<sup>ème</sup> choix**

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

**Date du :** / \_\_\_ / \_\_\_ / 2025

**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 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 cumulées 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

