

DOSSIER D'INSCRIPTION POUR LA SELECTION 2024

Institut de Formation des Aides-Soignants

1, boulevard Winston Churchill

63000 CLERMONT-FERRAND

☎ **04.73.75.13.75**

email : ifas@chu-clermontferrand.fr

Site des écoles et instituts de formation :

<https://www.chu-clermontferrand.fr/eifs-ecoles-et-instituts-de-formation-en-sante>

Inscriptions : 15 avril au 10 juin 2024

Epreuve de sélection avec entretien : du 24 au 28 juin 2024

**Pour information : UNIQUEMENT pour les candidats bacheliers, si votre épreuve
du grand oral a lieu le même jour que votre convocation à la sélection Aide-
Soignante, merci de contacter le secrétariat de l'IFAS.**

Résultats : **4 juillet 2024 à partir de 14h**

Rentrée : Lundi 26 août 2024

CONDITIONS D'ACCES A LA FORMATION

Conformément à l'Arrêté du 7 avril 2020 modifié par les arrêtés des 12 avril 2021 et du 10 juin 2021, relatif aux modalités d'admission à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant :

- Les candidats doivent être âgés de dix-sept ans au moins à la date d'entrée en formation.

La formation est accessible sans condition de diplôme, les candidats déposent leur dossier directement auprès de l'institut de formation des aides-soignants.

Les candidats en situation de handicap peuvent bénéficier d'un aménagement de la sélection (en fonction du handicap) ; vous devez alors prendre contact avec le secrétariat de l'IFAS au 04 73 75 13 75.

CONSTITUTION DU DOSSIER D'INSCRIPTION

Le **dossier complet** est à adresser uniquement par la Poste au plus tard **Lundi 10 juin 2024 à minuit** (*Cachet de la Poste faisant foi*) à :

INSTITUT DE FORMATION D'AIDES-SOIGNANTS
1, Boulevard Winston Churchill
63000 CLERMONT-FERRAND

Le dossier comporte les pièces suivantes :

1. La **fiche d'inscription 2024** dûment complétée et signée.
2. La photocopie **d'une pièce d'identité en cours de validité**.
 - Recto verso de la carte nationale d'identité
 - Permis de conduire
 - Passeport
 - Carte de séjour ou récépissé de demande de renouvellement pour les candidats hors CE + Carte d'identité du pays d'origine.
3. Une lettre de motivation manuscrite.
4. Un curriculum vitae.
5. Un document manuscrit relatant au choix du candidat, soit une situation personnelle ou professionnelle vécue soit son projet professionnel en lien avec les attendus de la formation. Ce document n'excède pas deux pages.
6. Selon la situation du candidat, la photocopie de ses diplômes ou titres traduits en français.
7. Le cas échéant, la copie de ses relevés de résultats et appréciations ou bulletins scolaires.
8. Selon la situation du candidat, les attestations de travail, accompagnées des appréciations et/ou recommandations de l'employeur ou des employeurs.
9. Les candidats peuvent joindre tout autre justificatif valorisant un engagement ou une expérience personnelle (associative, sportive...) en lien avec la profession d'aide-soignant.

ATTENTION

Tout dossier incomplet ou tout dossier parvenu après la date limite est irrecevable et entraîne l'annulation de la candidature. La raison du refus sera notifiée par courrier.

SELECTION

Les candidats sont admis en formation aide-soignante dans la limite de la capacité d'accueil autorisée. Cette année **77 places** sont ouvertes à la sélection pour une rentrée le Lundi 26 août 2024.

Résultats de la sélection : 4 juillet 2024 à partir de 14h

**Aucun résultat n'est communiqué par téléphone
Tous les candidats sont personnellement informés par écrit de leurs résultats**

Les résultats des épreuves de sélection ne sont valables que pour la rentrée au titre de laquelle elles ont été organisées. Le candidat dispose d'un délai de sept jours ouvrés pour valider son inscription à l'IFAS en cas d'admission en liste principale. Passé ce délai sa place est proposée au candidat inscrit en rang utile sur la liste complémentaire.

Cependant, un report d'admission est accordé de droit par le Directeur de l'Institut dans certaines situations particulières (*Art 13 – Arrêté du 12 avril 2021 : Congé de maternité, rejet de demande de mise en disponibilité, garde d'un enfant de moins de quatre ans, rejet du bénéfice de la promotion professionnelle ou d'une demande de congé individuel de formation, maladie ou accident*).

CONDITIONS FINANCIERES

. Coût de la formation à l'IFAS de CLERMONT-FERRAND : (pour information)

- Frais de scolarité 2024/2025 :
 - Prise en charge par employeur, Pôle Emploi = **7 500 €**
 - Prise en charge Conseil Régional ou autofinancement = **7 500 €**.
- Frais de scolarité pour les formations partielles 2024/2025 :
 - 11,00 € de l'heure.
 - Pour 2 périodes de stage (forfait 85 € / stage) soit **170 €**
 - Pour 3 périodes de stage (forfait 85 € / stage) soit **255 €**

ADMISSION DEFINITIVE

L'admission définitive est subordonnée à la délivrance d'un certificat d'aptitude par le service de médecine du travail du CHU spécifiant que l'élève remplit les obligations d'immunisation et de vaccination légales.

FICHE D'INSCRIPTION FORMATION AIDE-SOIGNANTE
RENTREE AOUT 2024

NOM de NAISSANCE (en lettres majuscules) **NOM D'USAGE**

Prénom(s)

Tél : **Tél portable :**

Email (obligatoire)

Né(e) le **Lieu de naissance**

Nationalité

Adresse (où vous pouvez toujours être contacté(e))

.....

Code postal **VILLE**

DIPLOMES OBTENUS

| | | | |
|--------------------------|---|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Elève en Terminale : _____ | Série _____ | |
| <input type="checkbox"/> | Baccalauréat : _____ | Série : _____ | Date _____ |
| <input type="checkbox"/> | Baccalauréat Professionnel | ASSP <input type="checkbox"/> | SAPAT <input type="checkbox"/> |
| | | | Date _____ |
| <input type="checkbox"/> | Titre homologué niveau IV _____ | Série _____ | Date _____ |
| <input type="checkbox"/> | Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Puériculture | | Date _____ |
| <input type="checkbox"/> | Diplôme d'Etat d'Ambulancier | | Date _____ |
| <input type="checkbox"/> | Diplôme d'Etat d'Accompagnant Educatif et Social | | Date _____ |
| <input type="checkbox"/> | Titre Professionnel Agent de Service Médico-Social | | Date _____ |
| <input type="checkbox"/> | Titre d'Assistante de Vie aux Familles | | Date _____ |
| <input type="checkbox"/> | Mention Complémentaire d'Aide à Domicile | | Date _____ |
| <input type="checkbox"/> | Diplôme d'Assistant de Régulation Médicale | | Date _____ |

Cochez la ou les case(s) correspondant à votre situation

JE SOUSSIGNE(E) AUTORISE N'AUTORISE PAS

l'institut de formation des Aides-soignants à faire paraître mon résultat à la sélection sur son site Internet.
En cas de non-autorisation seul le numéro d'anonymat sera publié.

JE SOUSSIGNE(E), ATTESTE SUR L'HONNEUR L'EXACTITUDE DES RENSEIGNEMENTS MENTIONNES SUR CE DOCUMENT

A

Le

Signature du candidat

Signature du représentant légal (pour les
candidats mineurs)