

FORMATION AIDE SOIGNANT

MODALITES ET DEROULEMENT DES EPREUVES DE SELECTION SESSION 2022

INSTITUTS DE FORMATION D'AIDES SOIGNANTS DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE RHÔNE VERCORS VIVARAIS

**IFAS Drôme Nord site de Saint Vallier
IFAS de Tournon sur Rhône
IFAS de Saint Marcellin**

(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 : vendredi 4 FEVRIER 2022

Date de clôture des inscriptions: lundi 13 JUIN 2022

**Date des résultats des épreuves de sélection :
vendredi 1ER JUILLET 2022**

RENTREE LE LUNDI 29 AOUT 2022

IFAS des Hôpitaux Drôme Nord
Rue de l'Hôpital
26241 ST VALLIER
Tél. 04 75 23 80 85
Mail : secretariat.eas@hopitaux-drome-nord.fr

IFAS Hôpital de Tournon sur Rhône
50 rue des Alpes
07300 TOURNON SUR RHONE
Tel : 04 75 07 75 57
Mail : secretariat_ifas@ch-tournon.fr

IFAS Centre Hospitalier de St
Marcellin
1 avenue Félix Faure
38160 ST MARCELLIN
Tel : 04 57 82 80 04
Mail : ifas@chstmartcellin.eu

VOTRE DOSSIER D'INSCRIPTION CONFORME, COMPLET et SIGNE DOIT PARVENIR A L'INSTITUT DE FORMATION D'AIDE SOIGNANT AVANT LE LUNDI 13 JUIN 2022

PAR COURRIER EN RECOMMANDE AVEC ACCUSE DE RECEPTION
(Cachet de la poste faisant foi)

OU EN MAIN PROPRE AU SECRETARIAT DE L'IFAS (uniquement sur Rendez-vous) A L'ADRESSE SUIVANTE :

IFAS
Centre hospitalier de St Marcellin
1 avenue Félix Faure
38160 ST MARCELLIN

La fiche d'inscription accompagnée des pièces à fournir listées ci-dessous constitue le dossier d'inscription.

PIECES A FOURNIR POUR TOUS LES CANDIDATS

- La fiche « FICHE D'INSCRIPTION EPREUVES DE SELECTION AIDES-SOIGNANTS SESSION 2022 », **ci-jointe**, dûment complétée et signée, (Si le candidat est mineur, la signature de l'un des parents est nécessaire)
 - Une photocopie (recto / verso sur la même page) d'une pièce d'identité (carte nationale d'identité, passeport) en cours de validité
- Pour les ressortissants étrangers, un titre de séjour valide à l'entrée en formation.
- 2 photos d'identité couleur de moins d'1 an : 1 à coller sur la fiche d'inscription + 1 identifiée par votre nom et prénom au dos.
 - Une lettre de motivation manuscrite
 - Un Curriculum Vitae
- Un document manuscrit, de deux pages maximum, relatant au choix, soit:
- Une situation personnelle ou professionnelle vécue en lien avec le métier d'aide-soignant et les attendus de la formation
- Ou
- Son projet professionnel en lien avec les attendus de la formation.
- Une attestation de « responsabilité civile » nominative en cours de validité
 - Un justificatif de couverture sociale

Selon la situation du candidat,

- La copie des originaux de ses diplômes ou titres traduits en français ;
 - Les attestations de travail, accompagnées éventuellement des appréciations et/ou recommandations de(s) l'employeur(s)
- Document(s) permettant d'apprécier les capacités et les attendus relatifs à la maîtrise du français à l'oral*

*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.

Tout autre justificatif valorisant un engagement ou une expérience personnelle (associative, sportive...) en lien avec la profession d'aide-soignant

PIECES A FOURNIR EN SUS POUR LES CANDIDATS DISPENSES DES EPREUVES DE SELECTION - [Article 11 du titre 2 de l'arrêté du 7 avril 2020 modifié](#)

Une attestation employeur attestant 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

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, 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

PIECES A FOURNIR EN SUS POUR LES CANDIDATS BENEFICIANT DES MESURES D'EQUIVALENCES OU D'ALLEGEMENT DE SUIVI DE VALIDATION DE CERTAINS BLOCS DE COMPETENCE - [Article 14 du chapitre 3 de l'arrêté du 10 juin 2021](#)

Les titres ou diplômes

Un dossier scolaire complet avec relevé de résultats et appréciations ou bulletins scolaires pour les candidats titulaires d'un Baccalauréat Professionnel « Accompagnement, Soins, Services à la Personne » ou « Services aux Personnes et aux Territoires », ou dans l'année d'obtention de ce diplôme

PHOTO

D'

IDENTITE



FICHE D'INSCRIPTION EPREUVES DE SELECTION AIDES-SOIGNANTS SESSION 2022

Ce concours commun vous permet d'accéder, en cas de réussite aux épreuves de sélection, à l'un des 3 IFAS du GHT RVV en fonction de votre rang de classement et de la capacité d'accueil
OBLIGATION de COCHER les 3 CHOIX par ORDRE DE PRIORITE d'IFAS:

CHOIX 1 : ? IFAS ST VALLIER ? IFAS ST MARCELLIN ? IFAS TOURNON

CHOIX 2 : ? IFAS ST VALLIER ? IFAS ST MARCELLIN ? IFAS TOURNON

CHOIX 3 : ? IFAS ST VALLIER ? IFAS ST MARCELLIN ? IFAS TOURNON

A REMPLIR OBLIGATOIREMENT EN MAJUSCULE:

Sexe : Masculin Féminin

Nom d'usage: _____

Nom de jeune fille: _____

Prénoms : _____

Date de naissance : __/__/____ Lieu de naissance : _____

Nationalité : _____

Adresse postale: _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone fixe : __/__/__/____ Téléphone mobile : __/__/__/____

Adresse mail : _____

Situation actuelle : Etudiant Inscrit à Pôle Emploi : N° d'identifiant : _____

Salarié Autre : _____

PIECES A FOURNIR:

pièce d'identité en cours de validité ou titre de séjour valide à l'entrée en formation

photo d'identité couleur

lettre de motivation manuscrite

Curriculum Vitae

document manuscrit

attestation de « responsabilité civile » nominative en cours de validité

justificatif de couverture sociale

Selon la situation,

copie des originaux de ses diplômes ou titres traduits en français ;

attestations de travail, accompagnées éventuellement des appréciations et/ou recommandations de(s) l'employeur(s)

document(s) permettant d'apprécier les capacités et les attendus relatifs à la maîtrise du français à l'oral

attestation employeur attestant d'une ancienneté

attestation de suivi de la formation continue de 70heures

dossier scolaire complet

copie de la/leur fiche(s) synthétique(s) de validation après jury VAE

copie de la fiche récapitulative après jury DEAS

AFGSU

avis du médecin désigné par la CDAPH

A COCHER ET A JUSTIFIER OBLIGATOIREMENT PAR LE TITRE OU DIPLOME :

Titre ou diplôme traduit en français : _____

et année d'obtention : _____

Diplôme d'Etat d'Assistant de Régulation Médicale (ARM) / année d'obtention : _____

Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Puériculture (DEAP) / année d'obtention : _____

Diplôme d'Etat d'Ambulancier / année d'obtention : _____

Diplôme d'Etat d'Accompagnement Educatif et Social (AES ex AMP, AVS ou MC aide à domicile) / année d'obtention : _____

Titre professionnel d'Assistante De Vie aux Familles (ADVf) / année d'obtention : _____

Titre professionnel d'Agent de Service Médico-Social (ASMS) / année d'obtention : _____

Baccalauréat professionnel Accompagnement Soins, Services à la Personne (ASSP) / année d'obtention : _____

ou Terminale

Baccalauréat professionnel Services Aux Personnes et Aux Territoires (SAPAT) / année d'obtention : _____

ou Terminale : _____

Je soussigné(e), _____

Atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ce document.

Déclare avoir pris connaissance que les informations recueillies sur ce dossier font l'objet d'un traitement informatisé et accepte l'utilisation de ces données.

Date :

Signature :

(Si le candidat est mineur, nom, prénom et signature du représentant légal)

CERTIFICAT MEDICAL

De vaccination conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions
d'immunisation des professionnels de santé en France

Je soussigné Docteur
certifie que :

Madame Mademoiselle Monsieur

Nom : Prénoms :

Date de Naissance :/...../.....

Candidat(e) à l'inscription en formation aide-soignant, a été vacciné(e) :

• **Contre la COVID :**

OUI (*fournir pass vaccinal complet et valide*)

• **Contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite :**

Dernier rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N° lot

• **Contre l'hépatite B :**

Vaccination contre hépatite B	Première injection : Deuxième injection : Troisième injection :
Taux AC HBs Si taux > 100 UI/l : immunisé Si taux entre 10 et 100 UI/l : recherche AcantiHBS Si taux < à 10UI/l : non répondeur à la vaccination	Dosage :

Selon l'article L.3111-4 et dont les conditions sont fixées par l'arrêté du 2 août 2013, il/elle est considéré (e) comme (*rayez les mentions inutiles*) :

- | | | |
|---|-----|-----|
| ▪ Immunisé (e) contre l'hépatite B : | oui | non |
| ▪ Non répondeur (se) à la vaccination : | oui | non |

• **Par la tuberculose:** IDR de référence de début de carrière (Vaccination non obligatoire)

IDR à la tuberculine	Date	Résultat (en mm)

Selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour les professionnels de santé, **il est recommandé d'être immunisé contre la coqueluche, la rougeole, la varicelle, la tuberculose et la grippe saisonnière.**

Signature du **candidat**

Signature et cachet du **Médecin**

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE

A REMPLIR PAR UN MEDECIN AGREE PAR L'ARS DE VOTRE REGION

Par exemple, pour la région Auvergne Rhône Alpes :
<https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/liste-des-medecins-et-specialistes-agrees>

Je soussigné Docteur

Médecin agréé, atteste, après l'avoir examiné(e) ce jour, que :

Madame Mademoiselle Monsieur

Nom : Prénoms :

Date de Naissance :/...../.....

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

Date, signature et cachet du médecin