

**FORMATION D'AIDE - SOIGNANT**

\*\*\*\*\*

**NOTICE D'INFORMATIONS  
POUR LES BAC ASSP / BAC SAPAT  
ET AUTRES DISPENSES**

**ET**

**MODALITES D'INSCRIPTION**

**Institut de formation**  
d'Aides - soignants  
Site EVREUX  
22, rue du Docteur Michel Baudoux  
27015 Evreux Cedex

courriel : [ifsie@chi-eureseine.fr](mailto:ifsie@chi-eureseine.fr)  
[www.chi-eureseine.fr](http://www.chi-eureseine.fr)

**Tél : 02 32 33 81 41**

Fax : 02 32 33 81 75

**Institut de formation**  
d'Aides - soignants  
Site de VERNON  
Pavillon Paule Aguilar  
5 rue du Dr BURNET  
BP 912  
27207 VERNON cedex  
courriel : [form.asvernon@chi-eureseine.fr](mailto:form.asvernon@chi-eureseine.fr)  
[www.chi-eureseine.fr](http://www.chi-eureseine.fr)

**Tél : 02 32 71 69 40**

Fax : 02 32 71 65 59

**Edition 2015**

# NOTE D'INFORMATION

Le dossier d'inscription doit parvenir complet à l'adresse ci-dessous pour **le vendredi 19 décembre 2014 (le cachet de la poste faisant foi).**

IFAS DE L'EURE  
22 rue du docteur Michel Baudoux  
27015 EVREUX Cedex

## **Sélection sur dossier :**

- Le dossier sous enveloppe cacheté sera étudié par un jury  
**Tout dossier incomplet ne sera pas recevable**
- Les résultats de cette sélection sur dossier sont affichés au siège de l'Institut

**Le mardi 10 mars 2015 – 14h00**

Tous les candidats sont personnellement informés par écrit ou sur le site internet de leur sélection : [www.chi-eureseine.fr](http://www.chi-eureseine.fr) (aucun résultat par téléphone)

## **L'entretien :**

Il se déroule **du 30 mars 2015 au 10 avril 2015** sous réserve d'ouverture de dates supplémentaires.

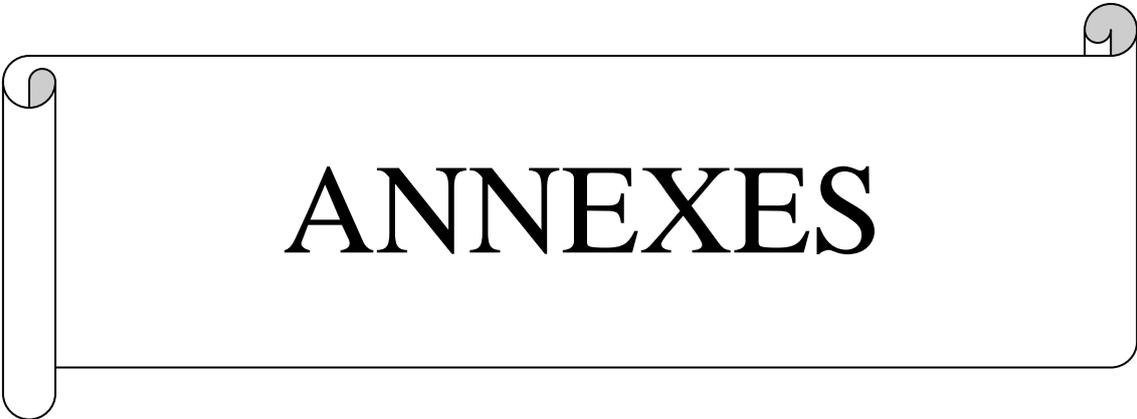
A l'issue de cet entretien, le jury établit une liste de classement.  
Les résultats sont affichés au siège de l'Institut

**Le mardi 21 avril 2015 - 14h00**

Tous les candidats sont personnellement informés par écrit ou sur liste internet de leur sélection : [www.chi-eureseine.fr](http://www.chi-eureseine.fr) (aucun résultat par téléphone)

**Si dans les 10 jours suivant l'affichage, un candidat classé sur la liste principale ou sur la liste complémentaire n'a pas confirmé par écrit son souhait d'entrer en formation, il est présumé avoir renoncé à son admission ou à son classement sur la liste complémentaire et sa place est proposée au candidat inscrit en rang utile sur cette dernière liste.**

**Les résultats des épreuves de sélection ne sont valables que pour la rentrée au titre de laquelle elles ont été organisées sauf dérogation accordée par le directeur de l'institut de formation.**



# ANNEXES

## *Institut de Formation d'Aides-Soignants*

IFAS DE L'EURE  
22 rue du docteur Michel Baudoux  
27015 EVREUX Cedex  
Standard : 02.32.33.81.41  
ifsie@chi-eureseine.fr

Nombre de places **BAC ASSP** et **BAC SAPAT** : **16**

Nombre de places pour autres dispenses **DEAP, TPAVF, DEAVS, MCAD, AMP, DA** ou **CCA** : **15**

### FICHE D'INSCRIPTION

#### Session 2015-2016

Nom de naissance ..... Prénom .....

Adresse complète .....

..... Nom .....

..... Sexe  M  F

..... Date et lieu de naissance .....

N° tél fixe..... Nationalité .....

N° portable..... Situation de famille .....

E-mail..... Nombre d'enfants .....

Détenteur du permis de conduire  oui  non  en cours Véhicule  oui  non

### **📌 Le DOSSIER D'INSCRIPTION se décompose en 2 PARTIES :**

➤ **1<sup>ère</sup> partie : Le dossier administratif** qui sera vérifié et traité par le secrétariat

***Veillez cocher votre réponse et fournir les documents demandés***

- Photocopie recto/verso de la carte d'identité en cours de validité ou du passeport. En cas de renouvellement, fournir une attestation de la mairie (en aucun cas le permis de conduire ne sera accepté)
- ou Photocopie recto/verso de la carte de séjour ou demande d'asile en cours de validité
- Autorisation des représentants légaux pour un candidat mineur
- Fiche d'inscription au concours dûment complétée
- Journée d'Appel à la Défense
- Chèque d'un montant de 61€ à l'ordre du Trésor Public
  - Nom et prénom du candidat au dos du chèque
- 4 enveloppes à fenêtre transparente format 11cmx22cm, affranchies au tarif en vigueur,
- 1 enveloppe format 16cm X 23.20cm affranchie au tarif rapide en vigueur dûment libellée au nom et adresse du candidat (pour le retour du dossier s'il est incomplet)

➤ 2<sup>ème</sup> partie : **Le dossier de jury** qui doit être mis sous enveloppe cachetée et qui sera étudié par le jury d'admissibilité

**FICHE D'INSCRIPTION AU CONCOURS D'ENTREE EN FORMATION D'AIDE-SOIGNANT**  
**DOSSIER de JURY de sélection pour le titulaire d'un : BAC PRO ASSP et SAPAT**

<i>Je suis titulaire du :</i>	<i>Veillez cocher les documents ci-dessous et les fournir dans une enveloppe fermée</i>
<input type="checkbox"/> BACCALAUREAT Professionnel « Accompagnement, soins, services à la personne » ASSP  <input type="checkbox"/> BACCALAUREAT Professionnel « Services aux personnes et aux territoires » SAPAT  <input type="checkbox"/> En terminale BAC PRO ASSP ou SAPAT	<input type="checkbox"/> Lettre de motivation signée manuscrite <input type="checkbox"/> Curriculum vitae récent et informatisé <input type="checkbox"/> Attestation de scolarité <input type="checkbox"/> Bulletins trimestriels de la dernière année de lycée <input type="checkbox"/> Appréciations de stages de la 1 <sup>ère</sup> et éventuellement de la terminale <input type="checkbox"/> <b>livret scolaire et/ou relevé de notes du Baccalauréat</b> <input type="checkbox"/> Exercice professionnel en secteur sanitaire et social : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>Je fais le choix de m'inscrire<sup>1</sup> :</b>	
<input type="checkbox"/> Aux épreuves de sélection pour une formation en 10 mois ( <b>parcours complet</b> ) <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> A l'épreuve écrite d'admissibilité et/ou</li> <li><input type="checkbox"/> A l'épreuve orale d'admission</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Aux épreuves de sélection spécifiques aux candidats bénéficiant de dispenses de formation ( <b>parcours partiel</b> ).

**📢 En cas d'échec aux épreuves de droit commun, je ne pourrais pas prétendre à la dispense de scolarité.**

**Je soussigné(e) : ....., atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus, certifie avoir pris connaissance des modalités de sélection et m'engage dans le cadre d'un parcours complet à suivre l'ensemble des unités de formation.**

**Fait à ... Le : ...**

**J'accepte que mon identité paraisse à la publication des résultats  OUI  NON**

**Signature du candidat ou de son représentant légal si le candidat est mineur**

<sup>1</sup> Arrêté du 21 mai 2014 modifiant l'arrêté du 22 octobre 2005 relatif à la formation conduisant au diplôme d'aide-soignant

2<sup>ème</sup> partie : **Le dossier de jury** doit être mis sous enveloppe cachetée, il sera étudié par le jury d'admissibilité<sup>2</sup>

**FICHE D'INSCRIPTION AU CONCOURS D'ENTREE EN FORMATION D'AIDE-SOIGNANT**  
pour les titulaire d'un Titre ou d'un Diplôme: **DEAP, TPAVF, DEAVS, MCAD, AMP, DA ou CCA**

<b><i>Vous êtes titulaire d'un des titres suivants :</i></b>	<b><i>Veillez cocher les documents et les fournir</i></b>
<input type="checkbox"/> Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Puériculture (DEAP) <input type="checkbox"/> DE Ambulancier <input type="checkbox"/> Certificat de Capacité d'Ambulancier (CCA) <input type="checkbox"/> Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale (DEAVS) <input type="checkbox"/> Mention Complémentaire d'Aide à Domicile (MCAD) <input type="checkbox"/> Diplôme d'Etat d'Aide Médico-Psychologique (DEAMP) <input type="checkbox"/> Titre Professionnel d'Assistant(e) de Vie aux Familles (TPAVF)	<input type="checkbox"/> Photocopie du titre ou du diplôme dispensant du concours d'entrée en IFAS <input type="checkbox"/> Lettre de motivation signée manuscrite <input type="checkbox"/> Curriculum vitae récent et informatisé <p>➤ <b><u>Si vous avez un employeur :</u></b></p> <input type="checkbox"/> Photocopie du dernier contrat de travail (CDD ou CDI) <input type="checkbox"/> Nom et adresse complète de l'employeur : ..... <p>.....</p> <input type="checkbox"/> Attestation de l'employeur justifiant votre situation <input type="checkbox"/> Appréciations de l'employeur <p>➤ <b><u>Si Demandeur d'emploi :</u></b></p> <input type="checkbox"/> Date d'inscription au Pôle Emploi : ..... <input type="checkbox"/> N° identifiant : ..... <input type="checkbox"/> Dernier emploi occupé : ..... <p>.....</p> <input type="checkbox"/> <b><u>Autre</u></b> <b>(préciser) :</b> .....
<b>Je fais le choix de m'inscrire :</b>	
<input type="checkbox"/> Aux épreuves de sélection pour une formation en 10 mois ( <b>parcours complet</b> ) <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> A l'épreuve écrite d'admissibilité et/ou</li> <li><input type="checkbox"/> A l'épreuve orale d'admission</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Aux épreuves de sélection spécifiques aux candidats bénéficiant de dispenses de formation ( <b>parcours partiel</b> ).

**📢 En cas d'échec aux épreuves de droit commun, je ne pourrais pas prétendre à la dispense de scolarité**

**Je soussigné(e) : ....., atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus, certifie avoir pris connaissance des modalités de sélection.**

**J'accepte que mon identité paraisse à la publication des résultats  OUI  NON**

**Fait à ..... Le : .....**

**Signature du candidat ou de son représentant légal si le candidat est mineur**

<sup>2</sup> Arrêté du 21 mai 2014 modifiant l'arrêté du 22 octobre 2005 relatif à la formation conduisant au diplôme d'aide-soignant

**ATTESTATION SUR L'HONNEUR**

(toutes les rubriques doivent être complétées manuscrites par le signataire)

**Document(s) produit(s):**

Carte d'identité	θ
Passeport	θ
Carte de séjour	θ
Diplôme, certificat	θ

**Je soussigné(e)**

**Madame, Monsieur** (*rayez la mention inutile*)

**NOM (de jeune fille)**.....

**Epouse** .....

**Prénom**.....

**Né(e) le** ..... **à** .....

**Adresse**  
.....  
.....

**Code postal**.....  
**Ville**.....

**Atteste sur l'honneur que tous les éléments portés sur la présente attestation sont authentiques, vérifiables et conformes aux pièces originales.**

**Pour faire valoir ce que de droit**

**Fait à**..... **le** .....

**Signature**



avec le soutien  
de la Région  
Haute Normandie

**CE DOCUMENT VOUS EST TRANSMIS POUR INFORMATION.  
L'ORIGINAL SERA A FOURNIR LE JOUR DE VOTRE INSCRIPTION  
DEFINITIVE**

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

### Attestation vaccinale

*FICHE A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT ou AGREE*

VACCINATIONS	DATE	RESULTAT/OBSERVATION
BCG (dans l'enfance, ne pas le refaire)		
TEST TUBERCULINIQUE ( de – de 1 an)		(résultat récent en mm)
DTP ou DTCoqP (à préciser)		
HEPATITE B 1ère injection		
2 <sup>ème</sup> injection		
3 <sup>ème</sup> injection		
Sérologie HEPATITE B (Ag HBs, Ac HBs, Ac anti HBc)		
VARICELLE maladie ou vaccination Sérologie (IgG si pas de trace de maladie et pas de vaccination)		
ROUGEOLE		
vaccination : 1 <sup>ère</sup> injection		
2 <sup>ème</sup> injection		
En cas d'absence de 2 vaccins, faire une sérologie Rougeole (IgG)		

Date : .....

Signature et cachet

## AUTORISATION PARENTALE

*(à établir pour les jeunes de moins de 18 ans non émancipés)*

Je soussigné(e), Monsieur, Madame, .....  
agissant en qualité de père- mère – représentant légal, \*  
autorise Monsieur, Madame .....  
né(e) le ..... à ..... Département ou pays .....

à se présenter aux épreuves du concours infirmier(e) – aide-soignant (e) ou auxiliaire de puériculture

Fait à..... Le .....

Signature du père, de la mère  
ou du représentant légal

\* Rayer les mentions inutiles

Joindre la pièce justifiant la qualité du signataire (livret de famille ou jugement)