



# DOSSIER SELECTION D'AIDE-SOIGNANT

ANNEE : 2024

PHOTO  
(à coller ou agraffer)

N° D'ORDRE : ..... Ne rien inscrire dans ce ca

PROMOTION : .....FINANCEMENT :



**Δ Le dossier d'inscription doit être complété et écrit en lettres majuscules  
Tous les documents annexés qui seraient illisibles seront non comptabilisés**

INITIAL  PARTIEL TITRÉ  APPRENTISSAGE

## 1 - IDENTITE

NOM de naissance : \_\_\_\_\_ N° Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_ NATIONALITE : \_\_\_\_\_

NOM Marital : \_\_\_\_\_ DATE de Naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

SEXE : \_\_\_\_\_ LIEU de Naissance (VILLE) \_\_\_\_\_ (PAYS) : \_\_\_\_\_

## 2 - COORDONNEES

ADRESSE \* : \_\_\_\_\_

CODE POSTAL : \_\_\_\_\_ COMMUNE : \_\_\_\_\_

TELEPHONE Domicile : \_\_\_\_\_ PORTABLE : \_\_\_\_\_

Adresse Mail : \_\_\_\_\_

**\*Tout changement d'adresse ou de n° de téléphone doit être signalé obligatoirement  
(la responsabilité en incombera à l'apprenant)**

## 3 - SITUATION DE FAMILLE

Etes-vous ? :

Marié(e)  Célibataire  Veuf(ve)  Divorcé(e)  En concubinage

Avez-vous des enfants ? : oui " non " Si oui, combien ? : \_\_\_\_\_

Diffusion résultats du Jury certif? \_\_\_\_\_

Diffusion en ligne des résultats de sélection d'entrée? \_\_\_\_\_

Je suis en situation d'handicap et je souhaite bénéficier d'une aide? \_\_\_\_\_

*(Si oui, joignez impérativement à ce dossier d'inscription les pièces justificatives nécessaires)*

#### **4 - CONDITIONS D'ADMISSION**

Par le dossier de sélection : note : /20

Nom du dernier diplôme : ----- Niveau : -----

Date de sortie du système scolaire : -----

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> DEAES obtenu en _____  | <input type="checkbox"/> BAC ASSP obtenu en _____  |
| <input type="checkbox"/> DEAP obtenu en _____   | <input type="checkbox"/> BAC SAPAT obtenu en _____ |
| <input type="checkbox"/> DEAVS obtenu en _____  | <input type="checkbox"/> ARM obtenu en _____       |
| <input type="checkbox"/> DEA obtenu en _____    | <input type="checkbox"/> ASM Obtenu en _____       |
| <input type="checkbox"/> DEAMP obtenu en _____  | <input type="checkbox"/> ASHQ _____                |
| <input type="checkbox"/> TP AVF obtenu en _____ | <input type="checkbox"/> VAE modules obtenus _____ |

#### **5 - EXPERIENCE PROFESSIONNELLE**

Avez-vous une expérience professionnelle de (*cocher la mention utile*) :

- Dans le secteur social et médico-social
- Dans un autre secteur si oui lequel \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà fait un stage dans un secteur para-médical ?  OUI  NON

Si vous êtes toujours en emploi, veuillez répondre aux questions suivantes et fournir une attestation :

CDI  CDD   
Depuis le : \_\_\_\_\_ Depuis le : \_\_\_\_\_

NOM de l'entreprise : \_\_\_\_\_ Fonction occupée : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

NOM du responsable : \_\_\_\_\_ TELEPHONE : \_\_\_\_\_

ADRESSE MAIL EMPLOYEUR : \_\_\_\_\_

**6- SITUATION LORS DE L'INSCRIPTION EN INSTITUT DE FORMATION**

Etes vous inscrit (e) à Pôle Emploi :  Oui  Non

Si oui depuis quelle date \_\_\_\_\_ N° identifiant PE (7 chiffres et 1 lettre) \_\_\_\_\_

Percevez vous une allocation  Oui  Non

Si oui, laquelle ? \_\_\_\_\_

Date début suivi Mission Locale \_\_\_\_\_

Intitulé du dernier diplôme obtenu \_\_\_\_\_

Avez-vous fait une demande auprès d'un Organisme financeur  OUI Lequel \_\_\_\_\_  NON

**7 - CONDITIONS FINANCIÈRES DE L'INSCRIPTION**

**Financement de la formation :**

Conseil Général Île de France

CPF Indiquez le montant à mobiliser :

C.A.F ou organismes sociaux

Transition Pro Adresse :

Employeur

Autres Nom et adresse :

Individuel

**Le montant de la formation pourra être étalée sur plusieurs mois après accord d'échelonnement validé par la directrice**

Les versements de ces échelonnements se feront par des virements automatiques ou par la remise d'espèces.

**Toute formation commencée est due dans sa totalité.**

**Personne à contacter en cas d'urgence :**

NOM :-----

PRENOM :-----

Téléphone :-----

**PAS DE DOCUMENTS AVEC AGRAFES SVP**

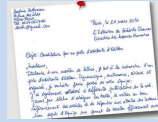
**SELECTION SUR LA BASE DE CE DOSSIER ET D'UN ENTRETIEN ORAL DESTINÉS A APPRÉCIER LES CONNAISSANCES, LES APTITUDES ET LA MOTIVATION DU CANDIDAT A**

**Pièces à classer dans cet ordre pour la notation de votre dossier:**

**1) Une pièce d'identité [copie couleur recto verso de la Carte Nationale d'identité (CNI) ou le Titre de Séjour (TS) valide à l'entrée de formation]**



**2) Une lettre de motivation MANUSCRITE**



**3) Un Curriculum Vitae en Version numérique**



**4) Un document manuscrit (2 pages maximum) relatant au choix, soit une situation personnelle ou professionnelle vécue, soit son projet professionnel en lien avec les attendus de la formation**

**5) Selon la situation du candidat, la copie des originaux de ses diplômes ou titres traduits en français.**



**6) Le cas échéant, la copie de ses relevés de résultats et appréciations ou bulletins scolaires des classes de première et terminale.**

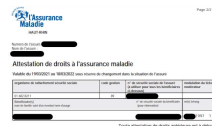


**7) Selon la situation du candidat, les attestations de travail, accompagnées éventuellement des appréciations et/ou recommandations de l'employeur**

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

**VOTRE DOSSIER POUR L'INSCRIPTION DOIT COMPRENDRE ÉGALEMENT (non soumis à la notation)**

1 Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la sécurité sociale.



1 Relevé d'Identité Bancaire (RIB)



2 Photos d'identité récente + 1 photo à coller sur la première page de ce dossier

1 Relevé de situation Pôle Emploi des périodes en continu (6 mois) pour tous les candidats inscrits PE

1 Copie de l'attestation d'assurance responsabilité civile avec option STAGES MEDICAUX (obligatoire)

1 attestation médicale des vaccins (BCG- Test Tuberculine- DTPolio- Hépatite B- Preuve du schéma vaccinal achevé COVID19 )

1 Photocopie du carnet de santé à jour des vaccins obligatoires présents sur la feuille de vaccination

1 certificat médical d'un MEDECIN AGRÉÉ attestant que la candidat n'est atteint d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession d'aide-soignant.

*L'inscription définitive des candidats recus à la selection, suivant les critères de positionnement régulés par les grilles de notation de l'ARS, est valable pour l'année scolaire pour laquelle le candidat a été admis.*

**90 EUROS DE FRAIS SERONT DEMANDÉS A L'INSCRIPTION DE L'APPRENANT**

Règlement à fournir par Virement ou Espèces

**Les frais pédagogiques sont non remboursables en cas de désistement du candidat**

Signature :

Date : . ./ . / 202

" "Je déclare avoir pris connaissance de tous éléments de ce dossier"

" j'accepte les conditions et Je déclare exacte toutes les informations inscrites dans ce dossier.

**NE RIEN INSCRIRE DANS CE CADRE**

Dossier contrôlé par :

Numéro du dossier : .....

Date de réception du dossier :

Frais Pédagogiques: Espèce

V5-30/10/2023- SC LC VG

Virement