# Sélection IFAS de MALESTROIT (56)

| | | |
|---|---|---|
| | **IFAS MALESTROIT**<br>***Site : cfsm56.fr/formation-aide-soignante*** | 4, Faubourg St Michel<br>56140 MALESTROIT<br>***ifas.malestroit@cfsm56.fr*** |

# Notice et Fiche d'inscription IFAS de MALESTROIT

# Rentrée Septembre 2024

## Année scolaire 2024/2025

---

**Sélection formation Aide-Soignant**

**RENTREE le :**

**Lundi 26 août 2024 - 9h**

---

# Table des matières

**CALENDRIER DU DEROULEMENT DES EPREUVES** ..... **4**

**INFORMATIONS GENERALES** ..... **5**

**CAPACITE D'ACCUEIL ET PLACES PROPOSEES AUX EPREUVES DE SELECTION** ..... **6**

**CURSUS DE FORMATION SELON VOS EXPERIENCES ET/ OU TITRES ANTERIEUREMENT ACQUIS** ..... **6**

**MODALITES DE SELECTION** ..... **7**

Épreuves de sélection ..... 7

Le dossier ..... 7

L'entretien ..... 7

Les attendus ..... 7

Mode opératoire ..... **Erreur ! Signet non défini.**

Liste complémentaire ..... 9

Report d'admission des candidats en liste principale ..... 9

**Aides financières possibles** ..... **9**

Indemnisations / Allocations / Rémunérations ..... 9

Prise en charge des frais pédagogiques ..... 10

Bourses d'études ..... 10

**Modalités d'organisation pour les candidats présentant un handicap** ..... **10**

Conditions sanitaires ..... 10

**Fiche d'inscription à la sélection aide-soignante promotion 2024/2025 – P0 (recto/verso)** ..... **11**

**Annexe 1 : Certificat d'aptitudes** ..... **13**

**Annexe 2 : Guide des conditions vaccinales** ..... **14**

**Annexe 3 : Synthèse de la scolarité des élèves en formation BAC Professionnel SAPAT / ASSP** **17**

**Annexe 4 : Avis sur l'Aménagement des Epreuves d'Examen et Concours (AEEC)** ..... **18**

## *A LIRE ATTENTIVEMENT*

***Toutes pièces utiles seront à transmettre en dossier complet, en le déposant à l'institut, avant le 10 juin 2024. Dans votre intérêt merci de vous organiser en conséquence.***

Les pièces sont à retourner uniquement à l'IFAS :

***IFAS du Centre de Formation Saint-Michel de Malestroit***
***4 Faubourg Saint-Michel – BP 23 – 56140 Malestroit cedex***
***De 9h à 16h45***
***Sous enveloppe, par dépôt ou courrier, dans la boîte aux lettres à droite de l'entrée de l'IFAS, 4 Faubourg Saint-Michel – 56140 Malestroit***

## *BIEN PRENDRE CONNAISSANCE DE CETTE INFORMATION*

Pour la rentrée de septembre 2024, le département du Morbihan bénéficie de 6 offres de formation aide-soignant

| | IFAS DU MORBIHAN (établissement de santé)<br>374 places | Places ouvertes<br>Détails sur chaque site d'institut<br>Consultez les sites internet |
|---|---|---|
| A | **La durée de formation à l'IFAS du Centre de Formation Saint-Michel à MALESTROIT** (**sous réserve de parcours partiels*) est maximum de **11** mois (rentrée de septembre 2024 / sortie en juillet 2025). | **59** |
| B | **La durée de formation à l'IFAS GHBS LORIENT** (**sous réserve de parcours partiels*) est maximum de **11** mois (rentrée de septembre 2024 / sortie en juillet 2025). | **89** |
| C | **La durée de formation à l'IFAS de VANNES CHBA** (**sous réserve de parcours partiels*) est maximum de **11** mois (rentrée de septembre 2024 / sortie en juillet 2025). | **110** |
| D | **La durée de formation à l'IFAS Lycée de Ménimur à VANNES** est de **11** mois*, période estivale de congés comprise : rentrée de septembre 2024 / sortie en juillet 2025). | **20** |
| E | **La durée de formation à l'IFAS de PONTIVY CHCB** (**sous réserve de parcours partiels*) est maximum de **11** mois (rentrée de septembre 2024 / sortie en juillet 2025). | **54** |
| F | **La durée de formation à l'IFAS Lycée des métiers Marie LE FRANC à LORIENT** est de **14** mois*, période estivale de congés comprise : rentrée de septembre 2024 / sortie en octobre 2025). | **30** |

**Chaque IFAS organise sa propre sélection, à laquelle vous pouvez également postuler avec le dossier que vous trouverez sur son site.**

## CALENDRIER DU DEROULEMENT DES EPREUVES

| | | |
|---|---|---|
| **Retrait des dossiers** | A compter du **vendredi 16 février 2024** | **Téléchargeable sur notre site internet *www.cfsm56.fr*** |
| **Dépôt des dossiers** | A partir du **vendredi 16 février 2024**<br>Dernier délai le **lundi 10 juin 2024.**<br>**Merci de prioriser un dépôt anticipé pour que nous puissions vous accompagner au mieux** | **Les dossiers incomplets ne seront pas acceptés, votre dossier ne sera pas étudié.**<br>**Numérotez bien les pièces du dossier.**<br>**Une confirmation d'inscription vous sera adressée par mel.** |
| **Clôture du dépôt des dossiers et du traitement des pièces utiles.** | Le **lundi 10 juin 2024** | |
| **Etude des dossiers et entretiens par le jury de sélection** | **Semaine n°26**<br>**du lundi 24 juin au vendredi 28 juin 2024**<br>**Il n'y aura pas possibilités de changer de date et d'heure de passage** | |
| **Publication des résultats** | Le **vendredi 5 juillet 2024**<br>**A 14h00** | **Sur le site internet de l'IFAS**<br>**IFAS de Malestroit**<br>***www.cfsm56.fr***<br>**Un courrier est adressé par mél à tous les candidats à l'adresse indiquée lors de l'inscription.** |

## INFORMATIONS GENERALES

La formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant est réglementée par l'arrêté du 7 avril 2020 modifié par l'arrêté du 12 avril 2021 et l'arrêté du 10 juin 2021.

**Sous réserve d'évolution de la situation sanitaire**, l'admission à la sélection des candidats sera effectuée par un jury de sélection sur la base de l'examen de votre dossier et d'un entretien.

> *Art. 1er : « Les candidats doivent être âgés **de dix-sept ans au moins** à la date d'entrée en formation ». Sans condition de diplôme.*
>
> *Art. 8 ter : « **L'admission définitive** dans un institut de formation d'aides-soignants est subordonnée :*

- 1° **A la production, au plus tard le jour de la rentrée**, d'un certificat médical émanant d'un médecin agréé (Liste du département du Morbihan sur notre site) attestant que le candidat n'est atteint d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession.
- 2° A la production, avant la date d'entrée au premier stage, d'un certificat médical attestant que l'élève remplit les obligations d'immunisation et de vaccination prévues »

**Vaccinations obligatoires** (Article L.3111-4 du code de la santé publique et Article 12 – Chapitre II de la loi n°2021-1040 du 5 août 2021 modifiée relative à la gestion de la crise sanitaire) :

- **Hépatite B** - Diphtérie - Tétanos – DTpolio-

Vaccinations recommandées par le Haut Conseil de Santé Publique :

- Coqueluche - rougeole - grippe saisonnière - rubéole – varicelle- COVID

**N'attendez pas l'admission pour prendre contact avec votre médecin traitant car 6 mois sont à prévoir pour effectuer le protocole complet des vaccinations.**

## CAPACITE D'ACCUEIL ET PLACES PROPOSEES AUX EPREUVES DE SELECTION IFAS du CFSM de MALESTROIT

| Nombre de places autorisées | Places réservées (20% minimum) | | Places ouvertes à la sélection |
|---|---|---|---|
| | Article 11 ASH / ASHQ | Reports | |
| 59 | 20 | 3 | 36 |

***Les places priorisées et non pourvues seront proposées aux candidats admis sur liste complémentaire.***

## PLACES PROPOSEES HORS QUOTAS DES 59 PLACES AUTORISEES

| Places réservées à l'apprentissage en cursus partiels |
|---|
| 20 |

## CURSUS DE FORMATION SELON VOS EXPERIENCES ET/ OU TITRES ANTERIEUREMENT ACQUIS

Les personnes admises en formation aide-soignante à l'IFAS et titulaires des titres et diplômes ci-dessous bénéficient, **de fait, de dispenses / allègements de formation**. Le directeur de l'institut de formation met en place la formation selon un calendrier adapté. Les cursus mis en place dans ce cadre peuvent débuter à tout moment de l'année.

| PARCOURS (voir précisions sur site internet) | Semaines à l'institut | Semaines de stage |
|---|---|---|
| **Cursus complet :** | **22** | **22** |
| ☐ Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Puériculture 2006 (niveau 3) | **9.4** | **7** |
| ☐ Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Puériculture 2021 (niveau 4) | **6.4** | **7** |
| ☐ Diplôme d'assistant de régulation médicale | **15.8** | **17** |
| ☐ Diplôme d'Etat d'ambulancier | **16.4** | **17** |
| ☐ Baccalauréat professionnel SAPAT | **14.6** | **14** |
| ☐ Baccalauréat professionnel ASSP | **10.6** | **10** |
| ☐ Diplôme d'Etat d'Accompagnant Educatif et Social 2016 Spécialités (niveau 3) : DEAMP / DEAVS / MCAD *(entourer la mention utile)* | **15.8** | **12** |
| ☐ Diplôme d'Etat d'Accompagnant Educatif et Social 2021 fusion spécialités (niveau 3) | **13** | **12** |
| ☐ Titre Professionnel d'Assistant de Vie aux Familles | **16.2** | **17** |
| ☐ Agent de Service Médico-Social | **17.2** | **17** |

## MODALITES DE SELECTION

**Information valable à la date du 16 février 2024 - Sous réserve d'évolution réglementaire ou de situation sanitaire**.

Bien suivre les informations sur le site internet : ***www.cfsm56.fr***

***Les épreuves de sélection bénéficient d'une gratuité.***

### *Épreuves de sélection*

La sélection des candidats est effectuée par un jury de sélection sur la base des pièces de votre dossier et d'un entretien destiné à apprécier vos connaissances, vos aptitudes et votre motivation à suivre la formation.

### *Le dossier*

Ce dossier permet **d'apprécier les qualités rédactionnelles**, **l'aptitude aux questionnements**, à **l'analyse et à l'argumentation** ainsi que la capacité à se projeter dans le futur environnement professionnel du candidat (Pièces n°2,3, 4 et 10).

Ce dossier sera examiné par un binôme infirmier cadre de santé / aide-soignant.

### *L'entretien*

L'entretien individuel d'une durée de quinze à vingt minutes est réalisé pour permettre d'apprécier les qualités humaines et relationnelles du candidat et son projet professionnel. Il peut être réalisé à distance.

L'entretien est réalisé par un binôme infirmier cadre de santé / aide-soignant.

### *Les attendus*

Connaissances et aptitudes attendues pour suivre les formations conduisant aux diplômes d'Etat d'aide-soignant

| Attendus | Critères |
|---|---|
| Intérêt pour le domaine de l'accompagnement et de l'aide à la personne notamment en situation de vulnérabilité | Connaissances dans le domaine sanitaire, médico-social, social ou sociétal |
| Qualités humaines et capacités relationnelles | Aptitude à faire preuve d'attention à l'autre, d'écoute et d'ouverture d'esprit |
| | Aptitude à entrer en relation avec une personne et à communiquer |
| | Aptitude à collaborer et à travailler en équipe |
| Aptitudes en matière d'expression écrite, orale | Maîtrise du français et du langage écrit et oral |
| | Pratique des outils numériques |
| Capacités d'analyse et maîtrise des bases de l'arithmétique | Aptitude à élaborer un raisonnement logique à partir de connaissances et de recherches fiables |
| | Maîtrise des bases de calcul et des unités de mesure |
| Capacités organisationnelles | Aptitudes d'observation, à s'organiser, à prioriser les activités, autonomie dans le travail |

Les connaissances et aptitudes peuvent être vérifiées dans un cadre scolaire, professionnel, associatif ou autres.

***LE DOSSIER DOIT OBLIGATOIREMENT COMPORTER LES PIECES SUIVANTES (NUMEROTATION ET ORDRE DE CONSTITUTION A RESPECTER) :***

Il vous est **conseillé d'être très transparent sur votre niveau en langue française** pour ne pas vous retrouver en difficulté lors de la formation.

- **N°0** Fiche inscription page 11
- **N°1** Une pièce d'identité
- **N°2** Une lettre de motivation manuscrite
- **N°3** Un curriculum vitae
- **N°4** 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
- **N°5** La copie des originaux de ses diplômes ou titres traduits en français selon la situation
- **N°6** Le cas échéant, la copie de ses relevés de résultats et appréciations ou bulletins scolaires
- **N°7** Selon la situation du candidat, les attestations de travail, accompagnées éventuellement des appréciations et/ou recommandations de l'employeur (ou des employeurs)
- **N°8** Pour les ressortissants étrangers, un titre de séjour valide à l'entrée en formation
- **N°9** **Pour les ressortissants étrangers, lorsque le <u>niveau de français à l'écrit et à l'oral</u> 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.
- **N°10** Les candidats peuvent joindre tout autre justificatif valorisant un engagement ou une expérience personnelle (associative, sportive…) en lien avec la profession d'aide-soignant

- **N°11** Pour les **<u>INSCRIPTIONS SANS SELECTION</u>** « ASHQ 1 an » ou « ASHQ 70h », agents de service
  - Les justificatifs d'une ancienneté de services cumulée d'au moins 1 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
  - **Une attestation de prise en charge financière <u>effective</u> de la formation par l'employeur actuel dès l'inscription**

  **<u>OU</u>**
  - Une attestation de formation du module 70h « participation aux soins d'hygiène, de confort et de bien-être de la personne âgée » <u>réalisée avant le 31/12/2022</u>
  - Une attestation employeur justifiant d'une ancienneté de services cumulée d'au moins 6 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
  - **Une attestation de prise en charge financière <u>effective</u> de la formation par l'employeur actuel dès l'inscription.**

- **N°12** Pour les **<u>INSCRIPTIONS SANS SELECTION</u>** en « contrat d'apprentissage » merci de vous adresser au secrétariat et de transmettre :
  - **la pièce N°5 justifiant de votre cursus de formation allégé**

Rappel : Nous vous invitons à anticiper fortement l'envoi de votre dossier d'inscription. A réception du dossier, vous recevrez un mél validant votre inscription. Vous devez vous assurer que votre dossier est COMPLET. A défaut, votre candidature ne sera pas retenue.

***RÉSULTATS DÉFINITIFS DES ÉPREUVES DE SÉLECTION***

***Le VENDREDI 05 JUILLET 2024 à 14h00***

***Lieu d'affichage : A l'IFAS de Malestroit***
***Mis en ligne sur le site de l'IFAS de Malestroit :*** www.cfsm56.fr
***(Sauf si vous avez fait part de votre opposition par écrit)***
***TOUS LES CANDIDATS SONT PERSONNELLEMENT INFORMÉS DE LEURS RÉSULTATS PAR COURRIEL à l'ADRESSE MEL COMMUNIQUEE A L'INSCRIPTION***

***SI VOUS NE RECEVEZ PAS CE COURRIEL (regardez dans vos spams), VOUS DEVEZ IMPÉRATIVEMENT CONTACTER LE SECRÉTARIAT***

***AUCUN RÉSULTAT N'EST COMMUNIQUÉ PAR TÉLÉPHONE.***

A la suite de l'épreuve de sélection, vous serez classé selon vos résultats (rang de classement).

Chaque candidat est informé personnellement par courriel de ses résultats par l'IFAS.

A compter du 5 juillet, il dispose d'un délai de **sept jours ouvrés** pour valider son inscription en institut de formation en cas d'admission en liste principale.

Au-delà de ce délai, il est présumé avoir renoncé à son admission et sa place est proposée au candidat inscrit en rang utile sur la liste complémentaire.

### *Liste complémentaire*

Lorsque, dans un institut, la liste complémentaire n'a pas permis de pourvoir l'ensemble des places offertes, le directeur d'institut concerné peut faire appel à des candidats inscrits sur la liste complémentaire d'autres instituts, restés sans affectation.
Parmi les candidatures reçues par un institut, la priorité est accordée à celles émanant de candidats ayant satisfait aux épreuves de sélection dans le département ou la région. »

### *Report d'admission des candidats en liste principale*

Le directeur de l'institut de formation peut accorder, pour une durée qu'il détermine et dans la limite cumulée de deux ans, un report pour l'entrée en scolarité dans l'institut de formation :

- 1° soit, de droit, en cas de congé pour cause de maternité, de rejet du bénéfice de la promotion professionnelle ou sociale, de rejet d'une demande de congé formation, de rejet d'une demande de mise en disponibilité, de report d'un contrat d'apprentissage ou pour la garde d'un enfant de moins de quatre ans ;
- 2° soit, de façon exceptionnelle, sur la base des éléments apportés par le candidat justifiant de la survenance d'un événement important l'empêchant de débuter sa formation.

Tout candidat bénéficiant d'un report d'admission doit, au moins trois mois avant la date de rentrée prévue, confirmer son intention de reprendre sa scolarité à la dite rentrée.

## Aides financières possibles

Tous les renseignements utiles pourront être fournis par le secrétariat de l'IFAS.

### *Indemnisations / Allocations / Rémunérations*

Peuvent éventuellement être accordées aux élèves aides-soignants qui ont exercé une activité professionnelle :

- Une allocation versée par Pôle Emploi (contacter Pôle Emploi)
- Un congé individuel de formation (contacter l'employeur puis l'organisme qui gère cette aide : Transitions Pro, OPCO Santé,)
- Une promotion professionnelle

### *Prise en charge des frais pédagogiques*

Le Conseil Régional assure intégralement la prise en charge des coûts pédagogiques en formation initiale pour les publics suivants :

- Jeunes sortant du système scolaire
- Demandeurs d'emploi inscrits à Pôle emploi
- Personnes en contrat aidé ou en contrat précaire

### *Bourses d'études*

Les élèves aides-soignants peuvent bénéficier de bourses d'études délivrées par le Conseil Régional de Bretagne après admission définitive en formation. Ces bourses sont attribuées en fonction des revenus de l'élève ou de sa famille. Ces bourses ne sont pas cumulables avec le pôle emploi. Les élèves ne peuvent bénéficier de Bourses de l'Etat.

## Modalités d'organisation pour les candidats présentant un handicap

Les candidats aux épreuves de sélection, présentant un handicap, peuvent déposer une demande d'aménagement des conditions de déroulement de l'entretien **(Cf. Annexe 3)**. Il convient d'adresser une demande à l'un des médecins désignés par la Commission des Droits et de l'Autonomie des personnes handicapées et d'informer les Instituts de Formation dès l'avis médical du médecin précisant des conditions d'aménagement. Au regard des préconisations citées dans le certificat médical, le directeur de l'institut met en œuvre les mesures possibles et aménageables dans l'institut. Ce document est à fournir au plus tard le jour de la clôture des inscriptions.

Pour toute situation d'aménagement, prendre un rendez-vous pour un entretien préalable : ***c.legall@cfsm56.fr***

### *Conditions sanitaires*

RAPPEL L'admission définitive est subordonnée :

1° à la production, au plus tard le jour de la rentrée, d'un certificat médical émanant d'un médecin agréé attestant que le candidat n'est atteint d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession à laquelle il se destine.

Consultez la liste des médecins agréés sur le site de l'ARS Bretagne ou sur : ***https://www.bretagne.ars.sante.fr/les-medecins-agrees-1***

2° à la production, avant la date d'entrée au premier stage, d'un certificat médical attestant que l'élève remplit les obligations d'immunisation et de vaccination prévues le cas échéant par les dispositions du titre Ier du livre Ier de la troisième partie législative du code de la santé publique.

## Fiche d'inscription à la sélection aide-soignante promotion 2024/2025 – P0 (recto/verso)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **N° de dossier** *Réservé à l'institut* | | **Sexe** ***(M ou F)*** | | |
| **Nom de famille** | | **Nom d'usage** | | |
| **Prénom** | | **Nationalité** | | |
| **Date de naissance** | | **Lieu de naissance** | | **Département :** |
| **Mél.** | ……@…… <br> *Nous vous conseillons une adresse mél identifiable NOM prénom@……* | | | |
| **Adresse** | | | | |
| **Code postal** | | **Ville** | | |
| **Téléphone fixe** | | **Téléphone portable** | | |

### Scolarité et/ou activité professionnelle

***Si vous êtes titulaire de l'un des diplômes suivants, cocher la case correspondante et fournir obligatoirement le diplôme***

**☐ Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Puériculture 2006 (niveau 3)**

**☐ Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Puériculture 2021 (niveau 4)**

**☐ Diplôme d'assistant de régulation médicale**

**☐ Diplôme d'Etat d'ambulancier**

**☐ Baccalauréat professionnel SAPAT (faire compléter par le lycée annexe 3 P17)**

**☐ Baccalauréat professionnel ASSP (faire compléter par le lycée annexe 3 P17)**

**☐ Diplôme d'Etat d'Accompagnant Educatif et Social 2016 Spécialités (niveau 3) : DEAMP / DEAVS / MCAD *(entourer la mention utile)***

**☐ Diplôme d'Etat d'Accompagnant Educatif et Social 2021 fusion spécialités (niveau 3)**

**☐ Titre Professionnel d'Assistant de Vie aux Familles**

**☐ Titre Professionnel d'Agent de Service Médico-Social**

**Pour le bénéfice de la dispense de sélection : ☐ ASHQ de la FPH ou agent de service, ou ☐ ASHQ 1 an d'ancienneté ou ☐ bénéficiaire du module de formation « 70h » avant le 31/12/2022 :** L'ensemble des attestations mentionnées en N°11 page 8 sont à fournir obligatoirement pour l'admission en formation aide-soignante par cette voie.

**☐ par apprentissage (fournir le diplôme du cursus partiel)**

**☐ Reconnu RQTH (joindre un justificatif)**

### Financement envisagé- cocher la case correspondante

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Autres :……..** | | **Pôle Emploi ☐** | | **Employeurs ☐ :……..** | **Apprentissage : ☐** |

| **Cadre réservé à l'Institut de Formation des Professionnels de Santé** | | | |
|---|---|---|---|
| **Copie des diplômes fournie** | ☐ OUI ☐ NON | **Tiers temps demandé** | ☐ OUI ☐ NON |
| **Cursus initial complet** <br> **☐ Droit commun** | ☐ OUI ☐ NON | **Complétude mentions relatives articles 11 et 12** <br> **☐ 1° ou ☐ 2° ☐ EP FPH** | ☐ OUI ☐ NON |

NOM : ……Prénom ……

| Numérotation Des Pièces | Listing de vérification de conformité du dossier<br>*Classez vos pièces dans l'ordre indiqué, barrez les cases pour lesquelles vous n'êtes pas concerné(e)* | Obligatoire Ou Facultatif | Colonne contrôle réservée à l'IFPS |
|---|---|---|---|
| P0 | **Fiche d'inscription dûment complétée, remplie en MAJUSCULE, avec les pièces ci-jointes numérotées et mises dans l'ordre** | O | |
| P1 | **Copie d'une pièce d'identité** | O | |
| P2 | **Une lettre de motivation manuscrite** | O | |
| P3 | **Un curriculum vitae** | O | |
| P4 | **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** | O | |
| P5 | **la copie des originaux de ses diplômes ou titres traduits en français pour les étrangers** | O | |
| P6 | **Le cas échéant, la copie de ses relevés de résultats et appréciations ou bulletins scolaires** | F | |
| P7 | **Selon la situation du candidat, les attestations de travail, accompagnées éventuellement des appréciations et/ou recommandations de l'employeur (ou des employeurs)** | F | |
| P8 | **Pour les ressortissants étrangers, un titre de séjour valide à l'entrée en formation** | O | |
| **P9*** Cf. page 7 | **Pour les ressortissants étrangers, 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, tout autre document permettant d'apprécier les capacités et les attendus relatifs à la maîtrise du français à l'oral.** | O | |
| P10 | **Les candidats peuvent joindre tout autre justificatif valorisant un engagement ou une expérience personnelle (associative, sportive) en lien avec la profession d'aide-soignant** | F | |
| P11 Cf. page 8 | **Justificatifs d'une ancienneté de services cumulée d'au moins 1 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**<br>**Attestation de prise en charge financière de la formation de l'employeur** | O<br>Accompagné des pièces<br>0-1-2-5-8-9<br>si bénéfice de l'absence de sélection<br>A défaut vous adressez un dossier pour la sélection | |
| P11 Cf. page 8 | **Attestation 70h « participation aux soins d'hygiène, de confort de bien-être de la personne âgée » réalisée avant le 31/12/2022**<br>**Attestation employeur justifiant d'une ancienneté de services cumulée d'au moins 6 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**<br>**Attestation de prise en charge financière de la formation de l'employeur** | | |

***NB : Au stade de la sélection, vous n'avez pas à nous fournir les pièces relatives à vos vaccinations.***

## Engagement du candidat

Le ……/2024, Je soussigné(e) …… reconnais avoir pris connaissance de la notice à l'attention de la sélection dans le dossier d'inscription et atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés dans ce document.

Signature(s) * ……***Si mineur**, co-signature de représentant légal*

En cas de refus d'affichage de votre nom sur la liste des résultats, merci de nous adresser un courrier joint à votre dossier d'inscription.

| Cadre réservé à l'Institut de Formation des Professionnels de Santé | Confirmation inscription/convocation entretien envoyées par mail au candidat le : |
|---|---|
| DOSSIER RECEPTIONNE LE :<br>CONTROLE CONFORME PAR :<br>Dates et suivi des relances : | **/ /2024** |

## Annexe 1 : Certificat d'aptitudes

**Pour information et anticipation** dès lors que vous avez un projet de formation en santé- au stade de la sélection vous n'avez pas à nous fournir ces pièces.

# DOCUMENT À FAIRE REMPLIR LORS DE L'ENTRÉE EN FORMATION

## Certificat médical d'aptitudes

(à faire compléter par un médecin agréé* par l'Agence Régionale de Santé
Selon l'article 8 ter de l'arrêté du 7 avril 2020 modifié)

***Formation Aide-Soignante***
***Promotion 2024-2025***

***Je soussigné, Docteur*** .....

Certifie que

***Madame ou Monsieur*** .....

***Né(e) le*** .....

***Domicilié(e)*** .....

***→ Ne présente pas de contre-indication à la profession d'aide-soignant (absence de problèmes locomoteurs, psychiques, d'un handicap incompatible avec la profession : handicap visuel, auditif, amputation d'un membre).***

***→ Est à jour des vaccinations et immunisations exigibles pour l'exercice d'une profession de santé (Art L.3111-4 du code de la santé publique et Art 12 – Chapitre II de la loi n°2021-1040 du 5 août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire)***

Fait à …… Le |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Cachet et signature du **médecin agréé**

| **Contrôle IFAS :** | **ARS 56 - OK** |
|---|---|
| | **ARS ____ - OK** |
| | **CONFORME** |
| | **NON-CONFORME** |

*liste disponible par département :

***https://www.bretagne.ars.sante.fr/les-medecins-agrees-1***

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé Bretagne

# ATTESTATION MEDICALE D'IMMUNISATION ET DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES

**des personnes mentionnées à l'article L3111-4 du code de la santé publique**

**Je, soussigné(e) Docteur ……..**

**Certifie que : Nom de naissance …… Nom d'usage …….....**

**Prénom : …… Né(e) le…..../……../……**

**En formation de** : **……**

**Est immunisé(e) :**

- **Contre l'HEPATITE B,** selon les **conditions définies au verso**, il/elle est considéré(e) comme : (*rayer les mentions inutiles*)

**3 injections obligatoires**

| | | |
|---|---|---|
| - 1ère injection : date : ……<br>- 2ème injection : date : ……..<br>- 3ème injection : date : …….. | | |
| - Immunisé(e) contre l'HEPATITE B : | **oui** | **non** |
| - Non répondeur (se) à la vaccination (après l'administration de 6 doses) : | **oui** | **non** |
| - Nécessitant un avis spécialisé | **oui** | **non** |

**Fortement recommandés aux professionnels de santé :**

- **Contre la DIPHTERIE, le TETANOS et la POLIOMYELITE** :

| **Dernier rappel effectué** | | |
|---|---|---|
| **Nom du vaccin** | **Date** | **N° lot** |
| | | |

- **Par le BCG*** ☐ **OUI** ☐ **NON**

| **Nom du vaccin intradermique ou Monovax®** | **Date du vaccin** | **N° lot** |
|---|---|---|
| | | |

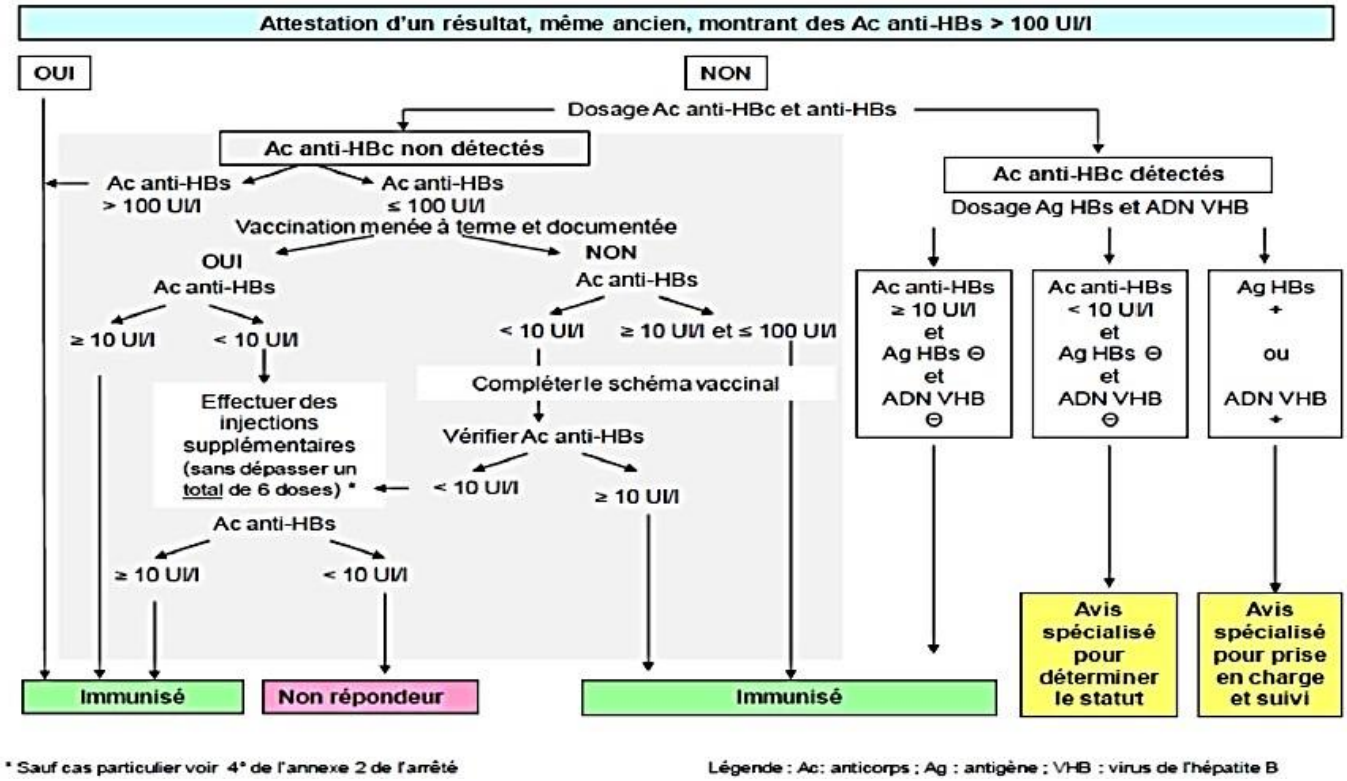
| **IDR à la tuberculine*** | **Date** | **Résultat (*en mm*)** |
|---|---|---|
| | | |

**L'IDR de référence est **obligatoire** : Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiniques.*

**SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN**

**Nota bene :** *Selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour les étudiants et professionnels de santé, il est par ailleurs recommandé d'être immunisé contre **la COVID-19, la coqueluche, la rougeole, la rubéole et les oreillons (ROR), la varicelle et la grippe saisonnière***

**Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des personnes mentionnées àl'article L.311-4 et dont les conditions sont fixées par l'arrêté du 2 août 2013**




**Textes de référence**

- Articles L.3111-1, L.3111-4 et L.3112-1 du code de la santé publique (CSP).
- Arrêté du 15 mars 1991 fixant la liste des établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins dans lesquels le personnel exposé doit être vacciné, modifié par l'arrêté du 29mars 2005 (intégration des services d'incendie et de secours).
- Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et auxtests tuberculiniques.
- Arrêté du 6 mars 2007 relatif à la liste des élèves et étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des autres professions de santé pris en application de l'article L.3111-4 du CSP.
- Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formationparamédicaux (Titre III).
- Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L.3111-4du CSP.
- Calendrier vaccinal en vigueur (cf.*https://vaccination-info-service.fr/*)

*Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'Article L.3111-4 du code de la santé publique*

*Article 2 : Les élèves ou étudiants mentionnés à l'Article 1er de l'Arrêté du 6 mars 2007 susvisé sont soumis aux obligations d'immunisation mentionnées à l'Article L.3111-4 du code de la santé publique. Au moment de leur inscription dans un établissement d'enseignement et, au plus tard, avant de commencer leurs stages dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention ou de soins, ils apportent la preuve qu'ils satisfont aux obligations d'immunisation mentionnées à l'Article L.3111-4. A défaut, ils ne peuvent effecteur leurs stages.*

Textes de référence :

*- Articles L.3111-1, L.3111-4 et L.3112-1 du code de la santé publique (CSP).*

*- Arrêté du 15 mars 1991 fixant la liste des établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins dans lesquels le personnel exposé doit être vacciné, modifié par l'arrêté du 29 mars 2005 (intégration des services d'incendie et de secours).*

*- Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiniques.*

*- Arrêté du 6 mars 2007 relatif à la liste des élèves et étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des autres professions de santé pris en application de l'article L.3111-4 du CSP.*

*- Arrêté du 17 avril 2018 modifiant l'arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux (Titre III).*

*- Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L.3111-4 du CSP.*

*- Calendrier vaccinal en vigueur (cf.www. vaccination-info-service.fr)*

*- Loi n°2021-1040 du 5 août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire*

*- Décret n°2022-51 du 22 janvier 2022 sur les conditions de vaccination contre la COVID19 des professionnels de santé*

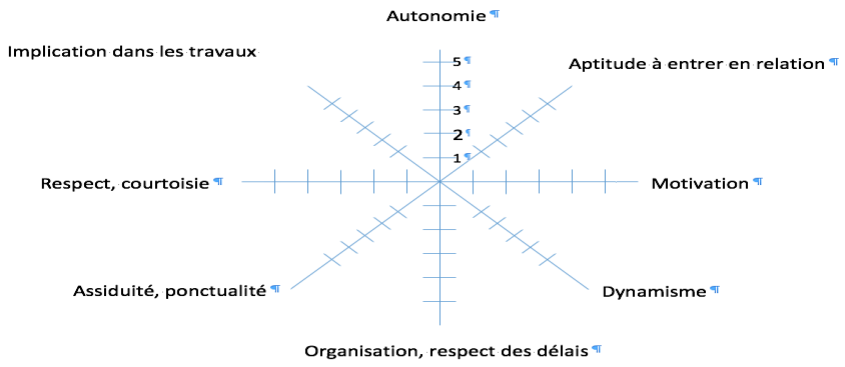
## Annexe 3 : Synthèse de la scolarité des élèves en formation BAC Professionnel SAPAT / ASSP

**Nom** **Prénom**.....

| Disciplines d'enseignement | Moyennes de la classe de 1ère | | Moyennes du 1er semestre de Terminale | |
|---|---|---|---|---|
| | élève | Classe | élève | Classe |
| **Enseignement Général** | | | | |
| Français | | | | |
| Histoire Géographie | | | | |
| Langues vivantes étrangères 1 | | | | |
| Mathématiques | | | | |
| informatique | | | | |
| Physique Chimie | | | | |
| Education Physique Sportive | | | | |
| Biologie écologie | | | | |
| Education socio culturelle | | | | |
| **Enseignement Professionnel** | | | | |
| Economie Sociale et familiale | | | | |
| Sciences et techniques professionnelles | | | | |
| Module d'adaptation professionnelle : (intitulé) | | | | |
| Enseignements à l'initiative de l'établissement : (intitulé) | | | | |

### Périodes de Formation en Milieux Professionnels

| | Type de Structures ou services d'accueil en stage | Nb de Semaines |
|---|---|---|
| Première | | |
| | | |
| Terminale | | |
| | | |




De 1 : faible

à

5 : très positif

**attestation de la validité des informations fournies**

Mme,M. .....fonction.....Cachet de l'établissement

Date signature

CENTRE DE FORMATION Saint Michel MALESTROIT

# Avis sur l'Aménagement des Épreuvesd'Examen et Concours (AEEC) de l'Institut de Formation

**Candidature aux épreuves de concours d'entrée ou étudiant/élève en formation**

❒ IFAS ❒ IFAS apprentissage

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Date de naissance :** .....

**Adresse :** .....

.....

☐ Avis initial ☐ Avis rectificatif reprenant l'ensemble des aménagements accordés

Je soussigné(e) Docteur .....

Déclare que la demande d'AEEC :

☐ est irrecevable : dossier incomplet malgré la relance en date du .....

Au vu des éléments fournis :

☐ la demande ne relève pas d'AEEC

☐ est recevable et justifie la mise en place des dispositions suivantes :

**A – Organisation du temps :**

- Temps majoré pour les épreuves : ☐ 1/3 temps ☐ 1/6 temps (relecture)

  ☐ Écrites ☐ Orales ☐ Pratiques

  ☐ Pour la préparation écrite des épreuves orales si elle est prévue (lors de l'épreuve ponctuelle)
- Si pas de temps majoré, temps compensatoire pour :

  ☐ Possibilité de se lever, marcher, aller aux toilettes

  ☐ Pause pendant l'épreuve pour repos, soins, contrôle biologique…

**B – Accès aux locaux et installation matérielle :**

☐ Salle en rez-de-chaussée avec accès direct

☐ Accessibilité des locaux (rampe d'accès, ascenseur…) .....

☐ Mobilier adapté (plan de travail incliné…) .....

☐ Utilisation du matériel spécifique habituel du candidat fourni par ses soins : .....

☐ Conditions particulières d'éclairage.....

☐ Accès facile aux sanitaires

**C – Aides techniques :**

☐ Utilisation d'un ordinateur (ordinaire, à reconnaissance vocale)
☐ Transcription des sujets en Braille : ☐ intégral ☐ Abrégé
☐ Utilisation d'un matériel d'écriture en Braille
☐ Adaptation des documents :
☐ calibri 16 ☐ calibri 20 ☐ agrandissement A3
☐ Consigne orales données par écrit……..
☐ Possibilités de réponse écrite dans les épreuves orales……
☐ Autres (à préciser) ……..

**D – Aide humaines :**

☐ Assistance d'une tierce personne
☐ Secrétaire lecteur
☐ Secrétaire scripteur
☐ Assistant spécialisé dans la rééducation des sourds :
☐ Pour les épreuves orales ☐ Pour les épreuves pratiques ☐ Pour le début des épreuves écrites
☐ Interprète en langue des signes française (LSF)
☐ Codeur en langage parlé complété (LPC)
☐ Autres (à préciser) …….

Tâches de la tierce personne :
☐ Installation
☐ Passage aux toilettes
☐ Écriture sous la dictée du candidat
☐ Lecture du sujet à haute voix ☐ sans reformulation ☐ avec reformulation
☐ Lecture orale des consignes en articulant et en se plaçant face au candidat
☐ Lecture du support audio d'une épreuve de langue
☐ Autres (à préciser)…….

**E – Autres mesures :**

☐ Étalement de l'examen sur une ou plusieurs sessions
☐ Pour les épreuves orales, possibilité de réponses écrites
☐ Adaptation de l'épreuve de langue vivante
☐ Autres (à préciser) ……..

Le présent avis est valable :
☐ Pour la présente année scolaire

☐ Pour l'ensemble des épreuves de la session

Fait à ……, le……
Cachet et signature du médecin