

DOSSIER INSCRIPTION FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE ET AGENT DE SERVICE IFAS D'AUXERRE / TONNERRE

## DOSSIER D'INSCRIPTION A LA FORMATION AIDES-SOIGNANTES POUR LES AGENTS DES SERVICES HOSPITALIERS QUALIFIES DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE ET AGENT DE SERVICE

Les conditions à remplir pour être admis à suivre la formation aide-soignante sont :

- Etre Agent des Services Hospitaliers Qualifiés de la Fonction Publique Hospitalière (ASHQ) ou Agent de service
- De justifier 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

- De justifier à la fois du suivi de formation continue de soixante – dix heures relative à la participation aux soins d'hygiène, de confort et de bien-être de la personne âgée et 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.

**En cas d'admission, un dossier médical à compléter sera joint à votre dossier d'admission.**

**Vous pouvez d'ores et déjà mettre vos vaccinations à jour (Hépatite B). Une vaccination tardive peut retarder l'acquisition d'une immunité réglementaire et peut entraîner un risque de non admission.**

**Pour information :**

**La formation comprend des stages extérieurs entraînant des déplacements : il est indispensable d'être en possession du permis de conduire et de disposer d'un véhicule.**

**Le dossier d'inscription est à transmettre à l'Institut**

**Au plus tard le 10 juin 2024 par voie postale**

**(Cachet de la poste faisant foi)**

**Tout dossier parvenant après la date ne sera pas pris en compte**

Pour toute information complémentaire contacter l'Institut

La formation Aide-Soignante débutera fin août 2024

### COORDONNEES DES INSTITUTS DE FORMATION D'AIDES-SOIGNANTS

**IFAS AUXERRE : Capacité d'accueil : 40**

Centre Hospitalier

2 Boulevard de Verdun – 89011 – AUXERRE Cedex

☎ : 03.86.48.47.17 📠 : 03.86.48.47.44 📧 [ifas@ch-auxerre.fr](mailto:ifas@ch-auxerre.fr)

**IFAS TONNERRE : Capacité d'accueil : 35**

Centre Hospitalier du Tonnerrois

Chemin des Jumériaux – 89700 TONNERRE

☎ : 03.86.54.34.81 📠 : 03.86.54.34.78 📧 [ifas@ch-tonnerre.fr](mailto:ifas@ch-tonnerre.fr)

**Lien pour le site internet :**

**<https://www.gh-t-union.fr/formations/institut-de-formation-aide-soignants-et-soins-infirmiers-ifas-et-ifs-i/institut-de-formation-aide-soignant-ifas/institut-de-formation-aide-soignant-ifas-253-320.html>**

DOSSIER INSCRIPTION FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE ET AGENT DE SERVICE IFAS D'AUXERRE / TONNERRE

## DOSSIER D'INSCRIPTION - LISTE DES PIÈCES A FOURNIR

1. Fiche de renseignements complétée et signée
2. Photocopie recto-verso de votre pièce d'identité ou de votre passeport en cours de validité
3. Attestation d'employeur complétée, signée et tamponnée par le ou les employeur(s)
4. Attestation de diffusion
5. Attestation de présence à la Formation Modulaire 70 h (selon votre situation)
6. Une lettre de motivation
7. Un curriculum vitae
8. Une attestation de prise en charge financière de votre employeur ou un document datant de moins de trois mois de Pôle Emploi

**TOUT DOSSIER INCOMPLET OU NON PARVENU**

**A L'I.F.A.S A LA DATE INDIQUEE NE SERA PAS ENREGISTRE**

## TARIFS 2023 DE LA FORMATION AIDE-SOIGNANTE

TARIFS	FRAIS DE SCOLARITE	FRAIS ANNEXES	
		Tenues de stage	Frais de documentation
<b>Auxerre</b>	7 560 €	120 € (caution)	Achats de livres <sup>2</sup>
<b>Tonnerre</b>	9 032 € <sup>1</sup>	120 €	(environ 50 €)

(1) Tarif 2023 à titre indicatif

(2) Liste qui sera fournie dans le dossier d'admission

- Il est fortement recommandé l'achat d'un ordinateur.

DOSSIER INSCRIPTION FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE ET AGENT DE SERVICE IFAS D'AUXERRE / TONNERRE

**SECTION AIDE-SOIGNANTE - INSCRIPTION 2024- 2025**

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

Mme       M.

NOM DE FAMILLE : .....

NOM D'USAGE : .....

Prénom(s) : .....

SITUATION FAMILIALE : .....

NAISSANCE : DATE :...../..... /..... LIEU et département : .....

☎ PORTABLE : [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ]

☎ DOMICILE: [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ]

ADRESSE .....

.....

.....

MAIL : .....@.....

<u>Formations suivies</u>	<u>intitulés</u>	<u>dates</u>
<u>Dernier diplôme obtenu (à fournir)</u>	<u>intitulé</u>	<u>date</u>

**FINANCEMENT DE LA FORMATION**

- EMPLOYEUR       OUI                                       NON                                       en cours

COORDONNEES DE L'EMPLOYEUR :

.....

.....

.....

Je soussigné(e), .....  
atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés dans ces documents.

A                                      le

Signature

DOSSIER INSCRIPTION FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE ET AGENT DE SERVICE IFAS D'AUXERRE / TONNERRE

**ATTESTATION EMPLOYEUR**  
**(Faire des copies avant de faire compléter aux employeurs)**

**CANDIDATS A.S.H. QUALIFIES DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE  
A LA FORMATION AIDE-SOIGNANTE ET AGENT DE SERVICE**

NOM DE FAMILLE : .....

NOM D'USAGE : .....

PRENOMS : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

**ATTESTATION D'EMPLOYEUR**

Je soussigné (identité et coordonnées de l'employeur),.....  
.....  
.....

certifie avoir employé Mr ou Mme.....,  
pendant les périodes suivantes :

Date de début d'activité	Date de fin d'activité	Durée de l'activité		Emploi occupé
		Temps complet	Temps partiel (durée hebdomadaire)	
Total de la durée d'activité				

Fait à ....., le .....

Cachet et signature de l'employeur.

DOSSIER INSCRIPTION FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE ET AGENT DE SERVICE IFAS D'AUXERRE / TONNERRE

**AUTORISATION DE DIFFUSION**

**AUTORISATION DE DIFFUSION**

**RÉSULTATS DES EPREUVES DE SELECTION AIDE-SOIGNANT**

A l'issue des épreuves de sélection aides-soignants, les instituts de formation d'Auxerre et Tonnerre, sont susceptibles de diffuser les résultats sur leur site Internet.  
Conformément à la loi « Informatique et Libertés » n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, nous avons besoin de votre accord.

**Je soussigné(e), Mme, M.,<sup>1</sup>** ....., candidat(e) aux épreuves de sélection Aide-Soignant(e)

autorise, n'autorise pas <sup>1</sup>, la diffusion de mon nom dans le cadre cité ci-dessus.

Pour faire valoir ce que de droit.

Date : .....

Signature : (du représentant légal identifié pour les candidats mineurs)

<sup>1</sup>Rayer la mention inutile