



CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

Numéro Candidat(e) :

☐ Cursus Intégral

☐ Cursus Partiel :

DOSSIER D'INSCRIPTION A LA SELECTION « AIDE-SOIGNANT » - JANVIER 2026

INSTITUT DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Rue du Château - 45120 CHALETTE-SUR-LOING

Tél. : 02 38 95 95 95 - Courriel : ifsi@ch-montargis.fr - Site : <https://www.ch-montargis.fr/hopital/ifsi-ifas>

NOM DE NAISSANCE (en majuscules) :

NOM D'USAGE (en majuscules) :

PRENOMS (en majuscules) :

DOSSIER D'INSCRIPTION A IMPRIMER (pas de recto-verso) A CONSTITUER PUIS A POSTER

du Lundi 1^{er} Septembre au Mercredi 15 Octobre 2025
(Cachet de la poste faisant foi) :

IFPS – Rue du Château – 45120 CHÂLETTE-SUR-LOING

ATTENTION ➔ AUCUN DEPOT DE DOSSIER SUR PLACE

★★★★

Le dossier sera déclaré irrecevable dans les cas suivants :

- ° Si votre envoi n'a pas été suffisamment affranchi
(refus de payer les taxes demandées par la poste).
- ° S'il a été posté **après le 15 Octobre 2025** (cachet de la poste faisant foi).

**Tout dossier incomplet devra être complété
avant la date de clôture des inscriptions**

Je soussigné(e), m'engage à respecter les conditions ci-dessus et déclare avoir pris connaissance des conditions de candidature et de l'offre de formation de l'IFPS. **Déclare également avoir personnellement conçu et rédigé les documents du dossier de candidature.**

Date et Signature du Candidat (précédées de la mention : « lu et approuvé »)
et signature des parents pour le candidat mineur

Le :

Signature :



PIÈCES OBLIGATOIRES À FOURNIR POUR TOUS LES CANDIDATS

- ☐ 1 photo d'identité, récente à coller à l'endroit réservé en haut à droite page 3
- ☐ 1 Lettre de candidature manuscrite, datée et signée
- ☐ 1 Curriculum Vitae actualisé
- ☐ 1 Photocopie lisible :
 - ☐ Carte nationale d'identité **Française ou Européenne** en cours de validité (*recto-verso*) : / /
- OU
 - ☐ Passeport Français ou Européen en cours de validité : / /
- ☐ 1 rédaction manuscrite relatant au choix du candidat : une situation personnelle ou professionnelle vécue ou le projet professionnel en lien avec les attendus de la formation (*n'excédant pas deux pages*)
- ☐ En cas de demande de tiers-temps médical : Pièces recommandées **pour cette sélection** par la M.D.P.H. (*Maison Départementale des Personnes Handicapées*) à joindre dans le dossier d'inscription **avant la clôture du 15 Octobre 2025**. Toute réponse obtenue ultérieurement ne pourra être prise en compte

POUR LES RESSORTISSANTS HORS UNION EUROPEENNE **DOCUMENTS OBLIGATOIRES** :

- ☐ Titre de séjour Français en cours de validité : / /

☐ **1 Attestation du niveau de langue française égal ou supérieur au niveau B2.**

PIECES COMPLÉMENTAIRES

- ☐ 1 Copie du ou des diplôme(s) obtenu(s) :
 - année :
 - année :
 - année :
- ☐ 1 Copie de l'AFGSU (si obtenue) : année :
- ☐ 1 Photocopie des relevés de résultats et appréciations ou bulletins scolaires (le cas échéant).
- ☐ 1 Photocopie des attestations de travail, accompagnées éventuellement des appréciations et/ou recommandations de l'employeur ou des employeurs.
- ☐ Les candidats peuvent joindre tout autre justificatif valorisant un engagement ou une expérience personnelle (associative, sportive...) en lien avec la profession d'aide- soignant.

CANDIDAT : V.A.E

- ☐ 1 Copie de l'attestation délivrée par le Jury de Validation des Acquis de l'expérience professionnelle « Aide-Soignant ».



FICHE DE RENSEIGNEMENTS FORMATION "AIDE-SOIGNANT(E)"

PHOTO
A
COLLER

NOM DE NAISSANCE :

NOM D'USAGE :

Prénoms :

Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin

Né(e) le : à :

Dépt(n°):..... Pays :

Nationalité (préciser si double nationalité) :
.....

Numéro de Sécurité Sociale :

Adresse Personnelle :

.....

Code postal : Ville :

Adresse durant la formation :

.....

Code postal : Ville :

Adresse mail personnelle :@.....

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Situation familiale : ☐ Célibataire ☐ Pacsé(e) ☐ Vie maritale ☐ Marié(e)
☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve)

Nombre d'enfant(s) à charge :

☐ Garçon (s) : âge (s) :

☐ Fille (s) : âge (s) :



NIVEAU D'ETUDES :

☐ Aucun Diplôme

☐ Terminale ASSP

☐ Terminale SAPAT



Je suis titulaire d'un diplôme :

(Joindre une copie du diplôme)

☐ Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Puériculture (**DEAP**) - Année :

☐ Baccalauréat professionnel **ASSP** – Année :

☐ Baccalauréat professionnel **SAPAT** - Année :

☐ Titre professionnel d'Assistant De Vie aux Familles (**ADVF**) - Année :

☐ Titre professionnel d'Agent de Service Médico-Social (**ASMS**) - Année :

☐ Diplôme d'Etat d'Accompagnant Educatif et Social (**DE AES**) – Année :

☐ Diplôme d'Assistant de Régulation Médicale (**ARM**) - Année :

☐ Diplôme d'Etat d'Ambulancier (**DEA**) - Année :

☐ Baccalauréat : Série Année :

☐ D'un autre Diplôme ou Titre * : Année :

** Délivré dans le système de formation initiale ou continue français.*

NOM ET PRENOM DE VOTRE CONJOINT :

.....

PROFESSION :

EMPLOYEUR :

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

.....

TELEPHONE (Portable et fixe) :

LIEN DE PARENTE :

NOM ET PRENOM DE VOTRE PERE :

PROFESSION :

EMPLOYEUR :

SITUATION FAMILIALE : ☐ Célibataire ☐ Pacsé ☐ Vie maritale ☐ Marié ☐ Séparé ☐ Divorcé ☐ Veuf

ADRESSE :

.....

NOM PRENOM DE VOTRE MERE :

PROFESSION :

EMPLOYEUR :

SITUATION FAMILIALE : ☐ Célibataire ☐ Pacsé ☐ Vie maritale ☐ Mariée ☐ Séparée ☐ Divorcée ☐ Veuve

ADRESSE :

SITUATION PROFESSIONNELLE ACTUELLE :



ETES-VOUS SALARIE(E) DANS UN ETABLISSEMENT : ☐ Oui : depuis le :

☐ Non

→ **Si oui**, préciser le nom et l'adresse de votre employeur :
.....
.....

Statut de l'établissement : ☐ PUBLIC ☐ PRIVÉ

Contrat de travail : ☐ CDD ☐ CDI ☐ TITULAIRE ☐ INTERIM

L'établissement emploie-t-il des Aides-Soignants ? ☐ Oui ☐ Non

Bénéficierez-vous **d'une prise en charge du coût pédagogique de votre formation par votre employeur ou dans le cadre des OPCO** (6 200 €) (montant réévalué chaque année) ?

☐ Oui

☐ Non

☐ En attente de réponse

En cas de non prise en charge du coût pédagogique par votre employeur ou autres organismes financeurs, vous engagez-vous à vous acquitter du coût pédagogique ? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous démissionné avant le 1^{er} Juillet 2025 ? ☐ Oui ☐ Non

☐ En congé parental : depuis le :

☐ En disponibilité : depuis le :

☐ Inscrit(e) comme demandeur d'emploi au Pôle Emploi : Depuis le :

Numéro d'identifiant :

Lieu d'inscription au Pôle emploi :

Êtes-vous indemnisé(e) : ☐ Oui ☐ Non

Êtes-vous titulaire du permis de conduire ? : ☐ Oui ☐ Non

Possédez-vous un moyen de locomotion pour les déplacements ? : ☐ Oui ☐ Non

**Lors des résultats d'admission
souhaitez-vous une publication de votre nom et prénom sur le site internet :**

<https://www.ch-montargis.fr/hopital/ifsi-ifas>

☐ Oui

☐ Non