

# INSTITUTS DE FORMATION D'AIDES-SOIGNANTS DU REGROUPEMENT DU DÉPARTEMENT DE L' AISNE ORGANISANT UNE RENTREE EN JANVIER 2024 : LAON – PREMONTRE – CHAUNY

## ENTRÉE EN FORMATION AIDE-SOIGNANTE

8 JANVIER 2024

**À destination des agents des services hospitaliers  
qualifiés de la fonction publique hospitalière ou les  
agents de services**

En référence à l'arrêté du 7 avril 2020 modifié :

### CONDITIONS d'ACCES :

**Article 11 nouveau :** « Sont dispensés de l'épreuve de sélection prévue à l'article 2, les agents des services hospitaliers qualifiés de la fonction publique hospitalière et les agents de service :

1° **Justifiant 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 ;










2° **ou justifiant à la fois du suivi de la 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 cumulées 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.

Les personnels visés aux 1° et 2° sont directement admis en formation sur décision du directeur de l'institut de formation concerné, dans les conditions prévues au II de l'article 12. »

**UN SEUL DOSSIER D'INSCRIPTION EST À ENVOYER OU À  
DÉPOSER AU SECRÉTARIAT DE L'IFAS  
DE VOTRE 1<sup>er</sup> CHOIX**

**POUR LE VENDREDI 13 OCTOBRE 2023 DERNIER DÉLAI  
(Cachet de la poste faisant foi)**

**LISTE DES INSTITUTS DE FORMATION D'AIDES-SOIGNANTS DU REGROUPEMENT  
DU DEPARTEMENT DE L' AISNE**

CODE	I.F.A.S. agréés pour la préparation au <b>DIPLÔME d'ÉTAT d'AIDE-SOIGNANT</b>	Capacité d'accueil
LA	<p align="center">  INSTITUT de FORMATION d'AIDES-SOIGNANTS            Centre Hospitalier - 27 rue du 13 octobre 1918 – CS 40640            02001 <b>LAON</b> CEDEX     03.23.24.34.98 -  secret.ifsi@ch-laon.fr         </p>	<p align="center">42 places dont 20% réservés aux ASHQ</p>
CH	<p align="center">  INSTITUT de FORMATION d'AIDES-SOIGNANTS            Centre Hospitalier            94 rue des anciens combattants d'AFN et TOM            02303 <b>CHAUNY</b> Cédex     03 23 38 54 46 -  secretariat.ifas@ch-chauny.fr         </p>	<p align="center">43 places dont 20% réservés aux ASHQ</p>
PR	<p align="center">  INSTITUT de FORMATION d'AIDES-SOIGNANTS Bertrand SCHWARTZ            e p s m d. de l'Aisne            02320 <b>PREMONTRE</b>     03.23.23.66.92 -  ifsi@epsmd-aisne.fr         </p>	<p align="center">23 places dont 20% réservés aux ASHQ</p>

**DOSSIER D'INSCRIPTION des  
AGENTS des SERVICES HOSPITALIERS QUALIFIES de la FONCTION  
PUBLIQUE HOSPITALIERE ET LES AGENTS DE SERVICE**

Cochez la case correspondante :

- Je justifie d'une ancienneté de services cumulée d'au moins un an en équivalent temps plein
- Je justifie à la fois du suivi de la 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 cumulées d'au moins six mois en équivalent temps plein

NOM de naissance : .....

NOM d'usage (marital) : .....

PRENOM(S) : .....

Jour / Mois / Année

DATE de NAISSANCE : / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Sexe :  M  F

LIEU de NAISSANCE : ..... CODE POSTAL : / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

ADRESSE : .....

CODE POSTAL / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ VILLE.....

TELEPHONE / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ PORTABLE / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

EMAIL (en Majuscules) .....

NOM et ADRESSE de l'établissement d'origine .....

L'agent autorise le service organisateur à publier son nom et prénom sur Internet dans le cadre de la diffusion des résultats :  OUI  NON

**COLONNE RESERVEE à  
l'ADMINISTRATION**

Dossier Complet

OUI ( ) NON ( )

/ \_\_\_ / \_\_\_ / 2023

**TAMPON de l'IFAS**

**Documents à fournir POUR LE 13 OCTOBRE 2023 AU PLUS TARD**

	Verification par :	
	Candidat	IFSI
Carte d'identité ou passeport ou titre de séjour en cours de validité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Curriculum vitae à jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diplômes (Précisez lesquels AINSI que l'année d'obtention) - -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lettre de motivation manuscrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attestation de l'employeur précisant la date d'exercice de l'agent en qualité d'ASHQ ainsi que le temps de travail (Temps complet ou temps partiel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attestation de l'employeur relative à la prise en charge du coût de formation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attestation de formation ASH 70 H (si cela est le cas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**CHOIX DES INSTITUTS DE FORMATION D'AIDES-SOIGNANTS :**

Indiquez **obligatoirement les 3 codes des Instituts** dans l'ordre de vos préférences (**non modifiable**)  
**(Si les 3 IFAS n'apparaissent pas, votre dossier sera considéré incomplet)**

/ \_\_\_ /                      / \_\_\_ /                      / \_\_\_ /  
**1<sup>ER</sup> choix                      2<sup>ème</sup> choix                      3<sup>ème</sup> choix**

L'agent soussigné certifie sur l'honneur avoir donné des renseignements exacts.

Date du : / \_\_\_ / \_\_\_ / 2023

Signature de l'agent:

**Dossier à envoyer**

## INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

CIVILITE :  Madame  Monsieur

NOM de naissance : ..... NOM d'usage (marital) : .....

Prénom (s) : .....

Cochez la case correspondante :

Je justifie d'une ancienneté de services cumulée d'au moins un an en équivalent temps plein

Je justifie à la fois du suivi de la 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 cumulées d'au moins six mois en équivalent temps plein

### SITUATION ADMINISTRATIVE

Diplôme(s) ou Titre(s) obtenu(s)	Année d'obtention

**Vous êtes salarié(e) :**

Emploi occupé : .....

CDD  CDI  Autre contrat, précisez : .....

Employeur : .....

Adresse de l'employeur : .....

.....

Prise en charge de la formation par l'employeur  OUI  NON.

**SI OUI, FOURNIR UNE ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR**

Je soussigné(e), atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document.

Fait à ..... le : .....

Signature de l'agent

**Dossier à envoyer**

## FICHE RECAPITULATIVE DES EMPLOIS OCCUPÉS

*pour l'admission dans les IFAS du regroupement de l' Aisne*

NOM de naissance : .....

NOM d'usage (marital) : .....

PRÉNOM(S) : .....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL :

VILLE : .....

Emploi	Lieu d'exercice	Date		Temps Complet Temps Partiel *	Durée d'emploi	
		Du	Au		An	Mois
<b>TOTAL d'années en équivalent temps plein</b>						

\* Précisez le pourcentage du temps partiel

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Dossier à envoyer