

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

ENTREE EN FORMATION AIDE-SOIGNANTE

24 AOÛT 2026

A 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 : « 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 cumulés 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 A ENVOYER OU A
DEPOSER AUSECRETARIAT DE L'IFAS
DE VOTRE 1^{er} CHOIX**

**POUR LE MARDI 16 JUIN 2026 DERNIER DELAI
(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 DIPLOME d'ETAT d'AIDE-SOIGNANT	Capacité d'accueil
LA	✉ INSTITUT de FORMATION d'AIDES-SOIGNANTS Centre Hospitalier - 27 rue du 13 octobre 1918 – CS 40640 02001 LAON CEDEX ☎ 03.23.24.34.98 - ✉ secret.ifsi@ch-laon.fr	33 places dont 20% réservés aux ASHQ
CH	INSTITUT de FORMATION d'AIDES-SOIGNANTS Centre Hospitalier 94 rue des anciens combattants d'AFN et TOM 02303 CHAUNY Cédex ☎ 03 23 38 54 46 - ✉ secretariat.ifas@ch-chauny.fr	27 places dont 20% réservés aux ASHQ
PR	✉ INSTITUT de FORMATION d'AIDES-SOIGNANTS Bertrand SCHWARTZ e p s m d. de l'Aisne 02320 PREMONTRE ☎ 03.23.23.66.92 - ✉ ifsi@epsmd-aisne.fr	24 places dont 20% réservés aux ASHQ
SQ	✉ INSTITUT de FORMATION d'AIDES-SOIGNANTS Centre Hospitalier - B.P. 608 / 1 avenue Michel de l'Hospital 02321 SAINT QUENTIN CEDEX ☎ 03.23.06.73.38 - ✉ ifsi@ch-stquentin.fr	41 places dont 20% réservés aux ASHQ
SS	✉ INSTITUT de FORMATION d'AIDES-SOIGNANTS Centre Hospitalier - 46 Avenue du Général De Gaulle 02209 SOISSONS CEDEX ☎ 03.23.75.72.56 - ✉ secretariat.ifsi@ch-soissons.fr	43 places dont 20% réservés aux ASHQ
CT	✉ INSTITUT de FORMATION d'AIDES-SOIGNANTS Centre Hospitalier – 19 Ter Rue Jules Maciet 02400 CHATEAU THIERRY ☎ 03.23.84.20.02 - ✉ secretariat.ifsi-ct@ch-soissons.fr	20 places dont 20% réservés aux ASHQ

**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 70 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 ()

/ ____ / ____ / 2026

TAMPON de l'IFAS

Documents à fournir dans l'ordre ci-dessous POUR LE 16 JUIN 2026 AU PLUS TARD :

	Vérification par :		
	Candidat		IFSI
Carte d'identité ou passeport ou titre de séjour en cours de validité	☐		☐
Curriculum vitae à jour	☐		☐
Diplômes (Précisez lesquels AINSI que l'année d'obtention)	☐		☐
-	☐		☐
-	☐		☐
Lettre de motivation manuscrite	☐		☐
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)	☐		☐
Attestation de l'employeur relative à la prise en charge du coût de formation	☐		☐
Attestation de formation ASH 70 H (si cela est le cas)	☐		☐

CHOIX DES INSTITUTS DE FORMATION D'AIDES-SOIGNANTS :

Indiquez **obligatoirement** les 6 codes des **Instituts** dans l'ordre de vos préférences (**non modifiable**)

(Si les 6 IFAS n'apparaissent pas, votre dossier sera considéré incomplet)

/ ____ / ____
1^{ER} choix

/ ____ / ____
2^{ème} choix

/ ____ / ____
3^{ème} choix

/ ____ / ____
4^{ème} choix

/ ____ / ____
5^{ème} choix

/ ____ / ____
6^{ème} choix

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

Date du : / ____ / ____ / 2026

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 70 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

Diplômes ou Titre obtenus	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

