



IFAS QUIMPER
 18 Hent Glaz
 CS 16003
 29107 QUIMPER
 02 98 98 66 82
 contact@ifsi-quimper.fr



**Lamennais
 Douarnenez**

IFAS DOUARNENEZ
 9 rue Lamennais
 29171 DOUARNENEZ
 06 33 79 97 12
 ifas.dz@orange.fr



HOSPITALITÉ
 Saint-Thomas de Villeneuve

IFAS PONT LABBE
 CDF HSTV
 25 Rue Jean Lautredou,
 29120 Pont-l'Abbé
 02 98 56 04 01
 ifas@hotel-dieu.hstv.fr

Dossier d'inscription aux épreuves de sélection Aide-soignant 2023

La sélection est **commune** aux 3 sites :

IFAS Quimper, IFAS Pont L'Abbé, IFAS Douarnenez

Un seul dossier doit être rempli et déposer dans l'IFAS de votre choix 1 uniquement.

Merci de cocher sur la fiche d'inscription votre choix d'institut, par ordre de préférence.

L'affectation dépendra de votre classement sur la liste d'admission.

PLACES DISPONIBLES

| | Capacité D'accueil | (1) Relevant de la formation professionnelle (FP) min.20% | Relevant de la formation initiale | Report N-1 | | Places ouvertes à la sélection | |
|---------------------|-----------------------|--|--|------------|----------|--------------------------------------|----------|
| | | | | FP | Initiale | FP | Initiale |
| IFAS QUIMPER | 87 | 20 | 67 | 1 | 4 | 19 | 63 |
| IFAS DOUARNENEZ | 30 | 6 | 24 | 0 | 2 | 6 | 22 |
| IFAS PONT L'ABBE | 37 | 10 | 27 | 0 | 4 | 10 | 23 |

CONDITIONS D'ACCES À LA FORMATION

Arrêté du 7 avril 2020 modifié par l'arrêté du 12 avril 2021 relatif aux modalités d'admission aux formations conduisant aux diplômes d'Etat d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture

Art. 1 : « La formation conduisant au Diplôme D'état Aide-Soignant est accessible, sans condition de diplôme, par les voies suivantes :

- La formation initiale, dans les conditions fixées par le présent arrêté
- La formation professionnelle continue, dans les conditions fixées par le présent arrêté».

Les candidats doivent être âgés de 17 ans au moins à la date d'entrée en formation

Art. 8 ter : « L'admission définitive est subordonnée :

1° A la production, au plus tard le premier jour de la rentrée, d'un **certificat médical par 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

2° A la production, avant la date d'entrée au premier stage d'un **certificat médical de vaccinations** attestant que l'élève remplit les obligations d'immunisation et de vaccinations prévues par les dispositions du [...] du code de la santé publique. »

- Hépatite B
- Diphtérie
- Tétanos
- DT polio
- COVID 19

Attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires en annexe.

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.

Art. 9 : « Après admission en formation, pour les candidats ayant déjà acquis un ou plusieurs blocs de compétences communs avec la certification professionnelle visée, ou lorsque leur parcours de formation antérieur leur permet de bénéficier d'un allègement de formation, le directeur de l'institut de formation met en place, en accord avec l'agence régionale de santé, des parcours individualisés de formation. Les cursus mis en place dans ce cadre peuvent débuter à tout moment de l'année.

Les titres et les certifications professionnelles conduisant à des équivalences de blocs de compétences ou à des allègements de formation dans les certifications visées au I de l'article 1er sont listés dans un arrêté du ministre chargé de la santé. »

MODALITES DE SELECTION

Art. 2 : « La sélection des candidats est effectuée par un jury de sélection **sur la base d'un dossier et d'un entretien destinés à apprécier les connaissances, les aptitudes et la motivation du candidat à suivre la formation [...].** L'ensemble fait l'objet d'une cotation par un binôme d'évaluateurs [...] L'entretien d'une durée de 15 à 20 minutes est réalisé pour permettre d'apprécier les qualités humaines et relationnelles du candidat et son projet professionnel. »

ANNEXE de l'arrêté du 7 avril 2020 relatif aux modalités d'admission aux formations conduisant aux diplômes d'Etat d'Aide-Soignant et d'auxiliaire de puériculture

CONNAISSANCES ET APTITUDES ATTENDUES POUR SUIVRE LES FORMATIONS CONDUISANT AUX DIPLOMES D'ÉTAT D'AIDE-SOIGNANT ET D'AUXILIAIRE DE PUÉRICULTURE

Les attendus et critères nationaux sont les suivants :

| 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 autre.

CALENDRIER DE LA SELECTION

Les dates sont communes à tous les instituts.

| | |
|---|--|
| Retrait des dossiers d'inscription : | A partir du 13 février 2023 |
| Dépôt des dossiers | Entre le 13 février et le 10 juin 2023 |
| Clôture des inscriptions | Le 10 juin 2023 à minuit – cachet de la poste faisant foi |
| Entretiens de sélection | Du 05 juin 2023 au 30 juin 2023 |
| Affichage des résultats | 10 juillet 2023 à 14h <u>Un courrier vous sera expédié le même jour</u> |

Dépôt du dossier de candidature

- au siège de **l'IFAS de votre choix n°1**
- ou par courrier en Recommandé **avec Accusé de Réception**

Les dossiers incomplets ne seront pas acceptés, vous ne pourrez pas vous présenter à la sélection.
Date limite de dépôt du dossier : **10 juin 2023** à minuit (cachet de la poste faisant foi).

Une convocation vous sera adressée 10 jours avant les épreuves de sélection. Les candidats n'ayant pas reçu cette convocation dix jours au moins avant la date des épreuves sont invités à s'assurer de leur inscription auprès de l'institut.

Aménagement de la sélection et de la scolarité pour les candidats en situation de handicap

Pour toute demande concernant une demande de tiers-temps pour la sélection et pendant votre scolarité, contacter votre IFAS d'affectation.

Affichage des résultats

Art. 8 : « Les résultats comportant la liste des candidats admis en formation sont affichés dans chaque institut de formation et publiés sur Internet, dans le respect des conditions en vigueur de communication des données personnelles du candidats.

Chaque candidat est informé personnellement par écrit de ses résultats. **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.

Le bénéfice de l'admission est valable uniquement pour la session de formation au titre de laquelle le candidat s'est inscrit. ».

Pour tout renseignement concernant une demande de report, contacter votre l'IFAS d'affectation.

AIDES FINANCIERES POSSIBLES

Tous les renseignements utiles, sur les rémunérations, prise en charge des frais pédagogiques, bourses d'études pourront être fournis par le secrétariat de votre IFAS d'affectation.

A savoir :

L'IFAS de Douarnenez dépendant de l'Education Nationale, le candidat reçu à la formation aide-soignant devra s'acquitter d'une contribution correspondant aux frais de scolarité.

Cette somme pourra être mensualisée.

Prendre contact avec l'IFAS concerné.

Dossier de sélection Aide-soignant

LE DOSSIER COMPORTE LES PIECES SUIVANTES :

- Une copie de pièce d'identité recto verso ;
- Une lettre de motivation manuscrite ;
- Un curriculum vitae ;
- 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 ;
- Selon la situation du candidat, la copie des diplômes ou titres traduits en français ;
- Copie des relevés de résultats et appréciations ou bulletins scolaires, le cas échéant ;
- Attestations de travail, accompagnées, éventuellement, des appréciations et/ou recommandations de l'employeur, (ou des employeurs), le cas échéant ;
- Pour les ressortissants étrangers, un titre de séjour valide à l'entrée en formation ;
- La fiche d'inscription recto/verso et choix de l'institut ;
- 2 enveloppes à fenêtre timbrées au tarif en vigueur ; (sur cette enveloppe ne pas noter d'adresse) ;
- Tout autre justificatif valorisant un engagement ou une expérience professionnelle (associative, sportive...) en lien avec la profession d'aide-soignant – FACULTATIF ;
- Lorsque le niveau de français à l'écrit et à l'oral 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.

ATTESTATION MEDICALE D'IMMUNISATION ET DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES
 des personnes mentionnées à l'article L3111-4 du code de la santé publique et dans le cadre de la crise sanitaire COVID-19

Je, soussigné(e) Docteur

Certifie que : Nom de naissance Nom d'usage

Prénom : Né(e) le...../...../.....

En formation de :

Est immunisé(e) :

- Contre la DIPHTERIE, le TETANOS et la POLIOMYELITIS :

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

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

| | | |
|---|------------|------------|
| - 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 |

- Par le BCG* OUI NON

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

Un arrêté du 27 février 2019 a **suspendu l'obligation de vaccination par le BCG.*

| IDR à la tuberculine* | Date | Résultat (<i>en mm</i>) |
|-----------------------|------|---------------------------|
| | | |

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 tuberculiques.*

- Contre la COVID-19 : Loi relative à la crise sanitaire-5 aout 2021 - 3 stimulations obligatoires contre la COVID19 (dont au moins 1 dose de vaccin dans les 2 premières stimulations) - 2^{ème} puis 3^{ème} rappel recommandés

| Nom du vaccin | Date | N° lot |
|---------------|------|--------|
| | | |
| | | |
| | | |

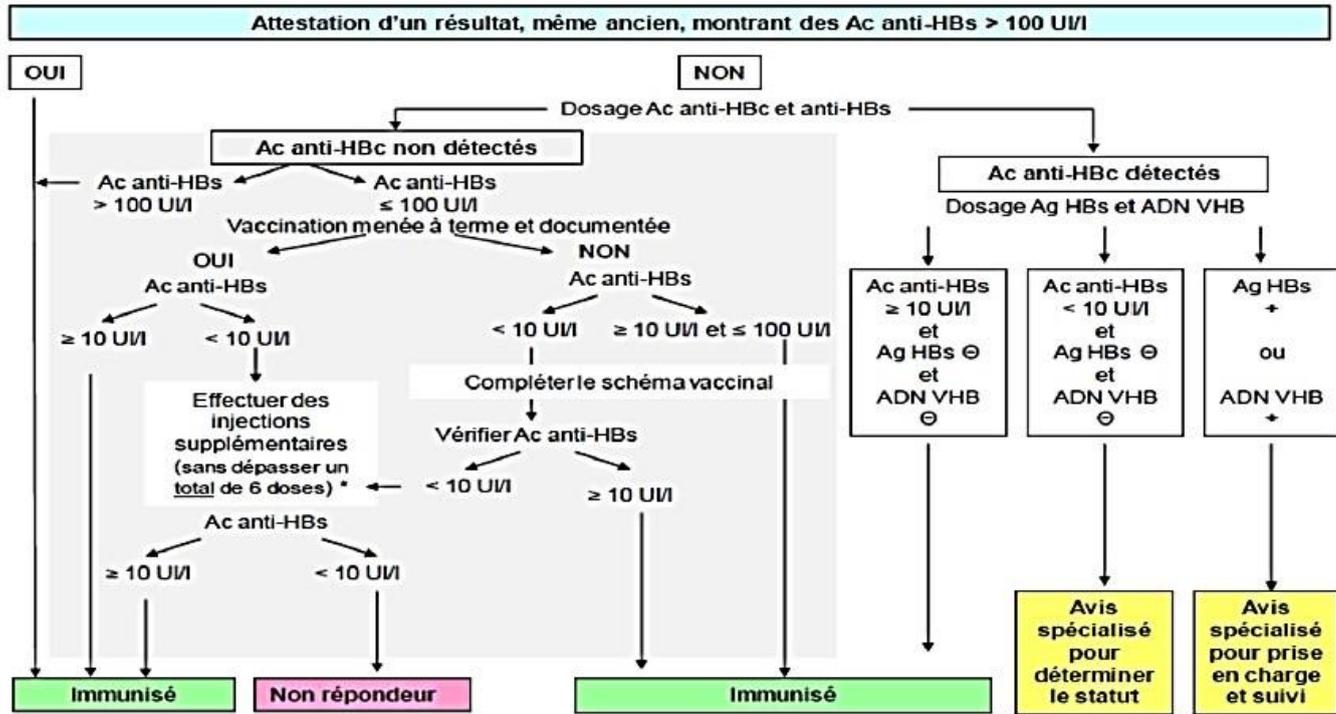
| Infection | Date | |
|-----------|------|--|
| | | |
| | | |

TRANSMETTRE LES CERTIFICATS DE VACCINATION/CERTIFICAT DE RETABLISSEMENT (Pass vaccinal à jour...)

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 coqueluche, la rougeole, la rubéole et les oreillons (ROR), la varicelle et la grippe saisonnière**, ainsi que contre l'hépatite A pour les personnes s'occupant d'enfants n'ayant pas atteint l'âge de la propreté (par exemple personnels des crèches, assistants maternels...) et – des structures collectives d'accueil pour personnes handicapées.

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



* Sauf cas particulier voir 4* de l'annexe 2 de l'arrêté

Légende : Ac : anticorps ; Ag : antigène ; VHB : virus de l'hépatite B

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 tuberculiques.
- 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 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.
- Loi n°2021-1040 du 5 août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire et 3^{ème} dose recommandée pour le pass vaccinal après passage devant le conseil constitutionnel
- Calendrier vaccinal en vigueur (cf. www.vaccination-info-service.fr)

**SELECTION DEPARTEMENTALE AIDE-SOIGNANT 2023
FINISTERE SUD**

FICHE D'INSCRIPTION

Toutes les rubriques sont à compléter impérativement

ETAT CIVIL

Nom de naissance :Nom d'usage :

Prénom :

Autres prénoms :

Date de naissance :/...../Ville :

Département (en chiffres et en toutes lettres) :

Sexe : Nationalité :



Adresse mail **ECRIRE TRES LISIBLEMENT...** @

N° Sécurité Sociale clé

Adresse du candidat(e) :

Code Postal : Ville :

6

SITUATION FAMILIALE DU CANDIDAT :

Célibataire - Marié(e) - Pacsé(e) - Divorcé(e) - Veuf(ve) rayer les mentions inutiles

Nombre d'enfants : Age(s) :

| | | |
|--|--|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | D'un titre ou diplôme homologué au niveau 4 (ex. baccalauréat) | Série Année |
| <input type="checkbox"/> | D'un titre ou diplôme du secteur sanitaire et social homologué au minimum au niveau 3 en France (BEP CAP ...) | Lequel Année |
| <input type="checkbox"/> | Diplôme étranger leur permettant d'accéder directement à des études universitaires dans le pays où il a été obtenu | Lequel Année |
| Titres ou diplômes permettant des allègements partiels ou complets de certains modules de formation | | |
| | DE Auxiliaire de Puériculture | Année |
| | DE Ambulancier | Année |
| | Bac pro SAPAT | Année |
| | Bac pro ASSP | Année |
| | DE AES (AMP/AVS/ MCAD) | Année |
| | TP ADVF | Année |
| | TP ASMS | Année |
| | Diplôme Assistant de régulation Médicale | Année |

SCOLARITE ET/OU ACTIVITE PROFESSIONNELLE

Etudes suivies : (niveau le plus élevé atteint)

.....

Emploi actuel

.....

(Préciser le type de contrat et le nom de votre employeur)

SITUATION LORS DE L'INSCRIPTION A LA SELECTION :

(Cocher la case correspondante à votre situation actuelle)

| Lycéen | Classe Prépa | Etudes Universitaires | Salarié | | Demandeur d'emploi indemnisé | Demandeur d'emploi non indemnisé | Autres Activités à préciser (formation, congé parental) |
|--------|--------------|-----------------------|-----------------------------|---------------|------------------------------|----------------------------------|---|
| | | | Secteur sanitaire et social | Autre secteur | | | |
| | | | | | | | |

J'accepte que mon identité paraisse à la publication des résultats sur internet

Je refuse que mon identité paraisse à la publication des résultats sur le site internet, je joins un courrier actant mon refus

☞ Les refus non accompagnés du courrier demandé ne seront pas pris en compte.

(Cocher la case correspondante)

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

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement qui régit les épreuves de sélection et en accepte les termes.

Fait à le.....

Signature du candidat ou du représentant légal

Choix de l'Institut de Formation Aide-soignant

Indiquez les IFAS dans lesquels vous souhaitez suivre votre formation **par ordre de préférence** – le choix 1 étant votre préférence d'affectation

| Groupement IFAS | Choix |
|------------------|----------------------|
| IFAS QUIMPER | <input type="text"/> |
| IFAS DOUARNENEZ | <input type="text"/> |
| IFAS PONT L'ABBE | <input type="text"/> |

Attention, votre affectation se fera en fonction **de votre rang de classement.**

Si vous êtes classé sur liste principale, vous serez affecté sur l'un de vos choix en fonction des places ouvertes et de votre rang de classement.

Si vous êtes classé sur liste complémentaire vous serez affecté sur l'un des IFAS en fonction des places libérées.

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

Je m'engage et j'accepte sans réserve le règlement qui régit la sélection.

**Les résultats de la sélection sont publiés
sur le site internet de chaque IFAS**

A _____ le _____

SIGNATURE DU CANDIDAT OU DE SON REPRESENTANT LEGAL