

SELECTION POUR L'ENTREE EN FORMATION D'AIDE-SOIGNANT 2025 NOTICE D'INFORMATION

CALENDRIER

Inscriptions : du 3 mars au 30 mai 2025

Etude des dossiers : du 2 juin au 30 juin 2025

Epreuve d'admission : à partir du 4 juillet 2025

Affichage des résultats : vendredi 11 juillet 2025 (Aucun résultat ne sera transmis par téléphone)

Validation de l'inscription par les candidats : Vendredi 22 aout 2025

Rentrée scolaire : Lundi 25 aout 2025

35 PLACES OUVERTES

35 subventionnées par la Région (Cf conditions p. 5)

Possibilité d'alternance

CONDITIONS

Aucune condition de diplôme n'est requise
Être âgé de 17 ans au moins à la date d'entrée en formation

La formation est accessible par les voies suivantes :

Sélection sur dossier et entretien pour tous les candidats y compris les personnes titulaires d'un DE, d'un titre professionnel ou d'un BAC professionnel ASSP ou SAPAT

LES EPREUVES DE SELECTION

La sélection des candidats est effectuée par un jury sur la base d'un dossier complet et motivé, et d'un entretien destiné à apprécier les connaissances, les aptitudes et la motivation du candidat à suivre la formation d'aide-soignant.

L'ensemble fait l'objet d'une cotation par un binôme d'évaluateurs composé d'un aide-soignant en activité professionnelle et d'un formateur infirmier ou cadre de santé d'un institut de formation paramédical. 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.

Une convocation précisant la date et le lieu de l'entretien vous sera adressée par courrier. Elle devra impérativement être présentée le jour de l'épreuve.

Le candidat doit veiller à donner une adresse complète et valide à la période de la sélection.

Les entretiens se dérouleront entre le 4 juillet et le 10 juillet 2025.

VOTRE ENTRÉE EN FORMATION

La formation répond à un programme officiel élaboré par le Ministère de la Santé. Il s'agit d'une formation en alternance, alliant des périodes d'école et des périodes de stage où l'élève concrétise les enseignements théoriques dispensés à l'IFAS mais aussi en distanciel.

Admission définitive

L'admission définitive au sein de l'IFAS n'est effective que si le candidat remplit les conditions énoncées ci-dessous :

- Production, au plus tard le premier jour de la rentrée, **d'un certificat médical émanant d'un médecin agréé¹ attestant que le candidat n'est atteint d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession d'aide-soignant.**
- Production, avant la date d'entrée au premier stage, **d'un certificat médical attestant que l'élève remplit les obligations d'immunisation et de vaccination (vaccinations contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et l'hépatite B).**

***N'attendez pas l'admission pour prendre contact avec votre médecin
Car 6 mois sont à prévoir pour effectuer le protocole complet des vaccinations***

STATUT A L'ENTRÉE EN FORMATION

Votre statut déterminera si vous êtes éligible ou non à une prise en charge financière. Il est important de mesurer l'impact financier de la formation dans votre projet.

TARIFS 2025 (sous réserve de modification)

La formation en Institut de Formation d'aide-soignant a un coût (7700 euros en cursus complet). Ce dernier peut être :

- Pris en charge par la Région sous certaines conditions
- Financé dans le cadre de la promotion professionnelle ou d'un congé individuel de formation.
- Financé par les OPCO sous réserve de bénéficier d'un contrat d'apprentissage ou de professionnalisation
- Financé personnellement (utilisation du CPF le cas échéant)

¹ Les listes des médecins agréés sont disponibles auprès de l'ARS de votre département.

SELECTION POUR L'ENTREE EN FORMATION D'AIDE-SOIGNANT

DOSSIER D'INSCRIPTION : Rentrée septembre 2025

A renvoyer uniquement par mail à pasteur-ifas@cfpast.com

Dates d'inscription : du 03/03/2025 au 30/05/2025
Etude des dossiers : du 02/06/2025 au 30/06/2025

PHOTO
(À agrafier)

IDENTITE DU CANDIDAT :

Nom de naissance : _____ Nom d'usage : _____
Prénoms : _____
Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____
Département de naissance : _____ Pays de naissance : _____
Nationalité : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Commune : _____
Téléphone Domicile : _____ Téléphone Portable : _____
Adresse mail : _____

TITRE D'INSCRIPTION :

- Bac ASSP Bac SAPAT Autre Bac (préciser) : _____
- Titre ou diplôme du secteur sanitaire ou social homologué au minimum au niveau V
- DEAP MCAD DEAMP DEA CCA
- TPAVF VAE
- DEAVS DEAES (depuis 2017) (Préciser la spécialité : _____)
- Titre ou diplôme étranger permettant d'accéder directement à des études universitaires dans le pays où il a été obtenu)
- Etudiants ayant suivi une 1^{ère} année d'études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier et n'ayant pas été admis en 2^{ème} année)
- Aucun titre ou diplôme

ATTESTATION SUR L'HONNEUR :

Je soussigné(e) atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document.
Je m'engage à ne pas modifier mon choix après le dépôt du dossier et j'accepte sans réserve le règlement qui régit le concours. Je déclare avoir pris connaissance que les informations recueillies sur ce dossier font l'objet d'un traitement informatisé.

Fait à : _____, le _____

Signature :

DOCUMENTS A JOINDRE

- Une photo d'identité **agrafée à l'emplacement prévu**
- **Une photocopie d'une pièce d'identité** : carte nationale d'identité ou passeport **en cours de validité**. Le permis de conduire ne sera pas accepté.
 - **Pour les non citoyens de l'Union Européenne** : titre de séjour en cours de validité à la date du concours et ce pour toute la formation et le passeport si la carte de séjour figure à l'intérieur de celui-ci (le récépissé du rendez-vous à la préfecture de police ne sera pas pris en considération)
- 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 2 pages.
- **Une photocopie du diplôme ou titre** permettant la dispense de certains modules de formation. Le cas échéant, la copie de vos relevés de résultats et appréciations ou bulletins scolaires.
- Une photocopie de l'attestation de sécurité sociale et de la carte vitale
- Pour les ressortissants hors Union Européenne, une attestation du niveau de langue française requis C1.
- Les candidats peuvent joindre tout autre justificatif valorisant un engagement ou une expérience personnelle (Associative, sportive, ...) en lien avec la profession d'aide-soignant.
- Une photocopie des justificatifs de prise en charge des frais de formation soit par votre employeur, soit par le pôle emploi ou un autre organisme de financement
- Dernier contrat de travail ou attestation FRANCE TRAVAIL
- Certificat de scolarité de l'année passée
- Le dossier du candidat rempli (fiche 1-2-3-4-5)
- Le certificat médical
- Le passeport vaccinal
- Le dossier attestation France Travail
- Une attestation d'assurance (responsabilité civile) couvrant les risques professionnels et la responsabilité civile de l'étudiant en stage en milieu médical et paramédical dans les champs sanitaires, Sociaux et Médico-Sociaux et couvrant également les trajets pour se rendre en stage.

Les candidats doivent classer chaque pièce du dossier de sélection dans l'ordre donné ci-dessus.

**LA CONSTITUTION DU DOSSIER ETANT UN DES CRITERES DE
SELECTIONS, AUCUNE INFORMATION COMPLEMENTAIRE NE
POURRA ETRE DONNE**

Les candidats en situation de handicap peuvent demander, lors du dépôt de leur dossier, un aménagement des conditions de déroulement de l'entretien (Un justificatif de la Maison Départementale des Personnes Handicapées en cas d'aménagement du temps de l'épreuve sera demandé).

VEUILLEZ NOUS INDIQUER VOTRE SITUATION EN 2024, EN PREVISION DE VOTRE PRISE EN CHARGE FINANCIERE A L'ENTREE EN FORMATION ET APRES OBTENTION DES EPREUVES DE SELECTION.

CONDITIONS :

Pour être éligible à la Région, vous devez suivre :

- La formation à temps plein
- La formation à temps partiel, **uniquement** si vous êtes titulaire d'un BAC Pro ASSP ou SAPAT

Pour les candidats à temps partiel, non titulaires d'un BAC Pro ASSP ou SAPAT, la formation aux modules complémentaires en IFAS a un coût. Ce dernier peut être :

- Financé dans le cadre de la promotion professionnelle ou d'un congé individuel de formation
- Financé en individuel

Effectifs éligibles à la Région (Dont les frais de formation sont pris en charge)

Vous avez moins de 26 ans et êtes en poursuite d'étude :

- ☐ Vous devez joindre un certificat de scolarité de l'année passée

Vous êtes demandeur d'emploi :

- ☐ Vous êtes non démissionnaire au cours de la période de référence (pour les AS, il n'y a plus de période de référence)
- ☐ Vous avez démissionné pour l'un des motifs suivants :
 - Rupture à l'initiative du salarié d'un contrat aidé, d'un emploi d'avenir ou d'un service civique, d'un contrat volontariat gendarmerie.
 - Pour cause de non-paiement des salaires.
 - Pour suivre le conjoint suite à une mutation ou un mariage
 - Pour suivre un enfant handicapé admis dans une structure d'accueil
 - Pour cause de violences conjugales
 - Pour cause d'actes délictueux dans le cadre du contrat de travail
- ☐ Vous avez démissionné avant la période de référence, vous n'avez pas renouvelé votre CDD.

Vous êtes salarié :

- ☐ Vous avez un contrat de travail dont la durée est inférieure à 18 heures par semaine ou 78 heures par mois en moyenne durant les neuf mois précédant l'entrée en formation
- ☐ Vous avez un contrat de travail à durée déterminée qui expire au plus tard dans les 7 jours qui suivent le début de formation
- ☐ Votre congé parental a pris fin avant le démarrage de la formation
- ☐ Votre contrat de travail est rompu : licenciement, rupture conventionnelle de CDI... la procédure doit impérativement avoir abouti avant la rentrée
- ☐ Vous êtes VDI ou micro-entrepreneur et vos revenus déclarés en moyenne sur les 6 derniers mois avant l'entrée en formation s'élèvent mensuellement au maximum à 720 euros.

L'INSCRIPTION A FRANCE TRAVAIL EST OBLIGATOIRE ET UNE ATTESTATION INDIQUANT VOTRE INSCRIPTION DOIT NOUS ETRE COMMUNIQUE.

Effectifs non éligibles à la Région (Dont les frais de formation ne sont pas pris en charge par le Conseil Régional mais par l'employeur, par un organisme de financement ou par le candidat)

Vous avez moins de 26 ans et êtes en poursuite d'étude :

- ☐ Vous avez suivi une préparation aux concours/sélections
- ☐ Vous avez le diplôme d'accès aux études supérieures

Vous êtes demandeur d'emploi :

- ☐ Possibilité de mobiliser votre compte personnel de formation (CPF) et de compléter sur fonds propres si vous souhaitez bénéficier de la mesure compensatoire.

Vous êtes salarié :

- ☐ **OBLIGATION DE MOBILISER VOTRE CPF ET DE COMPLETER SUR FONDS PROPRES**
- ☐ Vous avez gardé un lien juridique avec un employeur
- ☐ Vous êtes en congés parental
- ☐ Vous êtes en congé sabbatique, en disponibilité, en congé de formation professionnelle, commerçant, profession libérale...
- ☐ Vous êtes VDI ou micro-entrepreneur et vos revenus déclarés en moyenne sur les 6 derniers mois avant l'entrée en formation sont supérieurs mensuellement à 720 euros.

FICHE DE RENSEIGNEMENTS - SITUATION DE L'APPRENANT

IDENTITE DE L'APPRENANT

Civilité :

Nom de naissance : Nom d'usage (marital) :

Prénoms :

Adresse postale :

CP : Ville :

Etat civil : (cochez la case correspondant à votre situation)

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Célibataire | <input type="checkbox"/> Veuf(ve) |
| <input type="checkbox"/> Marié(e)/Pacsé(e) | <input type="checkbox"/> Divorcé(e) |
| <input type="checkbox"/> Vie maritale | |

Date de naissance :

Téléphone :

Personne reconnue travailleur handicapé

(O/N) ? Adresse électronique :

Statut avant l'entrée en formation : (cochez la case correspondant à votre situation)

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Etudiant(e) en poursuite d'études | <input type="checkbox"/> Salarié(e) |
| <input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi | <input type="checkbox"/> Autres |

Coût pédagogique de la formation pris en charge par : (à compléter avec l'institut de formation)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Région Grand Est y compris mesure dérogatoire | <input type="checkbox"/> OPCO, TRANSITION PRO, ANFH ... |
| <input type="checkbox"/> France Travail | <input type="checkbox"/> Employeur |
| <input type="checkbox"/> A titre personnel | <input type="checkbox"/> Autres (par exemple CPF/DIF) : |

Coordonnées de l'organisme finançant les frais de formation : (autre que REGION GRAND EST)

Rémunération et autres aides dont je bénéficie ou suis susceptible de bénéficier durant la formation : (cochez la case correspondant à votre situation)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bourse de la Région | <input type="checkbox"/> Contrat en alternance (apprentissage, contrat professionnalisant) |
| <input type="checkbox"/> Indemnités de chômage (ARE, ASS, RFF, ASR,...) | <input type="checkbox"/> Allocations d'études |
| <input type="checkbox"/> Minima sociaux et autres allocations (RSA,...) | <input type="checkbox"/> Autres types d'aides publiques (LADOM...) |
| <input type="checkbox"/> Promotion professionnelle hospitalière | <input type="checkbox"/> Aucune aide financière |
| <input type="checkbox"/> Plan de formation de l'employeur | <input type="checkbox"/> Autre(s) prise(s) en charge |

Coordonnées de l'organisme finançant ou sollicité pour financer la rémunération et/ou d'autres aides (autre que REGION GRAND EST)

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) :

déclare avoir pris connaissance :

- du coût pédagogique de la formation :

Tarif applicable par année ou par session de formation :

Autres frais à charge de l'apprenant :

- des conditions de prise en charge fixées par la Région Grand Est (voir fiches synthétiques relatives aux conditions générales et aux conditions spécifiques de prise en charge des formations)

- et j'atteste :

Remplir les conditions pour bénéficier d'une prise en charge régionale en tant que :

Jeune de -26 ans en poursuite d'études (certificat de scolarité 2022/2023 ou 2023/2024)

Demandeur d'emploi non démissionnaire durant la période de référence **qui démarre 6 mois avant la date de rentrée de l'année de sélection et jusqu'à la date de rentrée effective (y compris en cas de report – hors formation AS et AP)**

Salarié(e) bénéficiant d'un financement à titre dérogatoire pour les formations d'AS, AP et d'AMBU

Salarié(e) en situation précaire dont le contrat de travail est inférieur à 18 heures par semaine ou 78 heures par mois dans les 9 mois avant l'entrée en formation

Salarié(e) en tant que Vendeur à Domicile Indépendant (VDI) ou auto-entrepreneur dont le salaire moyen dans les 6 mois avant l'entrée en formation n'excède pas 720 € par mois

Financer la formation à titre personnel étant donné que je ne remplis pas les conditions d'éligibilité fixées par la Région

Bénéficiaire de la prise en charge du coût pédagogique par le biais d'un dispositif de formation professionnelle continue (Transition Pro, CFP, OPCO, ANFH, France Travail, plan de formation employeur...)

Mobilisation de mon CPF + le reste à charge à titre personnel

Coordonnées du financeur :

Je m'engage à :

Signaler au plus tôt tout changement de situation qui serait susceptible de remettre en cause ou d'impacter le financement de la Région Grand Est ;

M'acquitter des frais à titre personnel en cas d'omission ou d'erreur dans la présente déclaration, de non production des pièces demandées par l'institut de formation ou par la remettre toute pièce demandée par la Région en cas de contrôle ;

Être assidu durant toute la formation et respecter le règlement intérieur de l'institut de formation.

Toute fausse déclaration est passible de peines et d'amendes prévues par les articles 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal.

Je certifie exact les renseignements fournis.

Fait à :

Le :

Signature de l'apprenant ou du responsable légal

FORMATIONS SANITAIRES et SOCIALES

Document à renseigner pour toutes les personnes inscrites comme demandeur d'emploi

IDENTITE DE L'APPRENANT

Nom de naissance et/ou nom d'usage :

Prénoms :

Date de naissance :

PROJET DE FORMATION

Etablissement de formation :

Formation suivie :

Lieu de formation :

Année scolaire ou universitaire : Année

de réussite aux sélections : Date de la
rentrée :

Période de référence :

du :

au :

ANTECEDENTS PROFESSIONNELS (à compléter pour toutes les formations)

Situation au regard des derniers emplois occupés durant la période de référence qui **démarre 6 mois avant la date de rentrée de l'année de sélection et jusqu'à la date de rentrée effective** (à compris en cas de report) - (cette période ne concerne pas les formations A S et AP) :

soit :

du :

au :

Date d'embauche	Employeur	Lieu de travail	Emploi occupé	Type de contrat	Temps de travail	Motif de fin ou de rupture de contrat	Date de fin ou de rupture de contrat

INSCRIPTION A FRANCE TRAVAIL

N° d'identifiant France Travail :

Agence d'inscription France Travail référente :

Suivi assuré par une Mission Locale ou un PAIO (O/N) ?

Si oui, dans l'affirmative, quelle structure ?

Date de dernière inscription ou réactualisation en tant que demandeur d'emploi :

Si vous percevez une allocation de France Travail, depuis quand ?

Le changement de situation lié à l'entrée en formation doit être signalé à France Travail dans le mois qui précède la rentrée. Je

sousigné(e) :

- Atteste remplir les critères d'éligibilité fixés par la Région Grand Est - tels que rappelés dans les fiches récapitulatives "Conditions générales et conditions spécifiques de prise en charge des formations".

- Déclare avoir cessé toute activité professionnelle salariée ou non salariée et ne plus être lié contractuellement à un employeur (sauf en cas d'activité réduite et la quotité de travail n'excède pas 18h/semaine ou 78h/mois dans les 3 mois avant l'entrée en formation,

- Et ne pas être placé(e) soit en disponibilité de la fonction publique, soit en congé (congé de formation, congé sabbatique, congé parental...).

J'autorise France Travail à transmettre les informations ci-après à la Région.

Toute fausse déclaration est passible de peines et d'amendes prévues par les articles 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal.

Fait à :

Le :

Signature de l'apprenant ou du responsable légal

PARTIE A RENSEIGNER PAR FRANCE TRAVAIL

Attestation à remplir dans le mois précédent l'entrée en formation

Nom de naissance et/ou nom d'usage : Prénoms

Période de référence : du : au :

(Cette période ne concerne pas les formations AS et AP)

L'apprenant est inscrit en tant que demandeur d'emploi (à compléter obligatoirement pour toutes les formations) :

depuis le :

est inscrit en catégorie :

depuis le :

dernier jour d'actualisation :

justifie d'une activité déclarée à cette date (O/N) :

- L'apprenant justifie du statut suivant, au cours de la période de référence (hors formations AS et AP) :

- Non démissionnaire
- Démissionnaire pour motifs légitimes reconnus **exclusivement** par la Région Grand Est soit : rupture d'un contrat aidé, emploi avenir ou service civique... - pour cause de non-paiement des salaires - pour suivre le conjoint suite à mutation ou mariage - pour suivre son enfant handicapé admis dans une structure d'accueil - pour cause de violences conjugales - pour cause d'actes délictueux dans le cadre du contrat de travail
- Non renouvellement CDD
- Autre motif de rupture *

*Motif de fin ou de rupture de contrat - choisir parmi les options suivantes : Convention de Reclassement Personnalisé (CRP), démission, démission contrat 18 h/semaine au maximum, licenciement, rupture conventionnelle/amiable, fin de contrat, dispositif démission-reconversion

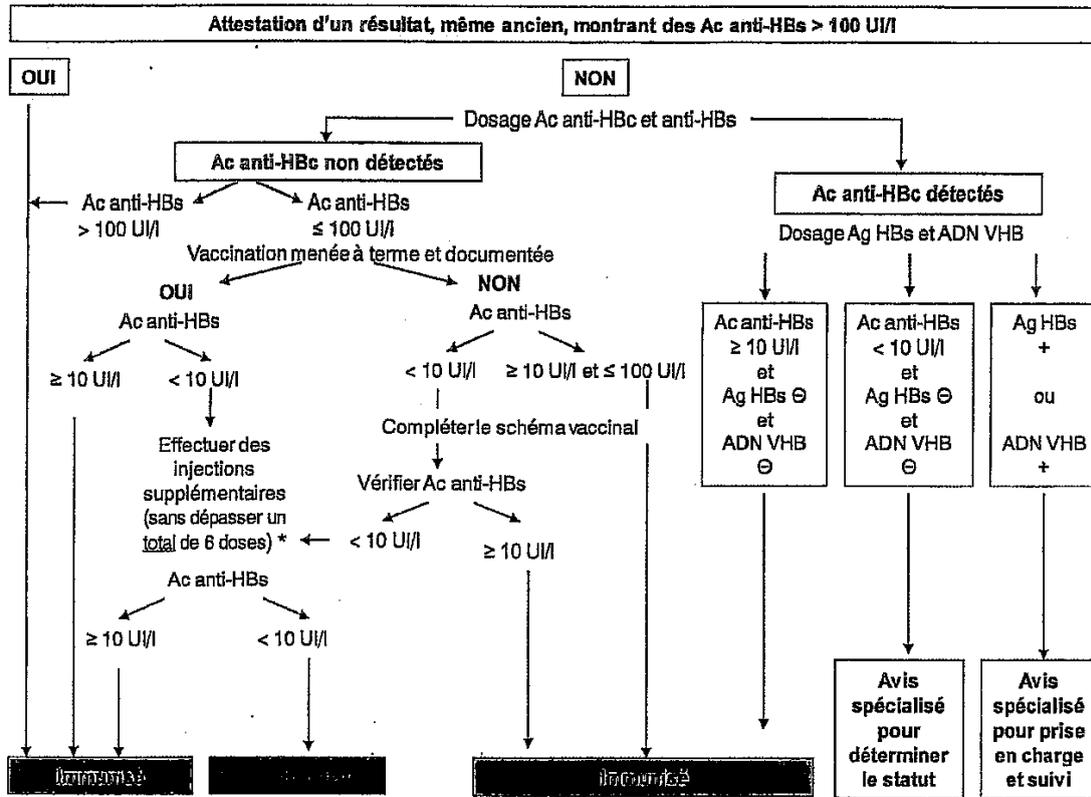
Date de la rupture :

- Non défini, France Travail n'étant pas en mesure de vérifier la situation de l'apprenant et d'attester de son statut au regard des critères fixés par la Région Grand Est

- Son projet de formation professionnelle a fait l'objet d'une validation auprès d'un conseiller de France Travail.

L'apprenant justifie-t-il de droits ouverts au titre de l'ARE (O/N) ?

Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 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 tuberculitiques
- 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
- Calendrier vaccinal en vigueur (cf. Site du ministère chargé de la santé : <http://www.sante.gouv.fr/vaccinations-vaccins-politique-vaccinale.html>)

CACHET DU MEDECIN AGREE

CERTIFICAT MEDICAL
Réalisé par un médecin agréé

Destiné à l'admission à l'Institut de formation d'Aides-soignants
Du Pôle de Formation Pasteur – Campus 2, Bezannes

Je soussigné,

.....
Certifie que Mr, Mme :
.....

Ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession Aide-soignante.

Une contre-indication à la vaccination contre l'hépatite B et le Covid 19 correspond de fait à une inaptitude vers les professions médicales, pharmaceutiques ou paramédicales.

DATE :
Signature du médecin