

Dossier de sélection

Formation Aide-soignant



Chère Madame, Cher Monsieur,

Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à notre école.

Dans le cadre de votre projet de formation, veuillez trouver ci-joint le dossier de sélection pour une demande d'inscription au Diplôme d'Etat d'Aide-soignant.

Nous vous rappelons les dates clés liées à cette inscription :

- **Date limite de dépôt des dossiers : vendredi 3 octobre 2025 à 23h59 (délai de rigueur)**
- **Jury de sélection : du 8 septembre au 12 novembre 2025**
- **Résultats : 18 novembre 2025**
- **Rentrée : 5 janvier 2026**

L'admission à l'inscription en formation est soumise à **2 étapes** :

1 - La **notation du dossier de sélection** qui doit respecter les consignes suivantes :

- **Totalement complété en lettres majuscules**
- **Muni des toutes les pièces jointes** soumises à la notation (seuls les documents lisibles seront comptabilisés) **non agrafées et classées dans l'ordre cité**

2 - Un **entretien devant le jury** destiné à apprécier la motivation et le choix du projet professionnel du candidat.

Le dossier complet est à retourner au plus tard le 3 octobre 2025 à 23h59 (délai de rigueur) :

- Soit en le déposant en **main propre** à l'AFPS
- Soit par **voie postale en lettre recommandée** à : 100 avenue de Verdun, 92390 VILLENEUVE-LA-GARENNE (Cachet de la poste faisant foi)

Les envois par mail ne seront pas retenus.

Nous serions ravis de vous accompagner dans cette étape importante de votre parcours professionnel. Nous restons à votre disposition au 01.40.85.87.20 ou par mail afps-ifas@emeis.com pour toutes questions.

Pour en savoir plus sur nos offres, cliquez sur le lien <https://www.emeis-job.fr/devenir-aidesoignant/> .

Au plaisir de vous accueillir,

Cordialement

L'équipe de l'AFPS

Dossier de sélection Formation Aide-soignant



Encadré réservé à l'administration

N° de registre : _____ Promotion : _____
 Réception le ___/___/___ à ___h ___ dépôt courrier
 Cursus : Initial Partiel titré Alternance : apprentissage Contrat pro
 N° BL : _____
 Financement : TP OPCO EMPLOYEUR REGION FT CPF INDIVIDUEL
 Frais pédagogiques réglés le : ___/___/___ par CB Virement

Photo à coller
+ nom et prénom au
dos de la seconde
photo

Sélectionnez le cursus visé :

Cursus initial Cursus Partiel Titré Cursus Alternance

1 - IDENTITE

Nom de naissance : _____ Prénoms : _____
 Nom marital : _____
 Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____
 Sexe : _____ Pays de naissance : _____
 N° Sécurité sociale : _____ Nationalité : _____

Je suis en situation handicap et je souhaite bénéficier d'une aide ?
 Si oui, joignez impérativement à ce dossier les pièces justificatives nécessaires

2 - COORDONNEES*

**Tout changement d'adresse ou de n° de téléphone doit être signalé obligatoirement. La responsabilité en incombera à l'apprenant*

Adresse : _____
 Code postal : _____ Ville : _____
 Téléphone portable : _____ Téléphone fixe : _____
 E-mail : _____

Réservé à l'administration

| CI | LM | CV | projet | Diplômes* | Bulletins /résultats | Att employ |
|----------------|-----------------|--------|-------------------------|-----------|----------------------|--------------|
| | | | | | | |
| S. Sociale | RIB | photos | Relevé Fr Travail | Assurance | vaccins | Carnet santé |
| | | | | | | |
| Certif medical | Droit à l'image | RGPD | Transmission de données | autre | | |
| | | | | | | |

Réservé à
l'administration

Réservé à
l'administration

N° étab

*indispensable si CPT

Institut de formation des professionnels de santé AFPS, un établissement du groupe emeis
 100 Avenue de Verdun - Parc De l'Etoile-BAT B -92390 Villeneuve La Garenne
 EL. : 01 40 85 87 20 -- E-mail : afps-ifas@emeis.com -- Site Internet : www.afps-92.fr

Dossier de sélection Formation Aide-soignant



3 - DIPLOMES OBTENUS

Intitulé du dernier diplôme :

Niveau :

Date :

DEAES obtenu en _____

BAC ASSP obtenu en _____

DEAP obtenu en _____

BAC SAPAT obtenu en _____

DEAVS obtenu en _____

ARM obtenu en _____

DEA obtenu en _____

ASM obtenu en _____

DEAMP obtenu en _____

ASHQ _____

TP AVF obtenu en _____

VAE modules obtenus _____

4 - SITUATION LORS DE L'INSCRIPTION EN INSTITUT DE FORMATION

- Etes-vous salarié ? oui, complétez ci-dessous non, complétez le point suivant

Nom de l'entreprise :

Fonction occupée :

Adresse :

Nom du responsable :

Téléphone :

E-mail employeur :

- Etes-vous inscrit (e) à France Travail ? Oui Non

Si oui, depuis quelle date :

N° identifiant PE (7chiffres et 1 lettre) : _ _ _ _ _ _ _ _

Date de début de suivi par la Mission Locale :

Dossier de sélection

Formation Aide-soignant



5 - CONDITIONS FINANCIÈRES DE L'INSCRIPTION

Avez-vous fait une demande auprès d'un organisme financeur : oui non

Si oui, financement de la formation :

Conseil Général Île de France

CPF

Indiquez le montant à mobiliser :

C.A.F ou organismes sociaux

Transition Pro Adresse :

Employeur

Autres Nom et adresse :

Individuel

La formation peut faire l'objet d'un règlement en plusieurs fois uniquement par virements automatiques et sur accord de la directrice

Toute formation commencée est due dans sa totalité.

6 - PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom :

Prénom :

Téléphone :

L'inscription définitive du candidat reçu à la sélection, suivant les critères de positionnement régulés par les grilles de notation de l'ARS, est valable pour l'année scolaire pour laquelle le candidat a été admis.

Les frais d'inscription d'un montant de 90 € sont à régler par virement ou CB dès la validation de l'admission

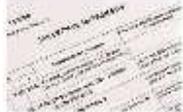
- Je déclare avoir pris connaissance de tous les éléments de ce dossier OUI NON
- J'accepte les conditions et je déclare exacte toutes les informations inscrites dans ce dossier OUI NON
- Je donne mon accord pour diffusion en ligne des résultats du jury de certification OUI NON
- Je donne mon accord pour diffusion en ligne des résultats de sélection d'entrée OUI NON

Date :

Signature :

Dossier de sélection Formation Aide-soignant



| N° | Documents à joindre soumis à la notation | <u>Cochez</u> s'il est joint au dossier |
|----|--|--|
| 1 | Une pièce d'identité <u>valide à l'entrée de formation</u> Copie couleur recto verso de la Carte Nationale d'Identité (CNI) ou le Titre de Séjour (TS)  | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Lettre de motivation <u>manuscrite</u>  | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Un Curriculum Vitae en version numérique  | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Un document <u>manuscrit</u> (2 pages maximum) relatant au choix, soit une situation personnelle ou professionnelle vécue, soit son projet professionnel en lien avec les attendus de la Formation | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Selon la situation du candidat, la copie des originaux de ses diplômes ou titres traduits en français  | <input type="checkbox"/> |
| 6 | Le cas échéant, la copie de ses relevés de résultats et appréciations ou bulletins scolaires des classes de première et terminale  | <input type="checkbox"/> |
| 7 | Selon la situation du candidat, les attestations de travail, accompagnées éventuellement des appréciations et/ou recommandations de l'employeur | <input type="checkbox"/> |

Dossier de sélection Formation Aide-soignant



| N° | <p align="center">Liste de documents à transmettre au plus tard à la convocation de la pré rentrée</p> | <p align="center"><u>Cochez s'il est joint au dossier</u></p> |
|----|---|---|
| 1 | 1 Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la sécurité sociale  | <input type="checkbox"/> |
| 2 | 1 Relevé d'Identité Bancaire (RIB) | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Photos d'identité récente (nom et prénom au dos) + 1 photo à coller sur la première page de ce dossier | <input type="checkbox"/> |
| 4 | 1 Relevé de situation France Travail (FT) des périodes d'inscription pour tous les candidats inscrits FT | <input type="checkbox"/> |
| 5 | 1 Copie de l'attestation d'assurance responsabilité civile avec <u>option stages médicaux (obligatoire)</u> | <input type="checkbox"/> |
| 6 | 1 attestation médicale des vaccins (BCG- Test Tuberculine- <u>DTPolio</u> - Hépatite B) | <input type="checkbox"/> |
| 7 | 1 Photocopie du carnet de santé à jour des vaccins obligatoires présents sur la feuille de vaccination | <input type="checkbox"/> |
| 8 | 1 certificat médical d'un <u>médecin agréé</u> attestant que le/la candidat(e) n'est <u>atteint(e)</u> d'aucune affection physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession d'aide-soignant | <input type="checkbox"/> |

Attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires*



*Conformément à l'instruction interministérielle du 7 septembre 2021 relative à la mise en oeuvre de l'obligation vaccinale pour les étudiants et élèves en santé.

Ce certificat médical doit être délivré par un médecin agréé.

<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/listes-de-medecins-agrees-en-ile-de-france>

Je soussigné(e), Docteur (Nom, prénom) : _____

Certifie que :

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

A été vaccine (e) :

- Contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite : oui non

Dernier rappel effectué :

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

Observation

- Contre l'hépatite B, il/elle est considérée comme :

Joindre impérativement un bilan sérologique confirmant l'immunisation (dosage anticorps anti-HBS)

Immunisé(e) contre l'hépatite B: oui non (*obligatoire pour l'entrée en formation*)

Non répondeur(se) à la vaccination : oui non (*joindre une attestation du médecin*)

Observation

- Par le BCG : oui non

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

| IDR à la tuberculine | Date | Résultat (en mm) |
|----------------------|------|------------------|
| | | |

Observation

- Certificat COVID numérique UE (Schéma vaccinal achevé)

Fait à :

Signature et cachet (obligatoires)

Le

Certificat médical



Ce certificat médical doit être délivré par un médecin agréé.

<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/listes-de-medecins-agrees-en-ile-de-france>

Je soussigné(e), Docteur (Nom, Prénom) :

Certifie avoir examiné ce jour :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Candidat(e) à la formation Aide-soignant ne présente aucune contre-indication à suivre la formation.

L'apprenant présente l'ensemble des aptitudes physiques et psychologiques à exercer l'ensemble de ces stages en établissement de soins.

Observations :

Fait à :

Le :

Signature et cachet (Obligatoires) :