

Dossier d'inscription 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, vous souhaitez vous inscrire à la formation Aide-soignante,

Voici les informations clés à savoir :

1. Vous avez moins de 29 ans et vous souhaitez faire la formation en Apprentissage.

Aucune sélection à faire, il vous suffit de nous retourner le dossier ci-joint complété avec les éléments annexes demandés. Une convocation pour un test de niveau vous sera communiquée ultérieurement.

A noter, les dates prévisionnelles des prochaines rentrées en Apprentissage :

- 24 août 2026
- 05 octobre 2026
- 26 octobre 2026

2. Vous souhaitez faire la formation en initial, partiel titré ou en alternance (pour les plus de 29 ans), l'admission en formation est soumise à une sélection qui se déroule ainsi :

- Période d'inscription auprès de l'Ifas emeis : **Du lundi 23 mars au mercredi 10 juin 2026.**
- Date limite de dépôt des dossiers : Mercredi 10 juin 2026 à 23h59 (Cachet de la poste faisant foi)
- Jury de sélection : **Du lundi 04 mai au vendredi 19 juin 2026 (sur convocation)**
- Résultats de la sélection : Mercredi 24 juin 2026 à 14h00
- Rentrée : **Le lundi 24 août 2026 à partir de 9h00**

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

- ✓ La **notation du dossier de sélection** qui doit respecter les consignes suivantes :
 - Totalement complété en lettres majuscules
 - Muni de toutes les pièces jointes soumises à la notation non agrafées et classées dans l'ordre cité par le document (Seuls les documents lisibles seront pris en compte)
- ✓ Un **entretien devant un jury** (15 minutes environ) destiné à apprécier la motivation et le choix du projet professionnel du candidat.

Le retour du dossier d'inscription se fait de deux façons différentes :

- Soit en le déposant **en mains propres** à l'Ifas emeis AFPS
- Soit **par voie postale en lettre recommandée.**

Adresse de retour dossier : **AFPS Ifas emeis « parc de l'Etoile » 100 Avenue de Verdun Bâtiment B1 92390 Villeneuve-La-Garenne**

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 à afps-ifas@emeis.com pour toutes questions éventuelles.

Au plaisir de vous accueillir,

Cordialement

L'équipe de l'AFPS

Dossier d'inscription Formation Aide-soignant



Encadré réservé à l'administration

N° de registre : _____ Promotion : _____
 Réception le ___/___/___ à ___h ___ Dépôt courrier
 Coursus : Initial Partiel titré Alternance : Apprentissage Contrat pro
 N° BL : _____
 Financement : TP OPCO EMPLOYEUR REGION FT CPF PERSO
 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 : _____ Véhicule OUI / NON : _____

Réservé à l'administration

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

*indispensable si CPT

Dossier d'inscription

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° Identification FT (11 chiffres):

Date de début de suivi par la Mission Locale :

Dossier d'inscription

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 d'inscription

Formation Aide-soignant

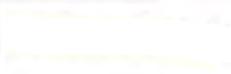


N°	<i>Documents à joindre soumis à la notation</i>	<u>Cochez</u> s'il est joint au dossier
1	Une pièce d'identité <u>valide à l'entrée de formation</u> Copie couleur recto verso de la Carte Nationale d'Identité (CNI) ou le Titre de Séjour (TS) 	<input type="checkbox"/>
2	Lettre de motivation <u>manuscrite</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 d'inscription

Formation Aide-soignant



N°	<p align="center">Liste de documents à transmettre au plus tard à la convocation de la <u>pré rentrée</u></p>	<p align="center"><u>Cochez s'il</u> est joint au dossier</p>
1.	1 Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la sécurité sociale 	<input type="checkbox"/>
2.		<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*

RESTREINT



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) :

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.

Attestation d'immunisation pouvant être remplie par le médecin traitant ou agréé

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

-

Fait à :

Signature et cachet (obligatoires)

Le