

# 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](mailto: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



<b>Encadré réservé à l'administration</b> N° de registre : _____ Promotion : _____ Réception le __/__/__ à __h__ Dépôt <input type="checkbox"/> courrier <input type="checkbox"/> Coursus : Initial <input type="checkbox"/> Partiel titré <input type="checkbox"/> Alternance <input type="checkbox"/> : Apprentissage <input type="checkbox"/> Contrat pro <input type="checkbox"/> N° BL : _____ Financement : TP <input type="checkbox"/> OPCO <input type="checkbox"/> EMPLOYEUR <input type="checkbox"/> REGION <input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> PERSO <input type="checkbox"/> Frais pédagogiques réglés le : __/__/__ par CB <input type="checkbox"/> Virement <input type="checkbox"/>		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							Réservé à l'administration		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				N° étab	

\*indispensable si CPT

# S

## 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°	<b>Documents à joindre soumis à la notation</b>	<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°	<b>Liste de documents à transmettre au plus tard à la convocation de la <u>pré</u> rentrée</b>	<u>Cochez s'il</u> est joint au dossier
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 rempli 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