

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 de candidature apprentissage complété avec les éléments annexes demandés. Une convocation pour un test de niveau et un entretien 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
- Soit **par voie postale en lettre recommandée.**

Adresse de retour dossier : **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'IFAS emeis

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





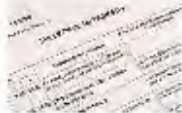
Date :

Signature :

Dossier d'inscription



Formation Aide-soignant



N°	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 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

CFA emeis

Dossier de candidature

Formation Aide-soignant Par l'apprentissage



Modalités d'accès à l'admission en formation

L'admission comprend :

1. Dépôt d'un dossier de candidature au CFA.
2. Étude du dossier par les équipes du CFA.
3. Entretien individuel de motivation, d'analyse du projet professionnel et de positionnement (entretien téléphonique, Informatique (Zoom ou Teams) ou Présentiel sur RDV)
4. Test de positionnement en langue française.
5. Inscription auprès de l'IFAS partenaire.
6. Recherche et validation de l'établissement d'accueil employeur
7. Signature du contrat d'apprentissage.

En complément de vos démarches, le CFA vous accompagne dans la recherche d'un employeur.

-Pour les personnes ayant déjà été sélectionnées à l'issue d'un entretien avec un employeur pour un contrat d'apprentissage sous réserve que l'apprenti(e) produise :

- Une copie de sa pièce d'identité,
- Une lettre de motivation avec description de son projet professionnel,
- Un cv,
- Un projet professionnel ou personnel
- La copie du contrat d'apprentissage signé ou tout document justifiant de l'effectivité des démarches réalisées en vue de la signature imminente du contrat d'apprentissage.

En l'absence de validité d'un contrat d'apprentissage, les candidats sont soumis aux modalités de sélection interne (Test de niveau préalable) organisée par le référent Scolarité du CFA.

L'admission définitive est subordonnée à la production :

-au plus tard le jour de la rentrée d'un certificat médical émanant d'un médecin agréé ARS attestant d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession aide-soignante.

-Avant la date d'entrée au premier stage : d'un certificat médical attestant des obligations d'immunisation et de vaccination.

CFA emeis

Dossier de candidature

Formation Aide-soignant Par l'apprentissage



Encadré réservé à l'administration

N° de registre : _____ Promotion : _____
 Réception le ___/___/___ à ___h ___ dépôt courrier
 Cursus Alternance : apprentissage Contrat pro
 N° BL : _____
 Financement / Rémunération : EMPLOYEUR SANS EMPLOYEUR
 Pas de Frais pédagogiques pour le cursus Apprentissage

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

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 : _____
 Véhiculé OUI / NON: _____

Réservé à l'administration

CI	LM	CV	projet	C. Médical	Suivi Socio professionnel	Att employ
transmission de données	Test Aptitude	photos	Relevé Fr Travail	Assurance	vaccins	Droit à l'image

Réservé à
l'administration

Réservé à
l'administration

CFA emeis Dossier de candidature

Formation Aide-soignant Par l'apprentissage

RESTREINT



N° étab

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

CFA emeis

Dossier de candidature

Formation Aide-soignant Par l'apprentissage

RESTREINT



5 - PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom : Prénom : Téléphone :

6-RESPONSABLE LEGAL A CONTACTER POUR MINEURS :

Nom: Prénom: Téléphone:

A la suite de l'étude du dossier de candidature et des documents annexes associés, (tests de niveau, grille d'analyse des besoins, questionnaire de définition des attentes), la recevabilité du candidat sera actée par la direction du CFA

- 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

Date:

Signature:

DOCUMENTS EN ANNEXE A FOURNIR IMPERATIVEMENT

1. Une pièce d'identité (copie lisible recto-verso).
Les titres de séjour pour les ressortissants hors Union Européenne doivent être valides pour toute la période de la formation (si vous avez fait une demande de renouvellement, fournir la copie du dépôt de la demande)
2. Un curriculum vitae actualisé ;
3. Une lettre de motivation manuscrite ;
4. Un document de présentation du projet, de 2 pages manuscrites maximum
5. La copie des originaux de ses diplômes ou titres traduits en français ;
6. Les attestations de travail, accompagnées éventuellement des appréciations et/ou recommandations de l'employeur (ou des employeurs) ;
7. Autre justificatif valorisant un engagement ou une expérience personnelle (associative, sportive...) en lien avec la profession d'aide-soignant.e ;
8. La notification actualisée d'inscription au pôle emploi (si demandeur d'emploi)
9. 1 enveloppe Format DL 110 X 220 avec fenêtre, affranchies au tarif en vigueur

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) :