

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 30 ans et vous souhaitez faire la formation en Apprentissage.
Aucune sélection à faire, il vous suffit de nous retourner un dossier de candidature CFA complété avec les éléments annexes demandés. Une convocation pour un entretien d'insertion professionnel vous sera communiquée ultérieurement. A noter, les dates prévisionnelles des prochaines rentrées en Apprentissage :

- 05 octobre 2026
- 26 octobre 2026
- 04 janvier 2027

2. Vous souhaitez faire la formation en initial, partiel titré ou en alternance (pour les plus de 30 ans), l'admission en formation est soumise à une sélection qui se déroule ainsi :

- Période d'inscription auprès de l'Ifas emeis : **Du lundi 06 juillet au vendredi 02 octobre 2026**
- Date limite de dépôt des dossiers : Vendredi 02 octobre 2026 à 23h59 (Cachet de la poste faisant foi)
- Jury de sélection : **Du mardi 15 septembre au jeudi 12 novembre 2026 (sur convocation)**
- Résultats de la sélection : Mardi 17 novembre 2026 à 10h00
- Rentrée : **Le lundi 04 janvier 2027 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 :
 - Totalemment 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)
 - Rédaction sur place avant l'entretien d'un écrit complétant le dossier pour tous les non bacheliers, dont la durée de préparation a été fixée à 20 minutes.
- ✓ 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 coursus visé :

Coursus initial ☐

Coursus Partiel Titré ☐

Coursus 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



Documents à joindre dans l'ordre indiqué soumis à la notation

1. Une pièce d'identité valide à l'entrée en formation (Copie couleur recto verso de la carte nationale d'identité (CNI) ou du Titre de séjour (TS))
2. Lettre de motivation manuscrite
3. Un Curriculum Vitae en version numérique format pdf
4. Selon la situation des candidats, une copie des originaux de ses diplômes ou titres professionnels
5. Le cas échéant, la copie des relevés de résultats ou bulletins scolaires de la classe de terminale.
6. Selon la situation des candidats, les attestations de travail accompagnées éventuellement des appréciations et/ou recommandations de l'employeur.

Nouvelle sélection : Suite à l'arrêté du 29 avril 2026

Pour la composition du dossier:

- **Suppression du document manuscrit** relatant une situation, remplacé selon le cas par un temps de rédaction sur place
- Ajout de l'attestation d'inscription en terminale

Pour le jour d'entretien avec le jury:

- **Rédaction sur place avant l'entretien d'un écrit d'une dizaine de lignes** complétant le dossier. La durée de préparation a été fixée à 20 minutes pour la rédaction de ce document manuscrit. Celui-ci relate, selon le choix du candidat et en lien avec les attendus de la formation, soit une situation personnelle ou professionnelle vécue, soit son projet professionnel.
- **Ne sont pas concernés par cet écrit**, les candidats titulaires du diplôme national du baccalauréat délivré par une autorité française, ou équivalent du bac (DAEU), ou inscrits en classe de terminale (sur justificatif)



Liste des documents à transmettre au plus tard à pré rentrée. (NON SOUMIS A LA NOTATION)

1. Une Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la sécurité sociale avec avis de situation.
2. Un relevé de situation des périodes d'inscription à **France travail** si le candidat est demandeur d'emploi.
3. Deux photos d'identité récentes avec le nom inscrit au dos dont une photo à coller sur la première page du dossier d'inscription.
4. Une copie de l'attestation d'assurance Responsabilité civile avec option stages médicaux (obligatoire)
5. L'attestation d'immunisation et vaccinations obligatoires dûment rempli par un médecin
6. Un certificat médical d'aptitude fait par un **médecin agréé ARS** attestant que le candidat n'est atteint d'aucune affection physique ou psychologiques incompatible avec l'exercice de la profession d'aide-soignant.
7. Une photocopie du carnet de santé à jour des vaccins obligatoires inscrits sur la feuille de vaccination (BCG - DT Polio - Hépatite B)

*Attention, nous attirons votre attention sur le fait qu'un parcours de **vaccination Hépatite B** dure plusieurs mois avant d'avoir un taux d'immunité suffisant pour accéder aux périodes de stages en formation.*

Nous vous conseillons de débiter le parcours vaccinal dès maintenant si vous n'êtes pas encore immunisé à ce jour.

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

RESTREINT



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 en COULEUR 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

- Quelles sont les expériences ou qualités personnelles que je peux mettre au service de ce projet ?

[illegible]

[illegible]

Attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires

RESTREINT



**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

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) :