

DOSSIER D'INSCRIPTION FORMATION D'AIDE-SOIGNANT

NIVEAU 4



RENTREE DE SEPTEMBRE 2024

INFORMATIONS GENERALES

CONDITIONS

- La formation au diplôme d'état d'Aide-Soignant est accessible **sans condition de diplôme**.
- Les candidats doivent être âgés de 17 ans minimum à la date d'entrée en formation.

CALENDRIER

- Inscription à l'épreuve de sélection orale **du 25 mars au 10 juin 2024 minuit**,
- Epreuves de sélection orale **du 11 juin au 27 juin 2024 inclus**,
- Publication des résultats **le 1^{er} juillet 2024 à 14h00** ; affichage sur internet www.cloriviere.paris
- **Validation de l'inscription à l'IFAS jusqu'au 10 juillet 2024 inclus**,
- Rentrée scolaire le 26 août 2024 pour la formation initiale et continue et le 30 août 2024 pour la formation en apprentissage.

EPREUVE DE SELECTION

Sélection sur la base d'un dossier et d'un entretien, destinés à apprécier les connaissances, les aptitudes et la motivation du candidat à suivre la formation.

Les convocations pour les épreuves orales seront envoyées par mail.

DATE D'INSCRIPTION SELECTION ORALE : DU 25 MARS AU 10 JUIN 2024 MINUIT

Modalités de réception de votre dossier

- **Dépôt du dossier papier** du lundi au vendredi de 09h30 à 12h00 et de 13h00 à 16h00 sur place à l'IFAS de l'Institut Supérieur Clorivière – 119 boulevard Diderot – 75012 PARIS.
OU
- **Envoi par courrier postal** au plus tard le 10 juin 2024 minuit (*Date du cachet de La Poste faisant foi*) à l'adresse suivante :
IFAS - Institut Supérieur Clorivière – 119 boulevard Diderot – 75012 PARIS
OU
- **Envoi du dossier par e-mail** à l'adresse suivante : inscriptions.ap-as@cloriviere.paris

PLACES OUVERTES

- **36 places ouvertes en formation initiale et continue dont :**
 - ✓ 5 places réservées aux ASHQ et Agents de services dispensés de l'épreuve sous condition « Les places non-pourvues sont affectées aux autres candidats »,
 - ✓ 5 places réservées aux cursus partiels,
 - ✓ 6 places réservées aux reports de formation de 2023.
- **36 places en formation en apprentissage dont :**
 - ✓ 15 places réservées au CFA KORIAN ACADEMY,
 - ✓ 1 place réservée aux reports de formation de 2023.

VOTRE ENTREE EN FORMATION

La formation se déroulera en présentiel mais aussi en distanciel. Vous devez prévoir un équipement informatique individuel et une connexion internet afin de suivre la formation. Un minimum de compétences informatiques est recommandé.

Des frais de tenues professionnelles sont à prévoir pour les apprenants inscrits en formation initiale et continue : 57 €

Partie réservée à l'IFAS

Date de réception dossier	Dossier complet	Jury numéro	Date de jury	Confirmation de présence
Le :	Oui - Non	N°	Le :	Oui - Non

Madame Monsieur

Nom de naissance :

Nom d'épouse :

Prénom(s) (2 maximum dans l'ordre de l'état civil) :

Date de naissance : / / Lieu de naissance et département :

Pays de naissance : Nationalité :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : E-mail :

Situation de famille : Célibataire Union libre Marié (e) Autre :

Enfants à charge : Oui Non Nombre d'enfants : Age du ou des enfant(s) :

Situation de handicap : Oui Non (Si oui, joindre la copie de la notification RQTH ou récépissé de dépôt de demande)

Diplômes ou Titres :

Aucun diplôme,

BAC pro ASSP ou SAPAT, préciser lequel :

Titre ou Diplôme ouvrant droit à dispense et /ou équivalence. Préciser lequel :

Titre ou Diplôme étranger ouvrant droit à des études universitaires dans le pays où il a été obtenu (attestation de l'ambassade traduite en français ou attestation délivrée par l'organisme ENIC-NARIC).

Attestation de scolarité pour les étudiants ayant suivi une première année d'étude conduisant au Diplôme d'État d'infirmier et n'ayant pas été admis en deuxième année.

Agent ayant un contrat de travail dans un établissement de santé ou une structure de soins, ainsi qu'un engagement de prise en charge de la formation par l'employeur.

Parcours de formation choisi :

Formation en apprentissage

Formation initiale et continue

Date :

Signature :



L'épreuve de sélection orale est une sélection sur la base d'un dossier et d'un entretien, destinée à apprécier les connaissances, les aptitudes et la motivation du candidat à suivre la formation.

Le candidat envoie chaque pièce de son dossier de sélection orale au format PDF ; aucune photo de document ne sera acceptée.

- Formulaire intitulé « Fiche d'inscription pour tous les candidats » dûment renseigné, daté et signé, précédé par la mention « lu et approuvé » avec une photo d'identité récente obligatoire,
- Photocopie couleur recto/verso de la carte d'identité ou du titre de séjour (*valide à l'entrée en formation*),
- Curriculum Vitae,
- Lettre de motivation **obligatoirement en version manuscrite**,
- Document manuscrit relatant, au choix du candidat, une situation personnelle ou professionnelle vécue ou un projet professionnel en lien avec les attendus de la formation. Ce document n'exède pas deux pages et il est **obligatoirement en version manuscrite**,
- Formulaire intitulé « Choix du suivi de formation »,
- Formulaire intitulé « Règlement financier de la formation initiale et continue » **ou** le formulaire intitulé « Règlement financier de la formation en apprentissage » selon le parcours de formation choisi.

En fonction de la situation du candidat, nous joindre obligatoirement :

- Copie des originaux de ses diplômes ou titres traduits en Français, le cas échéant,
- Copie des relevés de résultats et appréciations ou bulletins scolaires,
- Attestations de travail, accompagnées éventuellement des appréciations et/ou recommandations de l'employeur,
- Justificatif valorisant un engagement ou une expérience personnelle (*associative, sportive...*) en lien avec la profession d'aide-soignant,
- Lorsque le niveau de français à l'écrit et à l'oral ne peut être vérifié au travers des pièces produites ci-dessus, le candidat joint à son dossier une attestation de niveau de langue française égal ou supérieur au niveau B2 du cadre européen commun de référence pour les langues du Conseil de l'Europe. À défaut, il produit tout autre document permettant d'apprécier les capacités et les attendus relatifs à la maîtrise du français à l'oral.
- Notification RQTH ou, le cas échéant, un récépissé de dépôt de demande,
- Formulaire intitulé « Attestation médicale concernant les aménagements nécessaires pour les épreuves de sélection orale ».

En cas d'inscription définitive, nous transmettre :

- Formulaire intitulé « Attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires » datant de moins de 3 mois à la date d'entrée en formation,
- Formulaire intitulé « Certificat médical d'aptitude à l'exercice de la fonction » datant de moins de 3 mois à la date d'entrée en formation (*daté, tamponné et signé par un médecin agréé ARS*).
- Attestation d'assurance Responsabilité Civile Professionnelle et Protection Juridique débutant en septembre 2024 (*spécifique à l'exercice de la profession en milieu hospitalier*).

REGLEMENT FINANCIER DE LA FORMATION INITIALE ET CONTINUE

FINANCEMENT INDIVIDUEL CURSUS COMPLET

Coût de la formation : 4 490 euros

Inscription individuelle : une bourse peut être attribuée par la Région Ile-de-France *en fonction des ressources du foyer fiscal*. Possibilité de solliciter **votre Région** (si vous habitez en dehors de la Région Île-de-France) ou **votre département**.

*** Sous réserve d'acceptation des textes légaux et des dispositifs régionaux** et, sous certaines conditions, actions financées par la Région Île-de-France.

Confirmation de l'inscription en juillet 2024 avec règlement des arrhes :

Arrhes à verser au moment de l'inscription définitive au sein de l'IFAS (du 1er au 10 juillet 2024 inclus) :
Cf devis. Vous pouvez payer le solde de la formation en 1, 3 ou 9 fois (cf devis en annexe).

En cas de désistement, le montant des arrhes reste acquis à l'Institut de Formation.

Tout mois de formation débuté sera dû ainsi que 25% du solde du coût de la formation.

FINANCEMENT PAR UNE ENTREPRISE OU CONGE INDIVIDUEL DE FORMATION

Selon le parcours : voir devis en annexes

Salariés : accord de prise en charge établi par l'employeur à fournir à la confirmation d'inscription en formation afin d'établir une convention de formation avec l'employeur **ou Congé individuel de formation ou un congé de formation professionnelle (CFP)** avec un accord de prise en charge établi par l'organisme gestionnaire (OPCA, Transition Pro, FAF, ANFH...) à fournir à la confirmation d'inscription en formation.

FINANCEMENT DES ETUDES SOUS CONDITIONS

Places distribuées selon le rang de classement à la sélection.

Subvention dans le cadre du Programme Régional de Qualification par la Formation Continue (SPRF) de la Région Ile-de-France : prise en charge du coût de la formation, **dans la limite des crédits disponibles*** et par convention avec notre Institut de Formation, **pour les parcours complets présents 1 mois après la rentrée**, en priorité pour ceux qui ne disposent pas d'un premier niveau de qualification, dit « public SPRF ». Priorité aux jeunes inscrits en mission locale, aux demandeurs d'emploi inscrits à France Travail 6 mois consécutifs avant la date d'entrée en formation, aux bénéficiaires du RSA et aux contrats aidés, en fonction de leur rang de classement à l'épreuve de sélection (18 places).

CPF ACCEPTE

Pour le règlement de la formation : demande à effectuer sur mon compte formation. Se renseigner sur les modalités via votre compte CPF. Attention, le règlement par CPF impose que vous soldiez, directement sur la plateforme 'mon compte formation' en vous connectant à un compte personnel, la totalité du coût de la formation.

CONTRAT EN ALTERNANCE : REMUNERATION ET EXONERATION DU COUT DE LA FORMATION

Les frais de formation sont pris en charge par l'employeur après signature d'un contrat d'alternance. La voie de l'alternance permet d'obtenir le Diplôme d'État d'Aide-Soignant ainsi qu'une rémunération durant la période de formation. Les apprentis sont des salariés à part entière bénéficiant d'un contrat de travail répondant aux mêmes règles qu'un contrat à durée déterminée.

Si, à l'issue de la période d'alternance, l'apprenti est embauché dans son entreprise, ses années d'alternance comptent au titre de l'ancienneté. L'employeur s'engage, outre le versement d'un salaire, à assurer à l'apprenti cette formation professionnelle dispensée pour partie chez l'employeur et pour partie à l'IFAS de l'Institut Supérieur Clorivière.

L'UFA est en relation avec des employeurs du secteur et apporte son soutien aux candidats admissibles à la sélection lors de leur recherche d'employeur à partir de septembre 2024.

CANDIDAT DISPENSE DE L'EPREUVE DE SELECTION

Conditions :

Disposer d'une promesse d'embauche et en fournir la preuve avant le 10 juin 2024. Le candidat constitue son dossier d'inscription selon les mêmes modalités que les autres candidats et il joint, en plus du dossier, **le formulaire intitulé « Candidat avec promesse d'embauche en apprentissage »**.

L'IFAS étudie les éléments du dossier et vous informe, par mail ou par courrier, si votre candidature est retenue. L'UFA se rapproche de votre employeur pour débiter les démarches relatives au contrat d'apprentissage. Votre inscription en formation Aide-Soignant (apprentissage, Contrat Pro) sera définitive à la signature du contrat d'apprentissage et de la convention de formation par l'employeur.

A COMPLETER PAR LES CANDIDATS EN FORMATION INITIALE ET EN APPRENTISSAGE

Je, soussigné(e), certifie sur l'honneur que les renseignements fournis sont exacts. Je m'engage à respecter le règlement général de l'Institut Supérieur Clorivière et de l'IFAS (consultables sur le site internet www.cloriviere.paris).

J'atteste avoir pris connaissance du règlement financier de la formation Aide-Soignant à l'IFAS - Institut Supérieur Clorivière, de l'ensemble des conditions et informations contenus dans le dossier d'inscription à la sélection et je déclare en accepter tous les termes.

J'autorise que mon Nom et Prénom apparaissent sur la liste des résultats en ligne du site internet de l'Institut Supérieur Clorivière : Oui Non

Dater et signer, précédé de la mention « lu et approuvé »

Attention, cocher le mode de formation souhaité : 1 seul choix possible.

Formation initiale et continue

Je, soussigné (e), M./ Mme, certifie sur l'honneur :

- Avoir pris connaissance de la notice d'information et des règlements financiers selon la durée et avoir fourni les renseignements et documents exacts,
- M'engager à respecter le règlement général de l'Institut Supérieur Clorivière et de l'IFAS (*consultable sur le site internet www.cloriviere.paris*),
- M'engager à l'inscription définitive en formation au moment de l'admission en juillet 2024, dans un des dispositifs proposés.

Financement de la formation : (*cocher la mention*)

Inscription individuelle avec **des arrhes (montants cf devis)** à régler entre le 1^{er} et le 10 juillet 2024, et le solde à régler entre octobre 2024 et juin 2025. **En cas de désistement, les arrhes restent acquises à l'IFAS.**

Inscription Formation Continue : fournir l'accord de prise en charge et préciser le financeur* :

*Pour les financements Région un acompte de 400 € vous sera demandé au moment de votre inscription.

Souhaite être pré-positionné(e) à la subvention au programme Régional de Qualification par la formation continue. 18 places sont réservées sous condition d'être éligible.

Règlement par CPF

Règlement Transition-Pro **sous couvert de la présentation de l'accord de prise en charge**

J'autorise que mon nom et prénom apparaissent **sur la liste des résultats des épreuves de sélection diffusée en ligne sur le site internet de l'Institut Supérieur Clorivière** : Oui Non

J'atteste avoir pris connaissance du règlement financier de la formation Aide-Soignant à l'IFAS de l'Institut Supérieur Clorivière, de l'ensemble des conditions et informations contenues dans le dossier d'inscription à la sélection et je déclare en accepter tous les termes.

Dater et signer, précédé de la mention « lu et approuvé » :

Formation en alternance : apprentissage

Je, soussigné (e) M./ Mme, certifie sur l'honneur que les renseignements fournis sont exacts. Je m'engage à respecter le règlement général de l'Institut Supérieur Clorivière (*consultable sur le site internet www.cloriviere.paris*). Mon inscription en formation Aide-Soignant en alternance (*apprentissage, Contrat Pro*) sera définitive à la signature du contrat d'apprentissage ou de la convention de formation par l'employeur.

J'autorise que mon nom et prénom apparaissent **sur la liste des résultats des épreuves de sélection diffusée en ligne sur le site internet de l'Institut Supérieur Clorivière** : Oui Non

Dater et signer, précédé de la mention « lu et approuvé » :

CANDIDAT AVEC PROMESSE D'EMBAUCHE EN APPRENTISSAGE

Partie réservée à l'IFAS

Dossier complet	Admis	Fiche transmise A l'UFA	Candidat informé
Oui - Non	Oui - Non	Oui - Non	Oui - Non

Le candidat qui dispose d'une promesse d'embauche n'a pas à se présenter aux épreuves de sélection orale.

Il doit constituer le même dossier que ceux qui s'inscrivent aux épreuves de sélection.

Il joint à son dossier obligatoirement la preuve de sa promesse d'embauche afin d'être dispensé de l'épreuve de sélection. Le dossier du candidat est étudié rapidement en vue de son admission en formation sous réserve de la confirmation par l'employeur d'accueillir le candidat en apprentissage.

L'IFAS :

- Reste souverain pour l'admission ou non du candidat en formation,
- Adresse la confirmation d'admission au candidat par courrier ou par mail et
- Transmet l'information à l'UFA qui se rapproche du candidat et de l'employeur pour débiter les démarches administratives relatives au contrat d'apprentissage.

Tout candidat, qui vise la formation en apprentissage et qui ne parvient pas à présenter une promesse d'embauche, en informe l'IFAS avant le 10 juin 2024 minuit afin que lui soit adressée une convocation pour le jury oral de sélection.

Merci de renseigner le formulaire en MAJUSCULES

Coordonnées du candidat à l'apprentissage

Madame Monsieur

Nom de naissance :

Nom d'épouse :

Prénom(s) (2 maximum dans l'ordre de l'état civil) :

Date de naissance : / / Lieu de naissance et département :

Pays de naissance : Nationalité :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : E-mail :

Coordonnées complètes de l'employeur qui propose un contrat d'apprentissage

Entreprise d'accueil et adresse :

Code postal : Ville :

Entretien mené avec (nom et prénom) :

Poste occupé dans l'entreprise : Téléphone :

E-mail :

Nom et prénom de la personne à contacter pour le contrat d'apprentissage :

Poste occupé dans l'entreprise, téléphone et adresse e-mail :

- Informations concernant tous les candidats concernant la délivrance de certificats médicaux :

L'admission définitive est subordonnée :

- ✓ A la production au plus tard le jour de la rentrée d'un certificat médical émanant d'un médecin agréé par l'ARS attestant que le candidat n'est atteint d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession d'aide-soignant.
- ✓ A la production, au plus tard le jour de la rentrée d'un certificat médical attestant que l'élève remplit les obligations d'immunisation et de vaccination.

Pathologie chronique ou aiguë du candidat dont l'état de santé est non stabilisé ou en cours de stabilisation :

Le candidat est informé qu'il a une obligation de transparence sur la réalité de son état de santé lors de sa consultation devant le médecin agréé par l'ARS. Ce dernier doit être en mesure de se prononcer sur l'aptitude physique comme psychique du candidat à suivre la formation et cela de façon éclairée.

En cas de découverte par l'IFAS à l'issue de la rentrée en formation d'une situation qui ne serait pas en adéquation avec le certificat médical produit, **il peut être mis fin à la formation.**

- Informations spécifiques pour les candidats en situation de handicap

Tout candidat déclarant être en situation de handicap-RQTH doit fournir une notification RQTH ou, le cas échéant, le récépissé de dépôt de demande.

Tout candidat n'ayant pas déclaré préalablement sa situation de handicap avec notification RQTH n'aura pas la possibilité de contester ultérieurement le résultat de l'épreuve de sélection orale organisée par l'IFAS dans le cadre du processus d'admission. Il ne pourra pas non plus engager un quelconque recours à l'encontre de l'institut de formation.

Dans le cadre d'une demande d'aménagement lors de l'épreuve de sélection orale, tout candidat doit nous fournir un certificat médical mentionnant les aménagements préconisés. L'institut de formation peut être amené à organiser un RDV ou un échange téléphonique afin de déterminer la compatibilité d'aménagements demandés par le médecin avec les conditions de réalisation de la sélection orale.

En cas d'admission au sein de l'institut de formation, un rendez-vous avec le référent handicap aura lieu à la rentrée et les aménagements nécessaires pour le suivi de la formation seront à évaluer pour les :

- ✓ Aménagements physiques (*lors des cours, en salle de TP, lors des TD*),
- ✓ Aménagements théoriques en IFAS (*lors des cours, en salle de TP, lors des TD*),
- ✓ Aménagements en stages cliniques,
- ✓ Aménagements au poste de travail (*Apprentis-Contrat de professionnalisation*).

ATTESTATION MEDICALE D'IMMUNISATION ET DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES

(Datant de moins de 3 mois à la date d'entrée en formation)

Attention : nul si document incomplet, raturé ou surchargé



Je, soussigné(e) Docteur médecin certifie que M./Mme satisfait aux obligations d'immunisation mentionnées à l'article L3111-4 et L3111-1 du code de la Santé Publique (selon les arrêtés du 02/08/2013 et 02/03/2017 fixant les conditions l'immunisation des personnes visées à l'article L.3111-4 et L3111-1 du code de la Santé Publique).

VACCINATIONS OBLIGATOIRES : toutes les vaccinations obligatoires doivent être à jour pour la rentrée en formation

Dernier Rappel effectué	Nom du vaccin	Date	N° lot
• Contre la diphtérie			
• Contre le tétanos			
• Contre la poliomyélite			

VACCINATION RECOMMANDEE

BCG (Vaccin intradermique ou Monovax)	Date (dernier vaccin)	N° lot

IDR à la Tuberculine	Date	Résultat (en mm)

AUTRE VACCINATION OBLIGATOIRE : Contre l'hépatite B

- Pour les personnes n'ayant jamais été vaccinées contre l'hépatite B

Vaccination contre l'hépatite B	Nom du vaccin	Date	N° lot
1ère injection			
2ème injection			
3ème injection			

- Pour les personnes étant vaccinées contre l'hépatite B

ATTESTATION MEDICALE D'IMMUNISATION CONTRE L'HEPATITE B (arrêté du 02/08/2013) selon l'algorithme ci-joint, dosage des marqueurs sériques du virus de l'hépatite B (Ac antiHBs +/- Ac antiHBC et Ag HBs)

- Anticorps anti-HBs à une concentration supérieure à 100 UI/l
- Anticorps anti-HBs ≥ 10 UI/l, anticorps anti-HBc négatifs et vaccination complète (= au moins 2 injections à 1 mois d'intervalle suivies d'une autre injection à au moins 6 mois)
- Anticorps anti-HBs ≥ 10 UI/l, anticorps anti-HBc positifs mais antigènes HBs et PCR négatifs
- Anticorps anti-HBs inférieurs à 10 UI/l, anticorps anti-HBc négatifs et **vaccination complète, soit 6 injections au total** = patient non répondeur à la vaccination nécessitant une surveillance annuelle des marqueurs sériques du virus de l'hépatite B

RADIOLOGIE PULMONAIRE RECOMMANDEE

Radio pulmonaire datant de moins de 3 mois avant le 1er septembre 2024 JOINDRE LE COMPTE RENDU	Date :
---	--------

NB : les vaccins suivants ne sont pas obligatoires mais fortement recommandés pour les professions médicales et paramédicales (vaccin contre la rougeole, la coqueluche, la grippe. Il est important également de vérifier l'immunisation contre la varicelle).

Date :

Signature et cachet du médecin :

CERTIFICAT MEDICAL AUTORISANT LES STAGES EN ETABLISSEMENTS DE SANTE MEDICO-SOCIAUX ET STRUCTURES D'ACCUEIL DE PETITE ENFANCE

(Datant de moins de 3 mois à la date d'entrée en formation)

Attention : nul si document incomplet, raturé ou surchargé



Année scolaire 2024 à 2025/2026 (voie directe et voie de l'apprentissage)

Je, soussigné(e) Docteur en médecine agréé(e) par l'ARS
sous le numéro et figurant sur l'arrêté préfectoral en cours relatif à la désignation des
médecins agréés-e-s,

Après avoir examiné ce jour Mme / M

Né(e) le

Demeurant à

Certifie qu'elle / il ne présente aucune contre-indication physique ou psychologique à l'exercice de la profession d'aide-soignant.

A, le

Cachet du Médecin agréé ARS

Signature du Médecin agréé ARS

ATTESTATION MEDICALE CONCERNANT LES AMENAGEMENTS NECESSAIRES POUR LES EPREUVES DE SELECTION ORALE

(Datant de moins de 3 mois à la date d'entrée en formation)

Attention : nul si document incomplet, raturé ou surchargé



A FAIRE REMPLIR UNIQUEMENT POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Année scolaire 2024 à 2025/2026 (voie directe et voie de l'apprentissage)

Je, soussigné(e) Docteur en médecine agréé(e) par l'ARS sous le numéro
..... et figurant sur l'arrêté préfectoral en cours relatif à la désignation des
médecins agréés-e-s.

Après avoir examiné ce jour Mme / M

Né(e) le

Demeurant à

Certifie que le/la candidat(e) :

Doit bénéficier tout ou partie des aménagements ci-dessous pour les épreuves de sélection orale :

✓ Reformulation des consignes : OUI NON

✓ 1/3 temps supplémentaire : OUI NON

✓ Mise à disposition d'un ordinateur (si difficulté graphique/motricité fine) : OUI NON

✓ Autre :

N'a pas besoin d'aménagement spécifique pour les épreuves de sélection orale.

A, le

Cachet du Médecin agréé ARS

Signature du Médecin agréé ARS