

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS
REPUBLIQUE FRANÇAISE

**SELECTION 2024 POUR L'ADMISSION
DANS LES INSTITUTS DE FORMATION D'AIDES-SOIGNANTS
DU REGROUPEMENT DES IFAS DE L'OISE**

CLERMONT – COMPIEGNE/NOYON

*Arrêté du 7 avril 2020 modifié relatif aux modalités d'admission aux formations conduisant
aux Diplômes d'Etat d'Aide-Soignant et d'Auxiliaire de Puériculture*

**Ce dossier permet votre inscription aux épreuves de sélection des IFAS de l'Oise.
Vous devrez déposer votre dossier dans l'IFAS de votre 1^{er} choix exclusivement.**

DISPOSITIONS GÉNÉRALES :

La formation conduisant au Diplôme d'Etat d'Aide-Soignant est accessible sans condition de diplôme.
Les candidats doivent être âgés de dix-sept ans au moins à la date d'entrée en formation.

Instituts agréés pour la formation Aide-Soignante sur le regroupement de l'Oise :

CLERMONT

Institut de Formation « Lucien Flourey »
Centre Hospitalier Isarien

Adresse postale : 2 Rue des Finets
60607 CLERMONT Cedex

Adresse GPS : Rue Guy Boulet
60600 FITZ JAMES

03 44 77 50 48

ifsi@chi-clermont.fr

Dossier et informations sur notre site internet
<https://www.ifsi-clermont60.fr/>

Agrément de 50 places

Rentrée le 26 août 2024

COMPIEGNE / NOYON

Institut de Formation des Aides-
Soignants
Centre Hospitalier Intercommunal

Site de Compiègne : 60 places
5 rue de Bourgogne - BP 50029
60321 COMPIEGNE Cedex

Site de Noyon : 40 places
Avenue Alsace Lorraine - BP 159
60406 NOYON Cedex

03 44 44 43 08

ecole.as@ch-compiegneoyon.fr

Rentrée le 26 août 2024

LA SELECTION

La sélection des candidats est effectuée par un jury de sélection sur la base **d'un dossier et d'un entretien destiné à apprécier les connaissances, les aptitudes et la motivation du candidat à suivre la formation.**

Les pièces constituant ce dossier sont listées ci-dessous.

L'ensemble fait l'objet d'une cotation par un binôme d'évaluateurs professionnels de santé.

L'entretien d'une durée de quinze à vingt minutes est réalisé pour permettre d'apprécier les qualités humaines et relationnelles du candidat et son projet professionnel.

Les modalités de sélection sont identiques pour les instituts de formation des Hauts de France.

Article 11 :

Sont dispensés de l'épreuve de sélection, les agents des services hospitaliers qualifiés de la fonction publique hospitalière et les agents de service :

1° Justifiant d'une ancienneté de services cumulée d'au moins un an en équivalent temps plein, effectués au sein d'un ou plusieurs établissements sanitaires et médico-sociaux des secteurs public et privé ou dans des services d'accompagnement et d'aide au domicile des personnes

2° Ou justifiant à la fois du suivi de la formation continue de soixante-dix heures relative à la participation aux soins d'hygiène, de confort et de bien-être de la personne âgée et d'une ancienneté de services cumulée d'au moins six mois en équivalent temps plein, effectués au sein d'un ou plusieurs établissements sanitaires et médico-sociaux des secteurs public et privé ou dans des services d'accompagnement et d'aide au domicile des personnes

Les personnels visés aux 1° et 2° sont directement admis en formation sur décision du directeur de l'institut de formation.

Les candidats relevant de l'article 11 sont invités à contacter l'IFAS de leur 1^{er} choix pour déterminer leurs modalités d'admission.

CONSTITUTION DU DOSSIER

- La fiche d'inscription, dûment complétée et signée
- La fiche « prise en charge financière » dûment complétée, signée et accompagnée des justificatifs
- Une pièce d'identité en cours de validité
- Pour les ressortissants étrangers, un titre de séjour valide à l'entrée en formation
- Une lettre de motivation **manuscrite**
- Un Curriculum Vitae
- Un document **manuscrit** relatant, au choix du candidat, soit une situation personnelle ou professionnelle vécue, soit son projet professionnel en lien avec les attendus de la formation. Ce document n'excède pas deux pages.
- 3 timbres autocollants au tarif « Lettre verte » sans enveloppe
- Pour les ressortissants étrangers, attestation de niveau de langue B2

Selon la situation du candidat :

- La copie de ses diplômes ou titres
- La copie de ses relevés de résultats et appréciations ou bulletins scolaires
- Les attestations de travail, accompagnées éventuellement des appréciations et/ou recommandations des employeurs

Attention : le non-respect des consignes et/ou le plagiat seront sanctionnés

CONSIGNES

Les candidats déposent **un seul dossier** auprès de l'Institut de leur 1^{er} choix, **entre le 25 mars 2024 et au plus tard le 11 juin 2024.**

Les personnes porteuses d'un handicap, qui souhaitent bénéficier d'un aménagement des conditions d'examen pour les épreuves de sélection, doivent en faire la demande au moment de leur inscription à la sélection en incluant les pièces justificatives (certificat d'un médecin ...) dans le dossier d'inscription.

Un référent handicap est identifié dans chaque IFAS, vous pouvez contacter le secrétariat de l'institut de votre 1^{er} choix pour connaître son nom et ses coordonnées si besoin.



Tout dossier incomplet ne sera pas traité.

CALENDRIER

Période d'inscription : du 25 mars 2024 au 11 juin 2024

Clôture des inscriptions : le 11 juin 2024

***Aucun dossier ne sera accepté au-delà du 11 juin 2024
(Cachet de La Poste faisant foi)***

Affichage des résultats : le 27 juin 2024 à 10 heures

Dans chaque IFAS

Chaque candidat est personnellement informé de ses résultats par courrier uniquement.

Suite aux résultats, le candidat admis doit confirmer par courrier son inscription **avant le 09 juillet 2024**, cachet de La Poste faisant foi. Au-delà de cette date, il perd le bénéfice de son admission.

ADMISSION DEFINITIVE

L'admission définitive est subordonnée :

1° A la production, au plus tard le jour de la rentrée, d'un certificat médical émanant d'un médecin agréé 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

2° A la production, avant la date d'entrée au premier stage, d'un certificat médical attestant que l'élève remplit les obligations d'immunisation et de vaccination prévues le cas échéant par les dispositions du titre Ier de la troisième partie législative du code de la santé publique.

SELECTION 2024 POUR L'ADMISSION DANS LES INSTITUTS DE FORMATION
D'AIDES-SOIGNANTS DU REGROUPEMENT DE L'OISE

FICHE D'INSCRIPTION 2024

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

Date de naissance : _____ Jour / Mois / Année Sexe : M F

Lieu Naissance : Pays Naissance :

Code Postal Naissance : _ / _ / _ / _ / _ / _

Adresse :

.....

Code postal : _ / _ / _ / _ / _ / _ Ville :

Téléphone fixe : Portable :

Email :

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

Dossier n° :

Dossier complet :

Oui
Non

Date de dépôt du dossier :

..... / /

Cachet de l'IFAS

Votre situation :

Scolarité :
(fournir les relevés de résultats, appréciations ou bulletins scolaires)

Diplôme(s) :
(fournir une copie des diplômes)

Activités professionnelles :
(fournir les attestations de travail)

CHOIX DE L'INSTITUT DU REGROUPEMENT DE L'OISE :

Vous devez obligatoirement indiquer l'Institut de Formation de votre 1^{er} choix et déposer votre dossier auprès de celui-ci **exclusivement**. Vous ne pouvez vous inscrire que dans **un seul institut (ce choix ne sera plus modifiable après le dépôt du dossier)**.

CLERMONT COMPIEGNE /NOYON

J'autorise le service organisateur à publier mes noms et prénoms sur internet dans le cadre de la diffusion des résultats

Je soussigné(e)(Nom et Prénom du candidat)
certifie sur l'honneur l'exactitude des informations fournies.

Fait à le

Signature du candidat :

Formation Aide-Soignante Prise en charge financière



Ce document est indispensable pour la prise en charge du coût de votre formation.
Tout renseignement erroné pourrait entraîner votre engagement à régler le montant total de votre scolarité.

Nom : Prénom :

Nom d'usage :

Date de naissance :

La Région Hauts-de-France finance uniquement les parcours de formation des personnes répondant à l'un des statuts ci-dessous à la date de clôture des dossiers d'inscription aux épreuves de sélection soit le 11 juin 2024 :

1 – Elève en poursuite de scolarité	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Préciser ci-dessous votre situation sur l'année 2023-2024 (enseignement, classe, filière...) : <i>Justificatif de votre situation à fournir :</i> - <i>Certificat de scolarité 2023/2024</i>		
2 – Demandeur d'emploi (indemnisé ou non)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
N° identifiant France Travail* : Date d'inscription à France Travail* : Indemnisation par France Travail* : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <i>Justificatif de votre situation à fournir :</i> - <i>Attestation d'ouverture de vos droits auprès de France Travail*, datée de moins d'un mois</i>		
<p><i>La Région Hauts de France ne finance pas les parcours de formation pour les personnes répondant aux statuts suivants :</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Les travailleurs non-salariés (autoentrepreneurs, commerçants, professions libérales...);- Les personnes ayant signé une rupture conventionnelle d'un CDI après la date de clôture des dossiers d'inscription ;- Les non-actifs non-inscrits à France Travail* (retraités...);- Les travailleurs salariés (CDI de plus de 20h, les salariés en disponibilité, les personnes en congé parental, les apprentis, les contrats de professionnalisation, les agents de la fonction publique...);- Les personnes accompagnées dans le cadre d'un contrat de sécurisation professionnelle (CSP). <p>*Anciennement Pôle Emploi</p>		

Promotion Professionnelle		
Salarié(e) en Promotion Professionnelle	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Etablissement employeur : Adresse : <i>Justificatif de votre situation à fournir :</i> - <i>Attestation de prise en charge de la formation par votre employeur</i>		
Congé individuel de Formation (Transition pro)		
Salarié(e) pris en charge par Transition Pro	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Nom de l'organisme : Adresse de l'organisme : N° de dossier : <i>Justificatif de votre situation à fournir :</i> - <i>Attestation de prise en charge de la formation par l'organisme</i>		

Prise en charge personnelle		
Financement par l'élève	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Situation actuelle : Le financement personnel est possible dans la limite des places agréées/autorisées. Je soussigné(e).....m'engage à financer l'intégralité de mon parcours de formation et atteste avoir pris connaissance et accepté les modalités ci-dessous : <i>Toute personne qui décide d'entrer en formation avec un financement personnel s'engage à financer l'intégralité de son parcours de formation. Elle ne sera pas recevable à introduire de recours auprès de la Région</i> Signature du candidat :		

Je soussigné(e)(Nom et Prénom du candidat)
 certifie sur l'honneur l'exactitude des informations fournies.

Fait à le

Signature du candidat :
