

MINISTERE DE LA SANTÉ, DES FAMILLES, DE L'AUTONOMIE
ET DES PERSONNES HANDICAPÉES

**SELECTION 2026 POUR L'ADMISSION
DANS LES INSTITUTS DE FORMATION D'AIDES-SOIGNANTS
DU REGROUPEMENT DES IFAS DE L'OISE**

IFAS - CLERMONT DE L'OISE

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.

DISPOSITIONS GENERALES :

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 des Aides-Soignants « Lucien Floury »
Centre Hospitalier Isarien
EPSM de l'Oise

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
Onglet « Devenir Aide-Soignant »
www.ifsi-clermont60.fr

Agrément 2027 de 45 places

Rentrée le lundi 04 janvier 2027

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** demandés selon votre situation
- ☐ Une pièce d'identité en cours de validité (permis de conduire non accepté)
- ☐ Pour les ressortissants étrangers : un titre de séjour **valide**
- ☐ Une lettre de motivation **manuscrite** (écrite à la main et **signée**)
- ☐ 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 (soit une feuille recto/verso).
- ☐ Pour les ressortissants étrangers, attestation de niveau de langue B2

Selon la situation du candidat (facultatif) :

- ☐ La copie de vos diplômes ou titres
- ☐ La copie des relevés de résultats et appréciations ou bulletins scolaires
- ☐ Les attestations de travail, accompagnées éventuellement des appréciations et/ou recommandations des employeurs
- ☐ La copie des aménagements notifiées par un médecin agréé / MDA / etc. pour les candidats en situation de handicap

CONSIGNES

Les candidats envoient leur dossier complet par voie postale ou déposent celui-ci auprès du secrétariat de l'IFAS **entre le 03 août 2026 et au plus tard le lundi 05 octobre 2026. Aucun dossier envoyé par mail ne sera accepté.**

Les personnes en situation de 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 aux épreuves de sélection en incluant les pièces justificatives (notification de demande d'aménagement d'examen établie par un médecin agréé, MDA, etc.) dans le dossier d'inscription.

Un référent handicap est identifié dans chaque IFAS. Vous pouvez contacter le secrétariat de l'institut de votre premier choix pour connaître son nom et ses coordonnées.



Tout dossier incomplet ne sera pas traité.

CALENDRIER

Période d'inscription : du 03 août 2026 au 05 octobre 2026

Clôture des inscriptions : le 05 octobre 2026

Aucun dossier ne sera accepté au-delà du 05 octobre 2026

(Cachet de La Poste faisant foi)

Affichage des résultats : le 04 novembre 2026 à 10 heures

A L'IFAS DE CLERMONT

Chaque candidat est personnellement informé de ses résultats par courrier postal et/ou par courriel sur l'adresse mail indiquée sur le dossier d'inscription.

Aucun résultat n'est communiqué par téléphone.

Suite aux résultats, le candidat admis doit confirmer par **mail ou par courrier postal** (cachet de La Poste faisant foi) son inscription **avant le 16 novembre 2026 A L'IFAS**

IFAS de Clermont de l'Oise : ifsi@chi-clermont.fr

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 2026 POUR L'ADMISSION DANS LES INSTITUTS DE FORMATION
D'AIDES-SOIGNANTS DU REGROUPEMENT DE L'OISE

FICHE D'INSCRIPTION JANVIER 2027

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénoms :

Jour / Mois / Année

Date de naissance : ____/____/____ Sexe : M ☐ F ☐

Ville de Naissance : Pays Naissance :

Code Postal de la ville de Naissance : ____/____/____/____/____/____

Adresse :

Code postal : ____/____/____/____/____/____ Ville :

Numéro de téléphone 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)

Candidat en situation de handicap :

Demande d'aménagement des conditions d'examen : ☐ Oui (joindre justificatifs) ☐ Non

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 uniquement. Vous ne pouvez pas vous inscrire dans les deux instituts en même temps.

☐ CLERMONT **OU** ☐ CREIL **OU** ☐ BEAUVAIS
(Ce choix ne sera plus modifiable après le dépôt du dossier)

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

Fait à le

Information CNIL : Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique relatif à la gestion de votre candidature pour la formation et sont uniquement destinées à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Beauvais. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à la Directrice de l'Institut. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

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 de naissance : Prénoms :

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 12 juin 2026 :

Veuillez cocher votre situation à la case correspondante :

1 – Elève en poursuite de scolarité	Oui ☐	Non ☐
Préciser ci-dessous votre situation sur l'année 2025/2026 (Enseignement, classe, filière...) : ► Joindre obligatoirement votre certificat de scolarité 2025-2026		
2 – Demandeur d'emploi (indemnisé ou non)	Oui ☐	Non ☐
N° identifiant France Travail : Date d'inscription à France Travail : Indemnisation par France Travail : Oui ☐ Non ☐ ► Joindre obligatoirement un justificatif d'inscription à France Travail, datée de moins d'un mois		
Attention, la Région Hauts de France ne finance pas les parcours de formation pour les personnes répondant aux statuts suivants : -Les travailleurs non-salariés (autoentrepreneurs, commerçants, professions libérales, etc.) ; -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, etc.) ; -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, etc.) ; -Les personnes accompagnées dans le cadre d'un contrat de sécurisation professionnelle (CSP) sauf si attestation de non prise en charge ou si fin de CSP avant la rentrée 2026.		

Promotion Professionnelle		
Salarié(e) en Promotion Professionnelle (financé(e) par un employeur)	Oui ☐	Non ☐
Etablissement employeur : Adresse : Joindre obligatoirement une attestation de prise en charge de la formation par votre employeur		
Congé individuel de Formation (Transition pro)		
Salarié(e) pris en charge par Transition Pro	Oui ☐	Non ☐
Nom de l'organisme : Adresse de l'organisme : N° de dossier : Date de dépôt du dossier :/...../..... Un entretien avec la direction d'une durée d'environ 10-15 minutes vous sera proposé afin de réaliser votre bilan de positionnement pour finaliser votre dossier Transition Pro.		

Prise en charge personnelle (auto-financement)		
Financement par l'élève	Oui ☐	Non ☐
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 : 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. Une convention de financement sera réalisée et signée entre l'élève et l'institut de formation lors de l'inscription administrative définitive à l'IFAS. 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 :
