

### **PUBLIC :**

Candidats engagés dans une démarche de validation des acquis de l'expérience en vue de l'obtention du diplôme aide-soignant, pour lesquels le livret 1 de recevabilité a été validé par l'ASP.

### **OBJECTIFS :**

Accompagner le candidat pour :

- Identifier et analyser des situations de travail significatives en lien avec chaque compétence du métier d'AS
- Rédiger le livret 2 en conformité avec les exigences de l'ASP
- Se préparer à l'entretien avec le jury
- Choisir la poursuite du parcours en cas de validation partielle

### **CONTENU et PROGRAMME :**

- Présentation du référentiel de compétence des aides-soignants
- Choix des expériences professionnelles en lien avec chaque compétence
- Les principes à respecter pour répondre aux questions formulées dans le livret 2.
- Supervisions individuelles pour l'écriture (syntaxe-vocabulaire professionnel...)
- L'entretien avec le jury : composition, communication verbale et non verbale.

### **METHODES :**

- Apports théoriques
- Analyse d'expériences professionnelles
- Travaux dirigés
- Accompagnement individuel
- Jeux de rôle

### **LIEU et INTERVENANTS :**

IFAS du Pôle Santé d'Arcachon Tél : 0552579370 / Mail: [secretariat.ifas@ch-arcachon.fr](mailto:secretariat.ifas@ch-arcachon.fr)

L'équipe pédagogique de l'Institut de formation des aides-soignants

### **TARIF :**

**550 € par participant** - Possibilité de prise en charge par Pôle Emploi pour les demandeurs d'emploi

### **DATES et HORAIRES :**

- ✓ De 13H à 17H : le 25 mai 2021, et le 05 octobre 2021
- ✓ De 9H à 17H : le 13 juillet 2021, et le 02 novembre 2021

### **INSCRIPTION :**

La formation pourra être réalisée dès qu'un groupe d'au moins 3 personnes sera constitué.

Les candidats adressent au secrétariat de l'IFAS, par courrier, ou par mail :

- Le bulletin d'inscription dûment complété indiquant les modalités de financement
- La copie de la notification de la recevabilité du livret 1
- Copie des diplômes initiaux
- La photocopie de leur pièce d'identité

**LE STAGIAIRE** :  Madame  Monsieur

**NOM** : \_\_\_\_\_ **PRENOM** : \_\_\_\_\_

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Adresse : .....

.....

☎ Fixe : ..... Portable : ..... Mail : .....

Diplômes initiaux : ..... Emploi actuel : .....

**L'EMPLOYEUR** : Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_

Adresse : .....

.....

NOM de la Personne Responsable et  
Fonction : .....

☎ : ..... Fax ..... Mail .....

**PRISE EN CHARGE FINANCIERE :**

**Par le stagiaire** : Je m'engage à payer les frais de formation de 550 €

Date :

Signature :

**Par Pôle Emploi** : N° identifiant : \_\_\_\_\_

**Par l'employeur** : Je soussigné(e), M.....atteste la prise en charge des frais s'élevant à 550 €, par l'établissement que je représente juridiquement.

Date :

Signature :

Cachet de l'établissement

**Merci de préciser le destinataire et l'adresse de la facture :**

à l'établissement directement

à votre OPCO : indiquer les coordonnées de votre OPCO

Pôle Emploi : indiquer l'adresse de votre agence