

DOSSIER D'INSCRIPTION A LA SELECTION DE LA FORMATION D'AIDE-SOIGNANT 2027

☐ PARCOURS COMPLET

☐ PARCOURS PASSERELLE

☐ PARCOURS PARTIEL BAC PRO ASSP ou SAPAT

☐ PARCOURS PARTIEL EN CONTRAT D'APPRENTISSAGE (Bac Pro ASSP/SAPAT et parcours passerelle)

Imprimer au format paysage sur 2 pages - écrire en majuscule

Le 13 juillet 2026

Page 1 sur 2

NOM DE FAMILLE : PRENOM :

NOM D'USAGE (Eponse) : NATIONALITE : SEXE : ☐ F ☐ M

DATE ET LIEU DE NAISSANCE/...../..... À :Dpt. :PAYS :

PERMIS DE CONDUIRE : ☐ OUI VEHICULE PERSONNEL: ☐ OUI ☐ NON // ☐ PERMIS EN COURS ☐ PAS DE PERMIS

SITUATION DE FAMILLE : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Divorcé (e) ☐ Parent isolé NOMBRE D'ENFANTS À CHARGE :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

TELEPHONE FIXE :PORTABLE :

ADRESSE MAIL (EN MAJUSCULE):@.....

PERSONNE JOIGNABLE SI NECESSAIRE - : NOM :TEL :

DIPLÔME et ANNEE D'OBTENTION (**joindre impérativement la photocopie**) :

VOTRE SITUATION EN 2025 : ☐ Etudiant / Lycéen ☐ ASH établissement public : où : Type de contrat :

☐ Inscrit à France Travail depuis le :☐ en cours //N° identifiant : Indemnisé : ☐ OUI ☐ NON ☐ en cours...

☐ Salarié(e) (avec prise en charge par l'employeur) OU ☐ Formation en contrat d'apprentissage

Précisez ci-dessous le nom et coordonnées de l'employeur :-

Nom de l'établissement :

Adresse :

Téléphone :Email :

Type de contrat si salarié (e) : ☐ CDD ☐ CDI Si autre financement (Transition Pro, ANFH,...), précisez :

☐ Si vous avez suivi la formation modulaire AS en 70H : joindre l'attestation de formation

COLLEZ
OU AGRAFEZ
VOTRE PHOTO

Constitution du dossier d'inscription :

- ☐ Photocopie **recto-verso** des pièces officielles d'identité **en cours de validité** : pièce d'identité, passeport, titre de séjour
- ☐ 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.(cf. note explicative) **Ce document n'excède pas 2 pages.**
- ☐ Selon la situation du candidat, la copie des originaux de ses diplômes ou titres traduits en français
- ☐ Le cas échéant, la copie de ses relevés de résultats et appréciations ou bulletins scolaires
- ☐ Selon la situation du candidat, les attestations de travail, accompagnées éventuellement des appréciations et/ou recommandations de l'employeur (ou des employeurs), (y compris, l'attestation de formation modulaire AS en 70 H)
- ☐ Tout autre justificatif valorisant un engagement ou une expérience personnelle (associative, sportive...) en lien avec la profession d'aide-soignant
- ☐ Pour les ressortissants étrangers, un titre de séjour valide à l'entrée en formation
- ☐ Lorsque le niveau de français à l'écrit et à l'oral ne peut être vérifié à travers les pièces produites ci-dessus, au regard notamment de leur parcours scolaire, de leurs diplômes et titres ou de leur parcours professionnel, **les candidats joignent à leur 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.** A défaut, ils produisent tout autre document permettant d'apprécier les capacités et les attendus relatifs à la maîtrise du français à l'oral.
- ☐ Fiche médicale ARS à remplir par un médecin (cf. note explicative)
- ☐ **Pour les candidats demandeurs d'emploi** : Photocopie de votre attestation FRANCE TRAVAIL mentionnant votre N° identifiant
- ☐ **Pour les candidats en contrat d'apprentissage ou en contrat de professionnalisation** : engagement signé par l'employeur
- ☐ 1 carte postale timbrée et libellée au nom et adresse du candidat (elle vous sera renvoyée et confirmera ainsi la bonne réception du dossier)

- [illegible]

- ☐ Je souhaite signaler une situation de handicap nécessitant des compensations en formation

J'autorise l'Institut à publier mon identité sur son site Internet, dans le cadre de la diffusion des résultats.

- ☐ OUI ☐ NON - Cette partie, non renseignée, vaut accord de diffusion.

☐ J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'Institut https://www.ch-arcachon.fr/media/uploads/2025/12/01/reglement-interieur-2026_Eyii32F.pdf

Fait le : À : **SIGNATURE DU CANDIDAT (si mineur, signature du représentant légal) :**

IFAS CH ARCACHON POLE SANTE ARCACHON - av. Jean Hameau - CS 11001 - 33164 LA TESTE DE BUCH Cedex- Tél. 05 57 52 93 70

Mail: secretariat.ifas@ch-arcachon.fr – Site Web : www.ch-arcachon.fr/ifas Certification QUALIOPi pour action de formation

Prestataire de formation enregistré sous le n° 7233P015733 (NDA) auprès du Préfet de Région Nouvelle-Aquitaine (cet enregistrement ne vaut pas agrément de l'Etat).

Siret : 26330559100103 – APE : 8610Z – Etablissement public non assujetti à la TVA – certifié Qualiopi pour action de formation