

## Dossier d'inscription Admission Rentrée 2026 Promotion 2026-2027

Début des inscriptions : Lundi 2 mars 2026  
Clôture des inscriptions : Vendredi 19 juin 2026

**IMPORTANT :**

**CONFORMEMENT A LA DEMANDE DE LA DGOS ET DE L'ARS DE LA NOUVELLE AQUITAINE, LA DATE LIMITE DES INSCRIPTIONS EST FIXEE AU :**

**VENDREDI 19 JUIN 2026**

L'article 2 bis de l'arrêté du 7 avril 2020 modifié relatif aux modalités d'admission à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant précise « aucun frais afférent à la sélection n'est facturé aux candidats mentionnés au I de l'article 1<sup>er</sup> »

**Tout dossier incomplet, non conforme, illisible ou adressé après la date de clôture ne sera pas traité.  
(Cachet de la poste faisant foi).**

**Téléchargement du dossier d'inscription sur le site du Centre Hospitalier Sud Gironde**  
[www.ch-sudgironde.fr](http://www.ch-sudgironde.fr)

**(onglet professionnels/ IFAS)**

**Contact :**

**Institut de Formation d'Aide-Soignant**

**Adresse postale**

IFAS SUD GIRONDE

Place Saint Michel BP 90055

33192 LA REOLE

Email : [ifas@ch-sudgironde.fr](mailto:ifas@ch-sudgironde.fr)

Site internet : <https://www.ch-sudgironde.fr>

Secrétariat ouvert de 9h00 à 12h00 et de 13h00 à 16h30 : Tel 05 56 61 52 12



## SOMMAIRE

SOMMAIRE.....	3
CALENDRIER.....	5
MODALITES D'INSCRIPTION.....	6
DISPOSITIONS GÉNÉRALES –.....	7
CONDITIONS REQUISES CONSTITUTION DU DOSSIER : .....	7
ÉPREUVES DE SÉLECTION .....	9
CANDIDAT PRÉSENTANT UN HANDICAP .....	9
CANDIDAT SOUHAITANT UN PARCOURS EN APPRENTISSAGE .....	9
CANDIDAT DISPENSÉ DE SÉLECTION.....	10
PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE DES ÉTUDES.....	10
AIDES FINANCIÈRES PENDANT LA FORMATION.....	11
INFORMATIONS IMPORTANTES ADMISSION DEFINITIVE .....	12
LES ANNEXES : .....	13
Annexe 1: Les attendus et critères nationaux à l'épreuve de sélection.....	15
Annexe 2: Certificat médical établi par un médecin agréé.....	17
Annexe 3: Demande d'aménagements spécifiques pour PSH.....	19
Annexe 4: Fiche d'inscription à la sélection d'entrée en formation 2026.....	23
Annexe 5 : Fiche à renseigner par le candidat.....	27



## CALENDRIER

	IFAS
Mise en ligne du dossier d'inscription	<i>Dossier en ligne</i> <a href="https://www.ch-sudgironde.fr">https://www.ch-sudgironde.fr</a>
Ouverture des inscriptions	Lundi 2 mars 2026
Clôture des inscriptions	Vendredi 19 juin 2026
Examen du dossier des candidats et entretien	Convocation envoyée par courrier
Publication des résultats Affichage des listes à l'IFAS et diffusion sur le site internet du Centre Hospitalier Sud-Gironde (avec accord du candidat)	Lundi 6 juillet 2026 à 14h00
Confirmation des candidats	Jeudi 16 juillet 2026
Rentrée 2026 à l'IFAS	Lundi 24 août 2026

## MODALITES D'INSCRIPTION

1. **TÉLÉCHARGER EN LIGNE** le dossier d'inscription et l'imprimer ou possibilité de le récupérer directement à l'IFAS (selon les horaires d'ouverture du secrétariat).
2. **ENVOYER LE DOSSIER REMPLI et COMPLET** en version papier **par voie postale en lettre suivie (enveloppe A4)** et au plus tard le **Vendredi 19 juin 2026** (cachet de la Poste faisant foi) ou remis directement au secrétariat de l'IFAS au plus tard à 16h00.

### INSTITUT DE FORMATION AIDES-SOIGNANTS SUD GIRONDE

Place Saint Michel

BP 90055

33 192 LA REOLE Cedex

Secrétariat : 05 56 61 52 12

3. Après vérification du contenu du dossier, **un accusé de réception sera envoyé par mail au candidat** (à l'adresse mail indiquée sur la fiche d'inscription).
4. **Nombre de places :**

Rentrée du 24 août 2026		Nombre de places IFAS
Capacité d'accueil- Agrément IFAS		Agrément de 45
Apprentissage		10

## DISPOSITIONS GÉNÉRALES

### Arrêté du 7 avril 2020 modifié relatif aux modalités d'admission à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'Aide-Soignant

#### Conditions requises :

La formation conduisant au diplôme d'Aide-Soignant est accessible **sans condition de diplôme**, par les voies suivantes :

- 1° **La formation initiale** : Sont admis les candidats possédant les connaissances et aptitudes requises suffisantes pour suivre la formation d'Aide-Soignant conformément aux attendus nationaux et ayant obtenu une cotation de minimum 10/20 pour le dossier et l'entretien de sélection.
- 2° **La formation professionnelle continue** : Sont admis les candidats possédant les connaissances et aptitudes requises suffisantes pour suivre la formation d'Aide-Soignant conformément aux attendus nationaux.
- 3° **Les personnes devant valider certaines unités d'enseignement suite à leur démarche VAE** (validation des acquis de l'expérience).
- 4° **Le parcours en apprentissage pour les candidats âgés de moins de 30 ans (le jour de la signature de leur contrat avec leur employeur)**

**Les candidats doivent être âgés de dix-sept ans au moins à la date d'entrée en formation.**

#### Constitution du dossier :

Conformément à l'article 6 de l'arrêté du 7 avril 2020 modifié relatif aux modalités d'admission à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant, le dossier de candidature doit comporter :

#### Un dossier administratif :

- Fiche d'inscription à remplir en lettres capitales (**ne pas plier**) ANNEXE 4




*La rubrique diffusion des résultats sur Internet **non renseignée** vaut **accord de diffusion***

- Photocopie d'une pièce d'identité recto et verso en cours de validité : Carte d'Identité ou Passeport. Le permis de conduire n'est pas recevable.
- Pour les mineurs : La signature du ou des représentant(s) légal (aux) est indispensable
- Pour les ressortissants étrangers : un titre de séjour valide à l'entrée en formation.
- Pour les ressortissants étrangers : 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.

- Photocopie des originaux des diplômes obtenus ou titres traduits en français.
- Les candidats en situation de handicap peuvent demander, lors du dépôt de leur dossier, un aménagement des conditions de déroulement de l'entretien de sélection. (**ANNEXE 3**)
- Une copie de l'attestation de participation à la Journée de Défense et Citoyenneté (JDC) ou Journée d'Appel de Préparation à la Défense (JAPD) pour les candidats moins de 25 ans.
- En ce qui concerne les exigences médicales et vaccinales, se référer à la page 12 du dossier d'inscription.
- 2 photos d'identité récentes dont 1 agrafée à la fiche **ANNEXE 5**
- 2 enveloppes auto-adhésives** format 11X22 cm à **FENÊTRE** transparente, timbrées.

### Et un dossier de sélection :

- Curriculum vitae.
  - Lettre de motivation **manuscrite**.
  - 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.**
  - Attestation de suivi de remise à niveau (pour les personnes concernées)
  - Pour les personnes concernées : Attestation de suivi de la formation continue de soixante-dix heures (**sous réserve de modification**)
  - Pour les candidats en terminale : les relevés de résultats et appréciations de stages ou bulletins scolaires de 1<sup>ère</sup> et Terminale.
  - Pour les candidats détenteurs du Baccalauréat ASSP ou SAPAT : le relevé de notes
  - Certificat(s) du ou des employeurs attestant de l'exercice professionnel de l'intéressé, accompagné(s) si possible des appréciations et/ou recommandations de l'employeur (ou des employeurs).
-  Pour les salariés intérimaires ou multi-employeurs, **fournir une attestation unique par employeur (bulletins de salaires non acceptés).**
- Les candidats peuvent joindre tout autre justificatif valorisant un engagement ou une expérience personnelle (associative, sportive...) en lien avec la profession d'aide-soignant.

## ÉPREUVES DE SÉLECTION

La sélection à l'entrée en formation est effectuée par un jury de sélection, sur la **base d'un dossier de candidature et d'un entretien** destiné à apprécier les connaissances, les aptitudes et la motivation du candidat à suivre la formation d'Aide-Soignant. Le dossier doit être adressé par voie postale directement à l'Institut ou remis directement au secrétariat de l'IFAS.

Selon l'article 2 de l'arrêté du 7 avril 2020 modifié, l'ensemble (dossier de candidature et entretien) fait l'objet d'une cotation par un binôme d'évaluateurs.

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.

Selon l'article 8 de l'arrêté du 7 avril 2020 modifié, chaque candidat est informé personnellement par écrit de ses résultats. Il dispose d'un **déla**i de **sept jours ouvrés** pour valider son inscription définitive à l'institut de formation en cas d'admission en liste principale. Au-delà de ce délai, il est présumé avoir renoncé à son admission et sa place est proposée au candidat inscrit en rang utile sur la liste complémentaire.

Un report peut être accordé sous certaines conditions ; pour cela le candidat doit se mettre en relation avec l'Institut de Formation.

## CANDIDAT PRÉSENTANT UN HANDICAP

↳ En référence à l'Article 6 de l'arrêté du 7 avril 2020 modifié relatif aux modalités d'admission à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'Aide-Soignant, **le candidat en situation de handicap peut demander, lors du dépôt de son dossier, un aménagement des conditions de déroulement de l'entretien de sélection**

↳ Le formulaire de demande d'aménagements spécifiques pour les épreuves de sélection et de validation de formation doit être dûment renseigné par un médecin agréé ARS ou CDAPH. (**Annexe 4**).

## CANDIDAT SOUHAITANT UN PARCOURS EN APPRENTISSAGE

**Selon l'article 10 de l'arrêté du 7 avril 2020 modifié**, les personnes ayant déjà été sélectionnées à l'issue d'un entretien avec un employeur pour **un contrat d'apprentissage**, sollicitent une inscription auprès de l'institut de formation.

Le directeur de l'institut de formation procède à leur admission directe **au regard des documents suivants** décrivant la situation du futur apprenti :

1. Une copie de la pièce d'identité de l'apprenti
2. Une lettre de motivation avec description du projet professionnel de l'apprenti
3. Un curriculum vitae de l'apprenti
4. Une copie du contrat d'apprentissage signé ou tout document justifiant de l'effectivité des démarches réalisées en vue de la signature imminente du contrat d'apprentissage

**En l'absence de validité du contrat d'apprentissage, les candidats sont soumis à l'épreuve de sélection prévue à l'article 2 et admis en formation sur la base de l'article 3 et 5 de l'arrêté du 7 avril 2020 modifié.**

**Les candidats admis en parcours d'apprentissage seront ceux qui ont procédé à la signature d'un contrat d'apprentissage.**

## CANDIDAT DISPENSÉ DE SÉLECTION

### **Conformément à l'article 11 du titre II, Sont dispensés de l'épreuve de sélection :**

Les agents de services hospitaliers qualifiés de la fonction publique hospitalière et les agents de service

- Justifiant d'une ancienneté de services cumulée d'au moins 1 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 à domicile des personnes ;

### **OU**

- Justifiant à la fois du suivi de la formation continue de 70h 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 6 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 (sous réserve de modification)

**Un minimum de 20% des places autorisées par la Région est réservé aux agents relevant de la formation professionnelle continue visés à l'article 11 dudit arrêté.**

## PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE DES ÉTUDES

### **Financement du coût du PARCOURS COMPLET de formation :**

Pour les poursuites de scolarité et les demandeurs d'emploi

- Financement par le Conseil Régional.

Pour les candidats rattachés à un établissement privé ou associatif

- Financement par des congés individuels de formation (OPCO, FONGECIF...), le coût s'élève à 7000 €

Pour les agents de services hospitaliers qualifiés de la fonction publique hospitalière

- Financement par l'Établissement, le coût s'élève à 7000 €

### **Financement du coût du PARCOURS PARTIEL de formation :**

Le coût varie en fonction de chaque parcours, des blocs de compétences et des modules à valider.

Pour les poursuites de scolarité et les demandeurs d'emploi

- Financement par le Conseil Régional

Pour les candidats rattachés à un établissement privé ou associatif

- Financement par des congés individuels de formation (OPCO, FONGECIF...)

Pour les parcours par voie d'apprentissage

- Financement par l'Établissement. Les tarifs dépendent du parcours.

**Pour obtenir un devis, contactez l'Institut de Formation.**

# AIDES FINANCIÈRES PENDANT LA FORMATION

Indemnisation France Travail ou Rémunération par la Région ou Bourse sanitaire et sociale pendant votre formation dans le secteur sanitaire et social

Vous avez travaillé avant votre entrée en formation



## Indemnisation France TRAVAIL

**Il est impératif de connaître vos droits aux allocations chômage avant de faire une demande d'aide auprès de la Région.**

Inscription obligatoire à France Travail ([www.francetravail.fr](http://www.francetravail.fr)) avant votre entrée en formation si vous avez déjà travaillé (travail saisonnier, CDD, CDI...)

Pour rappel : possibilité d'ouverture de droits auprès de France Travail, si vous avez travaillé 610h au cours des 28 mois qui précèdent la fin de votre dernier contrat de travail (la fin du contrat doit avoir lieu dans l'année qui précède votre inscription)

Vous êtes indemnisé par France Travail  
⇒ **Aucune aide régionale**

Vous n'êtes pas indemnisé par France Travail



## **Rémunération en tant que stagiaire de la formation professionnelle REGION**

### Quelles conditions ?

- Vous êtes inscrit dans un institut de formation agréé
- Votre institut est situé sur le territoire de la Région
- Vous êtes inscrit à France Travail et vous êtes non indemnisé
- **Pour les formations d'une durée inférieure ou égale à 1 an** (aide-soignant, ambulancier par exemple) : **vous devez justifier d'une sortie de la filière initiale depuis plus d'1 an.**
- **Pour les formations d'une durée de plus d'1 an** : **vous devez justifier au minimum de 36 mois d'activités professionnelles à temps plein (4671h) avant votre entrée en formation.**

**Quel montant ?** Il s'agit d'une aide mensuelle dont le montant est calculé selon un barème fixé par décret.

**Comment ça marche ?** Si vous répondez aux critères, vous devez retirer le dossier de rémunération auprès de votre établissement. Il est à remettre complété à votre établissement de formation qui le transmettra pour instruction à la Région.



**Vous ne bénéficiez ni de l'indemnisation France Travail ni de la Rémunération Région**



Vous n'avez jamais travaillé avant votre entrée en formation

## **Bourse d'études sanitaires et sociales REGION**

### Quelles conditions ?

- Vous êtes inscrit dans un institut de formation agréé
- Votre institut est situé sur le territoire de la Région
- Vous n'êtes pas demandeur d'emploi indemnisé ou ne bénéficiez pas d'une rémunération Région

**Quel montant ?** La Région aligne le montant des bourses du secteur sanitaire et social sur celui de l'enseignement supérieur. La bourse est attribuée sur critères sociaux.

**Comment ça marche ?** Si vous répondez aux critères, vous devez déposer votre dossier sur le site de la Région Nouvelle Aquitaine : <https://mes-services.nouvelle-aquitaine.fr>  
Vous pouvez aussi y réaliser une simulation en ligne

## INFORMATIONS IMPORTANTES

### Admission définitive

#### L'admission définitive est subordonnée à la production au plus tard le jour de la rentrée :

- ❑ Du **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 à laquelle il se destine et qu'il remplit les obligations d'immunisation et de vaccination concernant les professions de santé. (ANNEXE 2)

Pour obtenir la liste des médecins agréés : aller sur le site

<https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/medecins-agrees> et cliquer sur le département concerné

- ❑ De la **fiche médicale (transmise par l'ARS aux instituts de formation)**.  
**Cette fiche sera envoyée aux candidats admis lors de la sélection.**  
Cette fiche devra être renseignée par un **médecin** attestant que l'élève remplit les obligations d'immunisation et de vaccination. **Télécharger sur le site <https://www.ch-sudgironde.fr> la fiche « Je suis étudiant en santé. Suis-je à jour de mes vaccinations ? ».**
- ❑ De la présentation du carnet de vaccination le jour de la rentrée.



#### **ATTENTION**

**Selon le décret du 13 mai 2023, la vaccination Covid n'est plus obligatoire.**

N'hésitez pas à établir le carnet de santé électronique : il permet de vous informer par mail de vos rappels. De plus, il est partageable avec tout professionnel de santé – mes vaccins.net : <https://www.mesvaccins.net/>

**Vous pouvez contacter l'IFAS pour tout renseignement à ce sujet.**

**N'attendez pas les résultats de la sélection, faites vérifier vos vaccins par un médecin car être correctement vacciné peut prendre plusieurs mois et compromettre la mise en stage.**

- ❖ **Le respect des obligations vaccinales conditionne l'accès aux stages et la poursuite de la formation**
- ❖ **L'institut ne peut être tenu responsable d'un refus de stage fondé sur un statut vaccinal non conforme à la réglementation.**
- ❖ **L'institut n'est pas en mesure d'organiser une recherche individualisée de terrains de stage en fonction de situations vaccinales particulières.**

## Les Annexes

ANNEXE 1 : Les attendus et critères nationaux à l'épreuve de sélection.....	15
ANNEXE 2 : Certificat médical établi par un médecin agréé.....	17
ANNEXE 3: Demande d'aménagements spécifiques pour PSH* .....	19
ANNEXE 4 : Fiche d'inscription à la sélection d'entrée en formation 2026.....	23
ANNEXE 5 : Fiche d'inscription à remplir par la candidat.....	27

\*Personnes en Situation de Handicap



**Les attendus et critères nationaux à l'épreuve de sélection**

ATTENDUS	CRITERES
<b>Intérêt pour le domaine de l'accompagnement et de l'aide à la personne, notamment en situation de vulnérabilité</b>	<b>Connaissances dans le domaine sanitaire, médico-social, social ou sociétal</b>
<b>Qualités humaines et capacités relationnelles</b>	<b>Aptitude à faire preuve d'attention à l'autre, d'écoute et d'ouverture d'esprit</b>
	<b>Aptitude à entrer en relation avec une personne et à communiquer</b>
	<b>Aptitude à collaborer et à travailler en équipe</b>
<b>Aptitude en matière d'expression écrite, orale</b>	<b>Maitrise du français et du langage écrit et oral</b>
	<b>Pratique des outils numériques</b>
<b>Capacités d'analyse et maitrise des bases de l'arithmétique</b>	<b>Aptitude à élaborer un raisonnement logique à partir de connaissances et de recherches fiables</b>
	<b>Maitrise des bases de calcul et des unités de mesure</b>
<b>Capacités organisationnelles</b>	<b>Aptitudes d'observation, à s'organiser, à prioriser les activités, autonomie dans le travail</b>



ANNEXE 2

**CERTIFICAT MÉDICAL ÉTABLI PAR UN MÉDECIN AGRÉÉ**

**Merci d'imprimer le Certificat Médical établi par un médecin agréé**

Je soussigné(e) Docteur .....

Certifie avoir examiné :

NOM : .....

PRÉNOM : .....

Et atteste que :

La personne examinée ne présente aucune contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession d'Aide-Soignant.

La personne examinée est en règle avec les obligations vaccinales concernant les professionnels de santé (voir les documents joints).

Fait à ....., le .....

Cachet et signature obligatoire du médecin agréé



## ANNEXE 3

# DEMANDE D'AMÉNAGEMENTS SPÉCIFIQUES POUR PSH

À remplir et à faire valider par un médecin agréé ARS (ou CDAPH), et à transmettre sous pli caché « CONFIDENTIEL », à l'IFAS.

Année scolaire 2026 / 2027

## IDENTITÉ DU CANDIDAT

NOM de naissance : ..... NOM usuel : .....

Prénoms : ..... Date de naissance : .....

Formation préparée .....

## TYPE DE HANDICAP

Visuel (ne pouvant être corrigé avec de simples lunettes) :

- Acuité visuelle  État du champ de vision

Moteur :

- Station debout gênante  Gêne aux déplacements  Gêne à la réalisation de certains gestes  
 Atteinte à la motricité membre supérieur ou inférieur

Auditif :

- Surdité légère  Surdité modérée  Lecture labiale  
 Langage parlé complété  Langue des signes française  Appareillage

Spécifique au langage et apprentissage :

- Dysarthrie  Dyscalculie  Dysgraphie  
 Dyslexie  Dysorthographe  Dysphasie  
 Dyspraxie

Autres : .....

## ÉPREUVES CONCERNÉES PAR DES AMÉNAGEMENTS

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Entretien de sélection                             |  |  |
| <input type="checkbox"/> Épreuves écrites<br>(QCM, QROC, étude de cas, ...) | <input type="checkbox"/> Mises en situation professionnelles<br>(réalisation de soins, présentation de<br>démarche de soins, ....) | <input type="checkbox"/> Épreuves orales<br>(argumentation d'un document écrit, ...) |

## AMÉNAGEMENTS À METTRE EN PLACE DURANT L'ANNÉE SCOLAIRE ET AUX EXAMENS

- Photocopies des cours ou adaptation (police, taille de texte, interligne, espacements entre les mots et les paragraphes, majuscule, ...)
  - Élève placé près des prises électriques lors des cours (faciliter l'accès à l'outil informatique)
  - Adaptation des consignes (simplification, clarté, hiérarchisation des tâches, couleurs, pictogrammes, ...)
  - Proposer des QCM ou réponses à compléter sur support partiellement rédigé
  - Proposer l'utilisation de matériel alternatif (ordinateur, logiciel de correction, dictionnaire électronique, calculatrice non-programmable, sujet sur support numérique ...)
  - Sujets agrandis (format A4 transformé en A3)
  - Matériels et conditions adaptés (éclairage, affectation à une salle individuelle, possibilité de se lever et marcher, de parler à voix haute...):  
Lequel : .....
  - Temps supplémentaire pour les travaux et pour les évaluations (Tiers-temps)  
Pour les épreuves écrites, orales, pratiques, : .....
  - Oralisation (consignes lues, devoirs écrits transformés en interrogations orales et inversement)  
Modalités : .....
  - Secrétariat (lecteur, scripteur, assistant pour la compréhension des questions, ...)  
Modalités : .....
  - Présence d'un interprète Langue des Signes Française
  - Périodes de formation en entreprise :  
Durée, évaluation : .....  
Aide, aménagement du poste de travail, durée des TP, évaluation : .....
  - Formation en deux ans conseillée
  - Autre : .....
- Nombre d'aménagements demandés :

## POUR LES CAS DE TROUBLE DU LANGAGE ORAL et/ou ÉCRIT (DYS.) À remplir avec le médecin

(Noter de 0 = pas de difficulté, à 4 = très en difficulté)

Difficultés d'expression orale : .....

Difficultés de lecture de textes, d'énoncés : .....

Difficultés et lenteur en production d'écrit et en copie : .....

Fatigabilité en cours surtout pour les tâches écrites : .....

Difficulté pour orthographier même des mots courants : .....

Autre : .....

### HISTORIQUE DES AMÉNAGEMENTS MIS EN PLACE DEPUIS LA SECONDE

LYCÉE, CENTRE DE FORMATION, AUTRE...	
1 <sup>ère</sup> année .....	
2 <sup>ème</sup> année .....	
3 <sup>ème</sup> année .....	

### EXAMEN DU DOSSIER ET AVIS DU MÉDECIN AGRÉÉ ARS (ou CDAPH)

Je soussigné.e, Docteur ....., médecin agréé, certifie avoir examiné le dossier du candidat, et accorde la mise en place des aménagements demandés par le candidat.

À ....., le .....

Signature et tampon



**ANNEXE 4**

**FICHE D'INSCRIPTION À LA SÉLECTION D'ENTRÉE EN FORMATION 2026**

NOM de naissance : ..... NOM usuel : .....

Prénom : ..... Date de naissance : .....

Lieu de naissance : ..... Département de naissance : .....

Situation familiale :  Célibataire  Concubinage  PACS  Marié(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)

Nombre d'enfants : ..... Âges des enfants : .....

Personnes à prévenir (NOM et téléphone) : .....

.....

**ENTOUREZ LA REPONSE AUX QUESTIONS SUIVANTES**

<b>Inscription à</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> En cours	<b>Indemnisé :</b>	<b>N° identifiant :</b>
<b>France Travail ?</b>				<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<b>Êtes-vous salarié ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<b>Quel type de contrat ?</b> .....	<b>Nom employeur :</b>	
				.....	

<b>Permis de conduire ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Non	<b>Véhicule personnel :</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<b>Ordinateur ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		<b>Si ordinateur</b>	<input type="checkbox"/> Fixe	<input type="checkbox"/> Portable
<b>Connexion Internet ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		<b>Connexion Imprimante ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Adresse initiale : .....

CP et Ville : ..... Téléphone fixe : .....

Adresse de l'élève **pour l'année** (sous réserve d'être connue) : .....

CP et Ville : .....

Mode d'hébergement :  Domicile parental  Logement personnel  Chambre chez un particulier

Autre : .....

Téléphone portable : .....

Adresse mail (obligatoire) : ..... @ .....

## MODES D'ADMISSION EN FORMATION 2026

**Vous devez renseigner le parcours qui vous concerne**

Je ne possède aucun diplôme

Je suis en Terminale

J'ai suivi une année d'études conduisant au diplôme d'État Infirmier et n'ai pas été admis en 2<sup>ème</sup> année

Je suis titulaire : **Notez l'année d'obtention**      Diplôme obtenu le : .....

D'un titre ou diplôme homologué au niveau IV (Bac, BTN, BT, Bac Pro, Brevet de Maîtrise, ...)

Autre : précisez la série :  
.....

D'un titre ou diplôme du secteur sanitaire ou social homologué au minimum au niveau III (ex niveau V) (BEP, BEPA Option services, CAP, CFPA)

Précisez la série : .....

**Je m'engage à suivre la formation en parcours complet**

Je suis titulaire d'un diplôme : **Notez l'année d'obtention** : .....

D'État d'Auxiliaire de Puériculture

D'Ambulancier ou du certificat de capacité d'ambulancier

D'État d'Auxiliaire de Vie Sociale ou de la Mention complémentaire Aide à Domicile

D'État d'Aide Médico-Psychologique

D'État d'Accompagnant Educatif Social (**précisez la spécialité**)

Titre d'Assistance de Vie aux Familles

Diplôme Assistant de Régulation Médicale (ARM)

Titre Professionnel Agent de Service Médico-Social (ASMS)

**Je m'engage à suivre la formation en parcours partiel**

Je suis titulaire :

D'un baccalauréat professionnel : (entourez la réponse et notez l'année d'obtention) :

A.S.S.P.....  S.A.P.A.T.....

Je suis :

En Terminale baccalauréat professionnel : (entourez la réponse) :

A.S.S.P.....  S.A.P.A.T.....

**Je m'engage à suivre la formation en parcours partiel**

**Je m'engage à suivre la formation en parcours partiel en apprentissage (notez le nom de l'employeur et la date de contrat)**

**Nom Employeur** : .....

**Date contrat** : .....

**Cursus antérieur à votre entrée à l'IFAS :**

Année	Formations / diplômes	Nom et lieu de l'établissement

**Activités professionnelles antérieures :**

Date	Poste occupé	Type de contrat	Nom et lieu de l'entreprise

**Affichage des résultats/ Diffusion des résultats :**

J'accepte de voir mon nom apparaître sur la liste des résultats du concours diffusé sur le site internet du Centre Hospitalier Sud-Gironde :

OUI

NON



**Cette rubrique « diffusion des résultats sur Internet » non renseignée vaut accord de diffusion**

Fait à : ....., le : .....

Signature (si mineur, signature du ou des représentant(s) légal (aux)) :

**ENVOI DU DOSSIER REMPLI et COMPLET en version papier par voie postale en lettre suivie (enveloppe A4) et au plus tard (cachet de la Poste faisant foi) ou remis directement à l'IFAS au plus tard le :**

**Vendredi 19 juin 2026 avant 16h00 :**

**IFAS SUD GIRONDE, Place Saint Michel, BP 90055, 33192 LA REOLE Cedex**

# CADRE RESERVÉ À L'INSTITUT DE FORMATION D'AIDE-SOIGNANT

(Ne rien inscrire sous cette ligne)

## ANNEXE 5

Fiche à renseigner par le candidat

Veillez coller  
ou agraffer  
votre photo

### Pièces administratives

- Photocopie justificatif d'identité en cours de validité
- Photocopie des diplômes ou titres obtenus
- 2 Enveloppes à **fenêtre** format 110 X 220 affranchies.
- Attestation JDC (pour les moins de 25 ans)
- Photocopie récépissé des éléments constituant le dossier d'inscription
- Vérification de l'original du diplôme
- 2 photos d'identité récentes et identifiées dont une agrafée au dossier
- Curriculum vitae
- Lettre de motivation
- Document manuscrit situation personnelle ou professionnelle vécue ou un projet professionnel
- La copie des relevés de résultats et appréciations ou bulletins scolaires
- Attestations de travail, et appréciations et/ou recommandations du ou des employeurs
- Attestation de suivi de remise à niveau (si candidat concerné)
- Pour les ressortissants hors Union européenne, une attestation du niveau de langue française requis B2 et un titre de séjour valide pour toute la période de la formation.
- Justificatif valorisant un engagement ou une expérience personnelle (associative, sportive...)

### Classe de terminale ASSP ou SAPAT

- Bulletins scolaires première et terminale
- Appréciations de stages 1<sup>ère</sup>/T
- Certificat de scolarité pour les candidats en classe de Terminale
- Cas échéant : relevé de notes du BAC ASSP SAPAT

### Sélection :

Titre ou Diplôme (noter année) : .....

ASH financé(e) par employeur : .....

- Parcours complet
- Parcours partiels (Bac Pro SAPAT/ASSP/ Passerelles/VAE)
- Parcours Apprentissage

Conformément au règlement général européen sur la protection des données (RGPD) et à la loi Informatique et Libertés du 6/01/1978 (CNIL), nous vous informons que vos données à caractère personnel font l'objet d'un traitement informatique et d'une veille à la protection ».

Mme  M. Nom d'usage : .....

Nom de naissance : .....

Prénoms : .....

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : .....

Lieu de naissance : .....

Pays ou Département : ..... Nationalité : .....

Adresse: .....

.....

.....

.....

Code postal : ..... Commune .....

Téléphone domicile : ..... Portable : .....

E-mail (**Obligatoire**) : .....

**Permis** :  OUI  NON  EN COURS

J'accepte de voir mon nom apparaître sur la liste des résultats du concours diffusée sur le site internet du Centre Hospitalier Sud-Gironde :  Oui  Non

**Cette rubrique « diffusion des résultats sur Internet » non renseignée vaut accord de diffusion**



