

DOSSIER D'INSCRIPTION
Sélection pour l'entrée en formation aide-soignant(e)

IDENTIFICATION

NOM de naissance : **Prénom :**

NOM d'usage : **Autres Prénoms :**

Date et Lieu de naissance : **à**

Département : **Nationalité :**

Adresse :

N°..... Rue.....

..... **Apt :**

Code Postal : **VILLE :**

Téléphone Fixe : **Portable :**

E-mail obligatoire :

**Réservé à
l'administration**

Dossier N° :

PIECES A JOINDRE A CE DOCUMENT REMPLI

- Photocopie de la carte d'identité (ou titre de séjour) recto verso en cours de validité ;
- Lettre de motivation manuscrite ;
- Curriculum Vitæ ;
- 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 ;
- Tout autre justificatif ou attestation valorisant un engagement ou une expérience personnelle (associative, sportive...) en lien avec la profession d'aide-soignant ;

Selon la situation du candidat,

- La copie des originaux de ses diplômes ou titres traduits en français ;
- La copie de ses relevés de notes et appréciations ou bulletins scolaires
- Les attestations de travail, accompagnées éventuellement des appréciations et/ou recommandations de l'employeur (ou des employeurs) ;
- Pour les ressortissants hors Union Européenne, une attestation du niveau de langue française requis C1 **et un titre de séjour valide pour toute la période de la formation** ;
- Pour les demandeurs d'emploi, une attestation d'inscription au pôle emploi ;
- Pour les salariés, l'attestation de prise en charge par un organisme payeur ou l'employeur ;

VOTRE SITUATION ACTUELLE

- Date d'inscription à Pôle emploi (le cas échéant)
Percevez-vous des indemnités ? OUI date de fin de droit / / NON

- Salarié(e) (nom et adresse de l'employeur) :

.....

- Fonction occupée :

Je soussigné (e) Déclare sur l'honneur l'exactitude des informations données et l'authenticité des documents transmis

Date

Signature :

TOUT DOSSIER INCOMPLET EST REFUSÉ
PAR LE JURY DE SELECTION

Dossier à envoyer par la poste **UNIQUEMENT**
Pour le **10 juin 2021 inclus** à l'adresse suivante :

INSTITUT DE FORMATION AIDES-SOIGNANTS
Centre Hospitalier Isarien
2 Rue des Finets,
60607 CLERMONT CEDEX
ifsi@chi-clermont.fr - 03 44 77 50 48

NOTE D'INFORMATION

RESULTATS

A l'issue du jury d'admission, le candidat est informé personnellement de ses résultats par courrier à partir de la date d'affichage des résultats. Ceux-ci sont affichés au format papier dans un tableau extérieur situé à l'institut, que vous pouvez consulter.

A compter de la date d'affichage, le candidat admis **à 7 jours ouvrés** (cachet de la poste faisant foi) pour valider son inscription en institut, par écrit, en cas d'admission sur liste principale et liste complémentaire.

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 à l'IFAS de Clermont en priorité ou à l'IFAS de COMPIEGNE-NOYON.

Attention pour le jour de la rentrée soit le 30 aout 2021

Vous devrez produire

1° **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 à laquelle il se destine ;

2° **au plus tard le jour de la rentrée, 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 du livre Ier de la troisième partie législative du code de la santé publique

L'admission définitive est subordonnée à ces documents