FORMATION AIDE-SOIGNANTE

2ème RENTRÉE
11 JANVIER 2027

Réservée aux titulaires du Baccalauréat ASSP

(Arrêté du 10 Juin 2021 modifié)

IFAS de CHATILLON-SUR-SEINE

IFAS, 2 place Marcel Pagnol – 21 400 Châtillon-sur-Seine
: secretariat.ifas@ch-semur.fr

CONSTITUTION DU DOSSIER D'INSCRIPTION

Conformément à l'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.

Quota 13 places réservées aux titulaires du Baccalauréat Professionnel ASSP.

Ouverture des inscriptions : Mardi 3 Novembre 2026 à 8H00

Le dossier doit comporter :

1- Une pièce d'identité recto-verso **lisible**.
2- Une lettre de motivation **manuscrite.**
3- Un curriculum vitae actualisé.
4- Un document **manuscrit** relatant selon le choix du candidat, soit une situation personnelle ou professionnelle vécue, soit un projet professionnel en lien avec la formation. Ce document n'excède pas 2 pages.
5- **Copie de l'original de votre diplôme Baccalauréat Professionnel ASSP**.
6- Copie de vos relevés de résultats et appréciations ou bulletins scolaires.
7- Selon votre situation :
   - les attestations de travail,
   - les appréciations de stages ,
   - les recommandations de l'employeur (ou des employeurs).
8- Pour les ressortissants hors union européenne joindre obligatoirement :
   - l'attestation de niveau de langue française au moins égal ou supérieur au niveau **B2**,
   - le **titre de séjour valide à l'entrée en formation**.
9- Vous pouvez joindre tout justificatif valorisant un engagement ou une expérience personnelle (association, sportif, etc…) en lien avec la formation aide-soignante.
10- 2 enveloppes 10,5x22cm timbrées au tarif rapide en vigueur avec votre nom/prénom/adresse.

Pour les personnes en situation de handicap ou sportif de haut niveau fournir une attestation afin de la présenter à la Section Compétente pour le Traitement Pédagogique des Situations Individuelles des Elèves.

Dépôt du dossier finalisé au plus tard le Lundi 30 Novembre 2026 à 16H00

⇨ Par envoi postal, cachet de la poste faisant foi.
⇨ Par dépôt au secrétariat contre émargement à :
   - l'IFAS de Châtillon-sur-Seine, 2 place Marcel Pagnol

   ou

   - l'IFSI de Semur-en-Auxois, 3 bis Avenue Pasteur.

Les retours dossiers ne sont pas autorisés par messagerie électronique.

A l'issue du dépôt de votre dossier, vous serez convoqué pour un entretien oral individuel dans les locaux de l'IFAS.

Le jury de sélection des candidats est composé d'un formateur permanent de l'institut et d'un aide-soignant en activité professionnelle.

L'affichage des résultats est organisé à l'IFSI et à l'IFAS
Vendredi 11 Décembre 2026
à 12H00

Le résultat de la sélection est notifié aux candidats par courrier à partir du **Lundi 14 décembre 2026**.

Conformément à l'Article 8 de l'Arrêté du 7 avril 2020 modifié, les candidats admis doivent confirmer leur rentrée au plus tard le **Vendredi 18 décembre 2026** (7 jours ouvrés conformément aux textes en vigueur, cachet de la poste faisant foi).

Autorisation de publication sur le site Internet de l'IFSI/IFAS :

J'accepte que mon nom figure sur internet*
oui ☐ **non** ☐

**cochez la case correspondant à votre choix*

La rentrée aura lieu le lundi 11 Janvier 2027 à 8 heures 30 précises.

Important : Les vaccinations

Le tableau ci-après est à fournir au plus tard le jour de la rentrée attestant que vous remplissez les obligations d'immunisation et de vaccination prévues par les dispositions du titre 1er du livre 1er de la troisième partie législative du code de la Santé Publique.

Comme l'exige la législation, les vaccinations contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et l'hépatite B **sont obligatoires** pour entrer en formation dans le domaine de la santé.
Les vaccinations contre la COVID, la coqueluche, la rougeole, les oreillons, la rubéole et la grippe sont fortement recommandées.

Il est donc vivement conseillé de mettre à jour ou d'anticiper vos vaccinations.

A retenir : L'admission définitive est subordonnée à la production :

- d'un certificat médical établi par un médecin agréé. La liste est à consulter sur le site de l'ARS (Agence Régionale de la Santé) de Bourgogne/Franche-Comté.

- d'un certificat médical attestant les obligations d'immunisation et de vaccination (disposition du Code de la Santé Publique).

Pour tout renseignement complémentaire :
secretariat.inscription@ch-semur.fr
☏ 03.80.81.84.44

CERTIFICAT MÉDICAL

établi par un médecin agréé selon l'Arrêté du 7 Avril 2020 modifié Art. 8 *ter*

EN VUE D'UNE ADMISSION EN INSTITUT DE FORMATION AIDE-SOIGNANT

Je soussigné(e), Docteur _____ en médecine agréée.

certifie que Mme, Mr _____

né(e) le _____ / _____ / _____ à _____

présente les aptitudes physiques et psychologiques nécessaires à l'exercice de la profession d'aide-soignant(e).

Observations :

_____

_____

Fait à _____, le _____

Cachet du médecin agréé : Signature du médecin agréé :

Certificat médical de vaccination et d'immunisation pour l'inscription des élèves en IFAS

Nom de naissance : _____ Nom d'usage : _____

Prénom : _____ Date de naissance : _____

Mail : _____ Tél : _____

⚠ Si vous n'êtes pas à jour des vaccinations **OBLIGATOIRES**, vous ne serez pas autorisé à aller en stage. Ce certificat doit être communiqué avec les résultats en même temps que votre dossier d'inscription (art. L3111.4 du Code de la Santé Publique).

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	
dTP	Rappel dTcp si un vaccin anticoquelucheux n'a pas été fait depuis 5 ans (respecter un délai de 1 mois après le dernier dTP) et lors des rappels à âge fixe (25, 45, 65 ans)
	Dernier rappel dTP : date : __ / __ / __ Vaccin : _____
Hépatite B	Rappel des conditions d'immunisation 1) Ac anti-HBS >100 (quelles que soient l'histoire vaccinale et l'ancienneté des résultats) 2) Ac anti-HBS >10 et Ac anti-HBC négatif (si schéma complet) **(joindre les résultats)**
	Schéma complet : - Classique (3 doses) : 2 doses à 1 mois d'intervalle, la 3è au moins 5 mois après la 2è dose, - Adolescent (11 à 15 ans) : 2 doses espacées de 6 mois avec vaccin (Engérix B20 ou Genhévac B) - Accéléré (à titre exceptionnel) : 3 doses en 21 jours, rappel à 1 an (Engérix B20 ou Genhévac B) 1ère dose : Date __ / __ / __ Vaccin : _____ 2ème dose : Date __ / __ / __ Vaccin : _____ 3ème dose : Date __ / __ / __ Vaccin : _____ Injections supplémentaires : Date : __ / __ / __ Vaccin : _____ Date : __ / __ / __ Vaccin : _____ Date : __ / __ / __ Vaccin : _____
VACCINATIONS RECOMMANDÉES	
BCG	Date de vaccination : __ / __ / __ ou cicatrice vaccinale : ☐
ROR *(Rougeole Oreillons Rubéole)*	1è dose : Date : __ / __ / __ Vaccin : _____ 2è dose : Date : __ / __ / __ Vaccin : _____
Varicelle	• Si pas d'antécédent maladie ou doute → Sérologie IgG VZV* (joindre les résultats) • Si sérologie négative→vaccination recommandée 1è dose : Date : __ / __ / __ Vaccin : _____ 2è dose : Date : __ / __ / __ Vaccin : _____
Méningocoque C	1 seule injection recommandée jusqu'à 24 ans → Date : __ / __ / __ Vaccin : _____
Coqueluche	Date : __ / __ / __ Vaccin : _____
GRIPPE	Date : __ / __ / __ Vaccin : _____
VACCINATION CONSEILLEE	
COVID 19	1ère dose : Date __ / __ / __ Vaccin : _____ 2ème dose : Date __ / __ / __ Vaccin : _____ Rappel : Date __ / __ / __ Vaccin : _____

Je soussigné(e) Dr _____ certifie que les renseignements inscrits ci-dessus sont exacts. Fait le : _____ **Signature et cachet du praticien :**	Date : _____ ☐ dossier complet ☐ dossier incomplet : motif : _____ _____