

DOSSIER D'INSCRIPTION A LA FORMATION AIDE-SOIGNANTE PARTIELLE POUR LES CANDIDATS INSCRITS DANS UN PARCOURS VAE AS

A RETOURNER OU A DEPOSER AU SECRETARIAT DE L'IFAS

CONDITIONS D'ADMISSION

Conformément aux articles 7 et 8 de l'arrêté du 28 mars 2022 relatif aux modalités d'organisation de la validation des acquis de l'expérience pour l'obtention du diplôme d'Etat d'aide-soignant :

« *En cas de validation partielle..., si le candidat opte pour un parcours de formation préparant au diplôme d'Etat d'aide-soignant dans le cadre du programme des études conduisant à ce diplôme, il s'inscrit auprès d'une école autorisée à dispenser cette formation. Le candidat est dispensé des épreuves de sélection exigées pour l'accès à la formation initiale... »*

LISTE DES PIÈCES A FOURNIR :

- Fiche d'inscription
- Copie pièce d'identité en cours de validité
- Copie carte vitale
- Délibération du jury VAE
- Lettre de motivation + curriculum vitae détaillé
- Avis de situation Pôle Emploi pour les demandeurs d'emploi

- Un dossier médical complet, à savoir :

1/ un certificat médical émanant d'un médecin agrée par l'ARS attestant que le candidat présente les aptitudes physiques et psychologiques nécessaires à l'exercice de la profession d'aide-soignant.

2/ un certificat vaccinal.

Ces 2 documents sont à télécharger sur le site internet de l'IFAS.

Pour être en mesure de transmettre ces documents avant la rentrée, il vous est vivement recommandé de vous mettre à jour au plus tôt de vos vaccinations.

FINANCEMENT DE LA FORMATION


Un devis sera établi sur demande suivant la situation de chaque candidat.

En cas de financement par un organisme ou l'employeur, fournir une attestation de prise en charge.

FICHE D'INSCRIPTION / FORMATION PARTIELLE AIDE-SOIGNANTE
CANDIDATS EN PARCOURS VAE
ANNEE SCOLAIRE 2027

**Cadre réservé au
Secrétariat de l'IFAS**

- Pièce d'identité
- Copie carte vitale
- Copie Jury VAE
- Lettre de motivation
- Curriculum vitae
- Avis de situation PE

Nom de naissance		
Prénom(s)		
Nom d'usage		
Date de naissance	Le	
Lieu et département	A	
Nationalité		Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Adresse		
Code Postal - Ville		
Téléphone	Fixe :	Portable :
Email (obligatoire)		
N° Sécurité Sociale		
Permis de conduire	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Si inscrit au Pôle Emploi	N° identifiant :	
Personne à prévenir en cas d'urgence	Nom-Prénom : 	

→ **PARCOURS VAE AS : Compétences ou blocs de compétences non validés par le jury VAE :**

Date du jury : (copie de la délibération à joindre)

Je soussigné(e) atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document.

A, le

Signature :

Conformément à la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, l'IFSI/IFAS du Centre Hospitalier d'Ardèche Méridionale dispose d'un traitement informatique pour l'accomplissement de ses missions : gestion du cursus des étudiants/élèves à compter de leur inscription jusqu'à la fin de leur formation.

A cette fin, l'IFSI/IFAS du Centre Hospitalier d'Ardèche Méridionale est amené à enregistrer des données vous concernant et à les transmettre, le cas échéant, aux services administratifs concernés de l'établissement ainsi qu'aux organismes extérieurs participant à la prise en charge de la formation.

Vous pouvez exercer vos droits d'accès et de rectification aux données vous concernant en adressant votre demande par courrier postal :
A l'attention de M. le Directeur du Centre Hospitalier d'Ardèche Méridionale
14-16 Avenue de Bellande - BP 50146 - 07205 AUBENAS Cedex