

DIPLÔME D'ÉTAT D'AIDE-SOIGNANT

DOSSIER D'INSCRIPTION 2025

Rentrée de septembre 2025

FICHE D'INSCRIPTION – RENTRÉE de SEPTEMBRE 2025

N° de Dossier :

NOM DE NAISSANCE : <input type="text"/>	
NOM D'USAGE : <input type="text"/> Nom utilisé dans la vie courante lorsqu'il diffère du nom de naissance : nom de son époux ou nom de son épouse, double nom (nom de ses parents ou nom des deux époux accolés...)	
PRÉNOM(S) : <input type="text"/>	
DATE DE NAISSANCE : <input type="text"/>	SEXE : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
LIEU DE NAISSANCE <input type="text"/>	DÉPARTEMENT DE NAISSANCE <input type="text"/>
NATIONALITÉ : <input type="text"/> <i>Information : Pour les ressortissants hors Union européenne, un titre de séjour valide est demandé à l'entrée de la formation.</i>	
ADRESSE COMPLÈTE N° <input type="text"/> Voie/chemin : <input type="text"/> <input type="text"/>	
CODE POSTAL <input type="text"/>	
VILLE <input type="text"/>	
TÉLÉPHONE : Fixe <input type="text"/>	PORTABLE <input type="text"/>
E-mail <input type="text"/> @ <input type="text"/>	
DIPLÔME(S) OBTENU(S) :	
<input type="checkbox"/> BAC ASSP année du diplôme <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> DE Auxiliaire de Puériculture année du diplôme <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> BAC SAPAT année du diplôme <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> AMP année du diplôme <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> DE AMBULANCIER année du diplôme <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> DEAES année du diplôme <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> AVF année du diplôme <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> AVS / MC année du diplôme <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Autres diplômes <input type="text"/>	année du diplôme <input type="text"/>

Je suis titulaire d'une reconnaissance de travailleur handicapé, je souhaite un RDV avec le référent handicap.

Je candidate sans dispense de sélection. Je recevrais une convocation pour un entretien de sélection.

[Dispense de sélection :](#)

Pour finaliser votre inscription, vous devez transmettre **en courrier recommandé avec A/R** (le cachet de la poste faisant foi) les pièces ci-dessous à l'adresse suivante :

- **IFAS Nord Occitanie**
Sélection AS
151 chemin de Lissart
82300 Caussade

Pour tous les candidats :

- ➔ La **fiche d'inscription** dûment complétée,
- ➔ Une photocopie de la **carte nationale d'identité** (recto-verso) ou du **passport** en cours de validité ou d'un **titre de séjour** valide à l'entrée en formation,
- ➔ Une **lettre de motivation**,
- ➔ Un **curriculum vitae** actualisé,
- ➔ Un **document manuscrit de 2 pages maximum** relatant au choix du candidat, soit une situation personnelle ou professionnelle vécue soit, son projet professionnel en lien avec les attendus de la formation
- ➔ La copie des originaux des diplômes ou titres traduits en français que vous avez obtenu, Le cas échéant, la copie des relevés de résultats et appréciations ou bulletins scolaires
- ➔ Selon votre situation : les attestations de travail, accompagnées des appréciations et/ou recommandations de l'employeur (ou des employeurs),
- ➔ Tout autre justificatif valorisant un engagement ou une expérience personnelle (associative, sportive...) en lien avec la profession d'aide-soignant,
- ➔ Pour les ressortissants étrangers, lorsque le niveau de français à l'écrit et à l'oral ne peut être vérifié à travers les pièces produites vous devez joindre à votre dossier **une attestation de niveau de langue française** égale ou supérieure au **niveau B2** du cadre européen commun de référence.

À l'entrée en formation (Obligatoire) :

- ➔ Un certificat médical attestant que le candidat remplit les obligations d'immunisation et de vaccinations réglementaires pour les professionnels de santé. : DTP, Immunisation contre l'HEPATITE B.
- ➔ Les vaccinations du ROR, COVID 19, méningocoque, varicelle et tuberculose sont fortement préconisées. Nous vous conseillons vivement de commencer votre vaccination contre l'hépatite B dès que possible.

Il existe des schémas de vaccination rapide : cf. lien ci-dessous :

<https://www.mesvaccins.net/web/news/5236-vaccination-contre-l-hepatite-b-nouveaux-schemas-vaccinaux-acceleres-pour-les-adultes>

- ➔ Le certificat médical **original, ci-joint** de non contre-indication à la profession d'aide-soignant complété **par un médecin agréé par l'Agence Régionale de Santé** (voir la liste sur internet) : Vous devez conserver une copie du document pour vos futurs employeurs.

Documents complémentaires à fournir uniquement par les candidats dispensés de la sélection (Article 11): **(en plus des documents demandés dans la page précédente)**

- ➔ La fiche récapitulative,
- ➔ Une attestation d'un ou des employeur(s) **mentionnant** impérativement les dates de début et de fin de contrat, le nombre d'heures effectuées et le poste occupé par le salarié.
- ➔ La ou les appréciations et/ou recommandations de l'employeur (ou des employeurs),

CLÔTURE DES INSCRIPTIONS : Le 10 juin 2025

FORMATION / DOSSIER MEDICAL

Attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires

Je, soussigné(e) Dr....., certifie que :

Monsieur / Madame Nom : Prénom :

Né(e) le

remplit les obligations d'immunisation et de vaccinations réglementaires pour les professionnels de santé. :
DTP, Immunisation contre l'HEPATITE B.

Son IDR de référence date du

Signature et cachet obligatoires du médecin :

Lieu et Date :

FORMATION / DOSSIER MEDICAL

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PROFESSION D'AIDE-SOIGNANT

Arrêté du 7 avril 2020 modifié par les arrêtés des 12 avril 2021 et 10 juin 2021 relatif aux modalités d'admission à la formation conduisant au diplôme d'État d'aide-soignant.

Je soussigné(e), Docteur.....

médecin agréé, certifie avoir examiné ce jour,

M/Mme.....

J'atteste que le (la) candidat(e) n'est atteint(e) d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession aide-soignant.

Fait à, le

**Cachet et signature du médecin agréé
par l'Agence Régionale de Santé (l'ARS)**