

26, rue du Nouvel Hôpital
 88100 SAINT-DIE-DES-VOSGES
 Tél : 03 29 52 83 60
 Mail : ifas@chi-hmv.fr
 Site internet : <http://chi-hmv.fr/>

MODALITÉS DES ÉPREUVES DE SÉLECTION D'ENTRÉE EN IFAS RENTRÉE DE SEPTEMBRE 2025

Modalités d'organisation de la sélection	Sélection sur dossier et entretien oral
Nombre de places ouvertes pour les rentrées de septembre 2025	80 places autorisées Dont 16 places réservées aux agents relevant de l'article 11 (Arrêté du 7 avril 2020 modifié)
Ouverture des inscriptions	Lundi 27 janvier 2025
Forclusion (clôture) des inscriptions (*)	Lundi 26 mai 2025
Entretiens oraux	Du mardi 10 au vendredi 20 juin 2025
Affichage des résultats à l'IFAS et sur le site	Jeudi 3 juillet 2025 à 10h00 Aucun résultat ne sera communiqué par téléphone
Frais d'inscription	Inscription gratuite

(*) Tout dossier envoyé après la date de clôture (le cachet de la poste faisant foi) ne sera pas retenu et sera retourné à l'expéditeur.

CONDITIONS D'INSCRIPTION

Les candidats doivent être âgés de 17 ans au moins à la date de leur entrée en formation.
Aucune dispense d'âge n'est accordée et il n'est pas prévu d'âge limite supérieur.

DOSSIER D'INSCRIPTION

Le dossier complet devra être adressé en **envoi recommandé avec avis de réception**.
Chaque photocopie devra être **lisible, datée, signée**, et porter la mention « **J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations** ».

I. PIECES A TRANSMETTRE

- Photocopie lisible d'une pièce d'identité en cours de validité :
 - Carte nationale d'identité (recto-verso) de moins de dix ans ou de moins de quinze ans pour les candidats ayant fait faire leur carte d'identité au cours leur majorité OU Passeport OU
 - Titre de séjour valide à l'entrée en formation
- La fiche d'inscription
- Photocopie des diplômes acquis le cas échéant
- 1 lettre de motivation **manuscrite**
- 1 Curriculum Vitae
- 1 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
- Selon la situation du candidat :
 - La copie de ses relevés de résultats et appréciations ou bulletins scolaires
 - Les attestations de travail, accompagnées éventuellement des appréciations et/ou recommandations du ou des employeur(s)
- Pour les **ressortissants hors Union Européenne**, une attestation du niveau de langue française requis **égal ou supérieur B2**
- L'attestation sur l'honneur ci-jointe relative au financement des études renseignée (pour les cursus complets)
- Le cas échéant, une attestation de suivi de préparation au concours d'aide-soignant au cours de l'année 2024-2025

Facultatif : Le candidat peut joindre tout autre justificatif valorisant un engagement ou une expérience personnelle (associative, sportive...) en lien avec la profession d'aide-soignant.

II. DEMANDE D'AMENAGEMENT DES EPREUVES

Un candidat présentant un **handicap** qui sollicite un **aménagement des épreuves**, adresse une demande à l'un des médecins désigné par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH). Il doit alors s'adresser à la Maison Départementale des Personnes Handicapées de son domicile (MDPH).

Il fournit à l'IFAS, au plus tard à la date de forclusion du concours, la nature de l'aménagement fixé par le médecin désigné.

EPREUVES DE SELECTION

La sélection des candidats est effectuée par un jury de sélection sur la base d'un **dossier** et d'un **entretien** destinés à apprécier les connaissances, les aptitudes et la motivation du candidat à suivre la formation.

Les pièces constituant le dossier sont listées à l'article 6 de l'arrêté du 7 avril 2020 modifié. L'ensemble fait l'objet d'une cotation par un binôme d'évaluateurs d'un aide-soignant en activité professionnelle ou ayant cessé celle-ci depuis moins d'un an et d'un formateur infirmier ou cadre de santé d'un institut de formation paramédical.

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. Il peut être réalisé à distance.

CLASSEMENT

Les résultats comportant la liste des candidats admis en formation sont affichés dans chaque institut de formation et publiés sur internet, dans le respect des conditions en vigueur de communication des données personnelles des candidats.

Le bénéfice de l'admission est valable uniquement pour la session de formation au titre de laquelle le candidat s'est inscrit.

Tous les candidats sont personnellement informés de leurs résultats par écrit.

Le candidat dispose d'un délai de sept jours ouvrés pour valider son inscription en 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.

REPORT D'ADMISSION

Article 13 et article 14 de l'arrêté du 7 avril 2020 modifié par l'arrêté du 9 juin 2023 relatif aux modalités d'admission aux formations conduisant aux diplômes d'état d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture.

Toute demande de report doit être envoyée par courrier postal à l'intention du directeur avec le justificatif de celui-ci dans les **7 jours ouvrés** à la suite de la publication des résultats.

Le directeur de l'institut de formation peut accorder, pour une durée qu'il détermine et dans la limite cumulée de deux ans, un report pour l'entrée en institut de formation :

- Soit de droit, en cas de congé pour cause de maternité, de rejet du bénéfice de la promotion professionnelle ou social, de rejet d'une demande de congé de formation, de rejet d'une demande de mise en disponibilité, de report d'un contrat d'apprentissage ou pour la garde d'un enfant de moins de 4 ans.
- Soit, de façon exceptionnelle, sur la base des éléments apportés par le candidat justifiant la survenance d'un élément important l'empêchant de débiter sa formation. Toute personne ayant bénéficié d'un report d'admission doit confirmer son intention de reprendre sa scolarité à la rentrée suivante, au plus tard trois mois avant la date de cette rentrée par courrier à l'intention du directeur.

Le report est valable pour l'institut dans lequel le candidat avait été précédemment admis.

FRAIS DE FORMATION

Informations relatives au financement de la formation disponibles sur le site de la Région Grand Est

<https://www.grandest.fr/formations-sanitaires-sociales/>

Vous pouvez également faire une simulation des conditions de prise en charge de la formation via le lien :

<https://www.grandest.fr/vos-aides-regionales/prise-charge-frais-de-formation-secteur-sanitaire-social/>

Coût de formation :

Cursus complets : (tarifs 2024)

6 200 euros plus 100 euros (frais d'inscription) à la charge de l'élève à verser à l'entrée en formation

Ces frais seront remboursés aux élèves boursiers

Cursus partiels/modulaires :

Moins de 800 heures : **2600** euros

Entre 800 heures et 1000 heures : **3800** euros

Plus de 1000 heures **4700** euros

plus 100 euros (frais d'inscription) à la charge de l'élève à verser à l'entrée en formation

Ces frais seront remboursés aux élèves boursiers.

FICHE D'INSCRIPTION - EPREUVES DE SELECTION D'ENTRÉE EN IFAS

Coursus complet

Coursus partiel - Diplôme permettant le cursus partiel :

Nom de naissance : Prénom :

Nom marital :

Date et lieu de naissance :

Nationalité : Situation familiale :

Numéro de sécurité sociale :

Numéro identifiant Pôle Emploi (le cas échéant):

Adresse :

Code postal, ville :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Adresse mail :

TITRES D'INSCRIPTION (cochez la case correspondante et joindre les justificatifs)

Titre ou diplôme homologué au minimum niveau IV :
Année d'obtention :

Titre ou diplôme du secteur sanitaire et social homologué niveau V :
Année d'obtention :

Titre ou diplôme étranger :
Année d'obtention :

Etudiant infirmier ayant suivi la 1^{ère} année d'étude

Autre diplôme :

DIPLOME LE PLUS ELEVE :

SITUATION ACTUELLE

Salarié : CDD CDI Demande de Projet Transition Professionnelle (PTP) ou autre OPCO

Lycéen Etudes universitaires et supérieures

Demandeur d'emploi : Indemnisé Non indemnisé

Aucune activité

J'atteste sur l'honneur avoir pris connaissance des conditions d'accès à la formation aide-soignante et m'engage à suivre celle-ci dans son intégralité.

J'accepte sans réserve le règlement qui régit les épreuves. Je soussigné(e) atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document et l'exactitude des documents fournis

A.....Le.....

Signature

DOCUMENT A COMPLETER

Fiche 2



Je soussigné(e) : déclare avoir pris connaissance :

- du coût pédagogique de la formation :

Tarif applicable par année ou par session de formation :

Autres frais à charge de l'apprenant :

- des conditions de prise en charge fixées par la Région Grand Est (voir fiches synthétiques relatives aux conditions générales et aux conditions spécifiques de prise en charge des formations)

- et j'atteste :

remplir les conditions pour bénéficier d'une prise en charge régionale en tant que :

Jeune de -26 ans en poursuite d'études (certificat de scolarité 2023/2024 ou 2024/2025)

Demandeur d'emploi non démissionnaire durant la période de référence qui démarre 6 mois avant la date de rentrée de l'année de sélection et jusqu'à la date de rentrée effective (y compris en cas de report) - (hors formation AS et AB)

Salarié(e) bénéficiant d'un financement à titre dérogatoire pour les formations d'AS, AP et d'AMBU

Salarié(e) en situation précaire dont le contrat de travail est inférieur à 18 heures par semaine ou 78 heures par mois dans les 9 mois avant l'entrée en formation

Salarié(e) en tant que Vendeur à Domicile Indépendant (VDI) ou auto-entrepreneur dont le salaire moyen dans les 6 mois avant l'entrée en formation n'excède pas 720 € par mois

financer la formation à titre personnel étant donné que je ne remplis pas les conditions d'éligibilité fixées par la Région

bénéficier de la prise en charge du coût pédagogique par le biais d'un dispositif de formation professionnelle continue (Transition Pro, CFP, OPCO, ANFH, France Travail, plan de formation employeur...)

mobilisation de mon CPF + le reste à charge à titre personnel

Coordonnées du financeur :

Je m'engage à :

- signaler au plus tôt tout changement de situation qui serait susceptible de remettre en cause ou d'impacter le financement de la Région Grand Est ;
- m'acquitter des frais à titre personnel en cas d'omission ou d'erreur dans la présente déclaration, de non production des pièces demandées par l'Institut de formation ou par la Région en cas de contrôle ;
- être assidu durant toute la formation et respecter le règlement intérieur de l'Institut de formation.

Toute fausse déclaration est passible de peines et d'amendes prévues par les articles 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal.

Je certifie exact les renseignements fournis.

Fait à :

Le :

Signature de l'apprenant ou du responsable légal

**CONDITIONS MEDICALES POUR ENTRER
EN INSTITUT DE FORMATION PARAMEDICALE
DOSSIER MEDICAL EXIGE POUR LE JOUR DE LA RENTREE**

Conformément à l'arrêté du 7 avril 2020 modifié par l'arrêté du 9 juin 2023 (article 8 ter), l'admission définitive dans un institut de formation paramédical est subordonnée à la production **au plus tard le premier jour de la rentrée** :

1° d'un certificat médical de vaccinations

apportant la preuve que la couverture vaccinale répond aux obligations suivantes et conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France :

- Vaccinations **antidiphthérique - antitétanique et antipoliomyélitique** complètes dont les derniers rappels ont été effectués depuis moins de 10 ans
- Vaccination complète contre **l'hépatite B** (2 injections + 1 rappel à 6 mois ou 3 injections + 1 rappel à 1 an) + **sérologie datant de moins de 3 mois à l'entrée en formation**

apportant la preuve :

- D'avoir réalisé un **tubertest récent (moins de six mois)** avant l'entrée en formation

La législation prévoit qu'il n'est pas possible d'affecter les apprenants dans des stages les mettant en contact avec les patients **tant que ceux-ci n'ont pas fourni ces certificats de vaccinations.**

☞ Compte-tenu des délais à respecter entre les différentes vaccinations et pour ne pas s'exposer soit à perdre le bénéfice de son admission, soit à ne pas pouvoir être affecté en stage le moment venu, il est impératif d'envisager dès à présent avec votre médecin traitant un calendrier de vaccinations vous permettant d'être en règle pour la rentrée en septembre 2024.

2° d'un certificat médical émanant d'un médecin agréé

attestant que le candidat présente les aptitudes physiques et psychologiques nécessaires à l'exercice de la profession (*un imprimé vous sera fourni avec le dossier d'admission*).

Check list - Documents à fournir

Epreuves de sélection d'entrée en IFAS rentrée de septembre 2025

Nom :

Prénom :

N° DOSSIER : <i>(Réservé administration)</i>	Transmis	Réservé administration
1 - Justificatif d'identité en cours de validité Photocopie du : - passeport ou - carte d'identité ou - titre de séjour ou - livret de famille	Oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - Fiche d'inscription	Oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - Diplômes	Oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 - Lettre de motivation manuscrite	Oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 - Curriculum Vitae	Oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 - Document manuscrit	Oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- Selon la situation du candidat : - la copie de ses relevés de résultats et appréciations ou bulletins scolaires - les attestations de travail, accompagnées éventuellement des appréciations et/ou recommandations du ou des employeur(s).	Oui <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8 - Pour les ressortissants hors Union Européenne , une attestation du niveau de langue française requis égal ou supérieur B2	Oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 – Document p.6 à compléter et à signer (par représentant légal si mineur)	Oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 - Le cas échéant, une attestation de suivi de préparation au concours d'aide-soignant au cours de l'année 2024-2025	Oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- Certificat médical du médecin désigné par la CDAPH (Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (si concerné)	Oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DOSSIER COMPLET (réservé à l'administration)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>