DOSSIER D'INSCRIPTION 2024/2025

INSTITUT DE FORMATION AIDES-SOIGNANTS D'ORANGE

Session : du 30/08/2024 au 24/07/2025

CENTRE HOSPITALIER LOUIS GIORGI A ORANGE

Tél : 04.90.11.21.64 – Fax : 04.90.11.21.46

mail : eas@ch-orange.fr- site : www.ch-orange.fr

ENVOI DU DOSSIER COMPLET AU PLUS TARD

Le lundi 10 juin 2024

(Cachet de la poste faisant foi)

UNIQUEMENT PAR VOIE POSTALE EN LETTRE SUIVIE à l'adresse suivante :

IFAS du Centre Hospitalier Louis Giorgi
Avenue de Lavoisier
CS 20184
84104 ORANGE Cedex

Conditions d'accès à la formation, calendriers des procédures d'inscription et d'entrée en formation :

Consulter obligatoirement la notice d'informations/règlement de sélection

FICHE D'INSCRIPTION IFAS D'ORANGE
2024/2025

Photo récente

à coller

Nom de naissance……
Prénom ……
Nom d'épouse ……
Date de naissance …..… /…..… / ……. Age …… Nationalité……
Lieu de naissance ……..……Département :……
Adresse ……

……

Code Postal ……..…….. Commune ……
Téléphone fixe …….. Téléphone mobile ……
E-mail : @

Situation familiale ……..……. Nombre d'enfant(s) ……. ……..

Titulaire d'un diplôme Oui ❒ Non ❒ Précisez lequel…….
Bac ASSP ☐ Bac SAPAT ☐ DEA ☐ TPAVF ☐ DEAP ☐ DEAES ☐ AMP ☐
Autre ……..

Etes-vous en situation de handicap: Oui ❒ Non ❒
Si oui, avez-vous une reconnaissance de situation de handicap (RQTH…) Oui ❒ Non ❒
Avez-vous déjà bénéficié d'aménagement de parcours et/ou d'examen Oui ❒ Non ❒
Si vous avez des questions, besoin de parler de votre situation de handicap, vous pouvez contacter **le référent handicap de l'institut de formation** par mail : eas@ch-orange.fr

Je demande mon inscription et j'accepte sans réserve le règlement qui régit les épreuves de sélection.
Je m'engage également à suivre la totalité de la formation selon le cursus indiqué.
Les allègements de formation (parcours individualisés) seront mis en place par la Directrice de l'Institut après l'entretien de sélection et l'admission en formation.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations mentionnées sur ce document.

Les résultats peuvent être diffusés sur le site de l'institut. La règlementation vous autorise à vous opposer à ce que votre nom apparaisse. Merci de cocher la case correspondant à votre choix.

Affichage autorisé ❒ **Affichage non autorisé ❒**

Fait à……., le……..

Signature obligatoire,

DOCUMENTS A FOUNIR POUR LA COMPOSITION DU DOSSIER

La conformité des pièces et la complétude du dossier sont les premiers critères d'évaluation. Tout dossier incomplet ou non conforme obtiendra la note de 0 sur 20 pour non-respect des consignes.
Tous les documents notés en gras sont OBLIGATOIRES pour la complétude du dossier.

- ❑ **Fiche d'inscription ci-jointe à remplir EN CARACTERE D'IMPRIMERIE**
- ❑ **1 photo d'identité récente à coller sur la fiche d'inscription (3,5 cm x 4,5 cm).**
- ❑ **1 Copie d'une pièce d'identité en cours de validité (recto/verso) ou photocopie du passeport en cours de validité.**
- ❑ **Une lettre de motivation manuscrite.**
- ❑ **Un curriculum vitae.**
- ❑ **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 2 pages.**
- ❑ **4 enveloppes format A 5 (23 x 16 cm) libellées à vos noms, adresse et affranchies au tarif en vigueur.**
- ❑ **Questionnaire de situation à renseigner et signer obligatoirement (p. 4).**
- ❑ **Pour les ressortissants étrangers, un titre de séjour valide à l'entrée de la formation.**
- ❑ **Lorsque le niveau de français à l'écrit et à l'oral ne peut être vérifié à travers les pièces produites ci-dessus, une attestation du niveau de langue française égal ou supérieur au niveau B2 du cadre européen commun de référence pour les langues du Conseil de l'Europe, ou à défaut tout autre document permettant d'apprécier les capacités et les attendus relatifs à la maitrise du français à l'oral.**

ATTENTION : tout document demandé « manuscrit » sera rejeté s'il est remis sous forme dactylographiée et entraînera un 0 sur 20 au dossier pour non-respect des consignes.

- ❑ Selon la situation du candidat, la copie des originaux de ses diplômes ou titres traduits en français.
- ❑ Le cas échéant la copie de ses relevés de résultats et appréciations ou bulletins scolaires.
- ❑ Selon la situation du candidat, les attestations de travail, accompagnées éventuellement des appréciations et/ou recommandations de l'employeur (ou des employeurs).
- ❑ Possibilité de joindre tout autre justificatif valorisant une expérience personnelle ou un engagement associatif, sportif…en lien avec la profession d'aide-soignant.
- ❑ Possibilité de joindre une attestation de suivi d'une préparation aux sélections d'admission en IFAS.
- ❑ Possibilité de joindre une attestation de « formation modulaire de 70h » pour les ASH.
- ❑ Copie attestation de droits à la sécurité sociale.
- ❑ Autorisation du représentant légal pour les candidats mineurs (à télécharger sur le site www.ch-orange.fr).
- ❑ Selon la situation : attestation de prise en charge financière de la formation.

QUESTIONNAIRE DE SITUATION

Nom :……Prénom : ……Age :……
Année de sortie du système scolaire : …….....

Situation actuelle :

- En continuité de parcours scolaire : OUI ○ NON ○

  Si oui : Diplôme ou certificat à obtenir :……

- Travaillez-vous actuellement : OUI ○ NON ○

- Salarié(e) du secteur privé : OUI ○ NON ○
  Si vous êtes en intérim ou CDD, indiquez les dates de début et fin de contrat :
  du……./……/…… au ……/……/……

- Salarié(e) du secteur public : OUI ○ NON ○
  ASHQ : OUI ○ NON ○
  Si OUI depuis combien de temps :……
  Statut : titulaire ○ stagiaire ○ contractuel ○
  Selon votre situation indiquez les dates de début et fin de contrat :
  du……./……/…… au ……/……/……

- Formation modulaire de 70h pour ASH : OUI ○ NON ○

- Autre situation : ……

- Demandeur d'emploi France travail (Pôle emploi) : OUI ○ NON ○
  indemnisé(e) par France travail (Pôle emploi) : OUI ○ NON ○

  Numéro d'identifiant France travail (pôle emploi) :……

- Inscrit à la Mission Locale : OUI ○ NON ○
  Si oui laquelle……

- Cap emploi : OUI ○ NON ○

- En contrat d'apprentissage : ……

- Etes-vous allocataire, bénéficiaire ou ayant droit RSA ? OUI ○ NON ○

- Avez-vous sollicité une prise en charge pour le financement de la formation ? OUI ○ NON ○
  NON ○
  Si oui auprès de quel organisme ?…….

  Fait à……le……..

Signature obligatoire,