



PRÉ-INSCRIPTION FORMATION AIDE-SOIGNANT(E) ANNEE 2021 – 2022

**INSTITUT DE FORMATION D'AIDES-SOIGNANTS
HÔPITAL DE MONT SAINT MARTIN – GROUPE SOS SANTE
4, rue Alfred-LABBE – CS 91422 - 54350 – MONT- SAINT- MARTIN**

e-mail : ifas@ groupe-sos.org

03.82.44.72.65

03.82.44.70.85

Fax : 03.82.44.72.16

CONSTITUTION DU DOSSIER –

Dossier à :

- Déposer à l'IFAS
- ou
- Pli recommandé avec accusé de réception.

LE DOSSIER

- Age minimum : 17 ans.
- Fiche d'inscription (caractères d'imprimerie, Nom usuel = époux, Nom de famille = jeune fille).
- 1 photo collée sur la fiche.
- 1 photocopie d'une pièce d'identité ou carte de séjour en cours de validité (recto-verso).
 - Pour les ressortissants hors Union européenne, une attestation du niveau de langue française requis C1 et un titre de séjour valide pour toute la période de la formation.
- 2 enveloppes (11X22) affranchies au tarif en vigueur, autocollantes à votre adresse.
- 1 Curriculum Vitae.
- 1 lettre de motivation
- La copie des diplômes ou titres traduits en français.
- Selon votre situation :
 - La copie de relevés de résultats et appréciations ou bulletins scolaires.
 - Les attestations de travail, accompagnées éventuellement des appréciations et/ou recommandations de l'employeur (ou des employeurs).
- 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 ne doit pas excéder 2 pages.
- Un chèque de 30 € représentant les frais d'inscription à établir à l'ordre de l'IFAS DE MONT SAINT MARTIN



FORMATION AIDE-SOIGNANT
Pré-Inscription
I.F.A.S. –GROUPE SOS SANTE
(Ecrire en caractère d'imprimerie / Recto-verso)

Photo à coller

Nom de famille (de jeune fille) :

Nom d'usage (épouse) :

Prénoms :

Nationalité :

Sexe : F M

Date de naissance :

Lieu de naissance (Ville-Département & Pays) :

N° de Sécurité Sociale personnel (même pour ayant-droit) :

Situation familiale (célibataire, marié(e), pacsé, concubinage) :

Adresse (joignable jusqu'en septembre 2021) :

Code Postal et Ville :

Téléphone (obligatoire) : Fixe : Portable :

Adresse e-mail (obligatoire) :

DIPLÔMES OBTENUS

Diplôme : (cocher le ou les diplôme(s) correspondant(s))

BEP : Année du diplôme :

BAC (série) : Année du diplôme :

Autres : Année du diplôme :

VOTRE SITUATION AVANT L'ENTREE EN FORMATION

Sans emploi

Demandeur d'emploi depuis le :

Salarié : CDD
 CDI

Milieu sanitaire, social, médico-social
 Autre

Elève : Classe actuelle :

Diplôme préparé :

Etudiant : Classe actuelle :

Diplôme préparé :

FORMATION CONCERNEE

Coursus complet

Coursus partiel

Contrat d'Apprentissage

Contrat de professionnalisation

INFORMATIONS

Le jour de la rentrée en formation vous devrez fournir :

- Un certificat médical attestant que vous ne présentez pas de contre-indication physique ou psychologique à l'exercice de la profession d'aide-soignant(e) établi par un médecin agréé par l'Agence Régional de Santé (voire site internet de l'ARS pour avoir les adresses des professionnels).

- L'attestation médicale de vaccinations obligatoires qui vous sera adressée lors de la confirmation de votre admission.

Les frais droits d'inscription à l'épreuve de sélection demeurent acquis et ne sont pas remboursés quelle que soit la cause de l'empêchement.

Je sous signé(e) _____ atteste sur l'honneur l'exactitude des documents remis et des renseignements mentionnés sur ce document.

À le

Signature

Pour les mineurs, signature des parents.

TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA REJETÉ

CADRE RESERVÉ A L'IFAS

Dossier : N° _____

Fiche d'inscription + photo (à coller)

Photocopie pièce d'identité ou carte de séjour valide

2 enveloppes timbrées libellée à votre adresse

Curriculum Vitae

Lettre de motivation

Copie des diplômes

Dossier scolaire ou Attestation de l'employeur

Présentation d'une situation personnelle ou professionnelle analysée (en lien avec le métier Aide-soignant)

Chèque de 30 € à établir à l'ordre de l'IFAS MONT SAINT MARTIN