

---

# SELECTION D'ENTRÉE EN INSTITUT DE FORMATION D'AIDE-SOIGNANT

*Pour les Agents de Services Hospitaliers Qualifiés (ASHQ) de la  
fonction publique hospitalière et les Agents de Service*

---

**Clôture des inscriptions : Lundi 10 juin 2024**  
*(cachet de la poste faisant foi)*

**Aide-Soignant:**

Nombre de places totales: **13**

**Rentrée scolaire: le 26/08/2024**

**Dossier à renvoyer par courrier ou à déposer directement à  
l'institut de formation (bureau n°5) :**

Institut de Formation Interhospitalier Théodore Simon

A l'attention de Madame GUIMESE Roseline

19, avenue de Maison Blanche - 93331 Neuilly-sur-Marne cedex

**Téléphone secrétariat : 01.49.44.36.32**

---

## CONDITIONS D'INSCRIPTION

- 1) Justifiant d'une ancienneté de services cumulée d'au moins un an en équivalent temps plein, effectués au sein d'un ou plusieurs établissements sanitaires et médico-sociaux des secteurs public et privé ou dans des services d'accompagnement et d'aide au domicile des personnes ;
- 2) Ou justifiant à la fois du suivi de la formation continue de soixante-dix heures relative à la participation aux soins d'hygiène, de confort et de bien-être de la personne âgée et d'une ancienneté de services cumulée d'au moins six mois en équivalent temps plein, effectués au sein d'un ou plusieurs établissements sanitaires et médico-sociaux des secteurs public et privé ou dans des services d'accompagnement et d'aide au domicile des personnes.

## MODALITES DE SELECTION

Accès direct sur décision du directeur de l'institut de formation.

## FINANCEMENT DE LA FORMATION

Votre formation peut être prise en charge par votre employeur ou par un OPCO (opérateur de compétences).

A ce jour, le Conseil Régional d'Ile de France n'accorde pas de prise en charge financière pour les personnes en activités.

Si vous ne bénéficiez pas d'une prise en charge de votre employeur ou de tout autre organisme financeur, vous devrez payer un coût annuel de formation s'élevant pour l'année 2024-2025 à **5 774 €**.

Vous devrez payer à la rentrée scolaire des droits d'inscriptions d'un montant de **175 €** (ce montant reste acquis à l'institut de formation en toutes circonstances).

## PIECES A FOURNIR POUR LE DOSSIER D'INSCRIPTION

- Pour les personnes de nationalité française ou de l'Union Européenne :  
Une photocopie de la **carte d'identité** ou du **passport** en cours de validité.
- Pour les personnes de nationalité étrangère :  
Une photocopie du **titre de séjour valide à l'entrée en formation**.
- Attestations de travail ou certificat de travail

## IMPORTANT

### Dossier médical :

Il vous sera demandé :

- De produire un certificat de vaccination et d'immunisation (Diphtérie, tétanos, poliomyélite, Hépatite B).

**Obligatoire le jour de la rentrée administrative.**

### Accessibilité-handicap :

La formation est accessible aux personnes en situation de handicap, sous réserve de l'étude préalable de chaque situation individuelle.

Pour toute demande concernant l'accueil d'une personne en situation de handicap, veuillez nous contacter à l'adresse mail suivante : [referente-handicap@ifits.fr](mailto:referente-handicap@ifits.fr)

Avez-vous bénéficié d'un aménagement lors de votre scolarité ?                    **OUI**                    **NON**

Avez-vous besoin d'un aménagement spécifique ?                    **OUI**                    **NON**

Si oui, lequel : .....

**FICHE D'INSCRIPTION IFAS - ASHQ**

**NOM** patronymique (jeune fille) : ..... **PRÉNOM** : .....

NOM D'ÉPOUSE : .....

SEXE : Féminin  Masculin

DATE DE NAISSANCE : .....

LIEU DE NAISSANCE : .....

SITUATION DE FAMILLE : .....

NATIONALITÉ : .....

N° DE SÉCURITE SOCIALE : .....

ADRESSE : .....

VILLE : .....

CODE POSTAL : .....

 DOMICILE : .....  PORTABLE : .....

E-MAIL : .....

---

Je certifie exact tous les renseignements figurant sur cette fiche d'inscription et la conformité des photocopies et documents transmis. Je reconnais être informé(e) que toute fausse déclaration entrainera l'annulation d'une éventuelle admission.

J'accepte que mes résultats soient publiés sur le site internet de l'IFAS

OUI

NON

Date et signature du candidat,

A..... le .....

Signature