

« Cette formation est autorisée par la Région Auvergne Rhône Alpes qui concourt à son financement »

## **FORMATION AIDE-SOIGNANTE SESSION 2025**

### **MODALITES D'INSCRIPTION PAR APPRENTISSAGE**

*Limitée à 10 places*

### **INSTITUT DE FORMATION D'AIDE-SOIGNANT DU GROUPEMENT HOSPITALIER PORTES DE PROVENCE DE MONTÉLIMAR**

(cf. **Arrêté du 7 avril 2020 modifié** relatif aux modalités d'admission aux formations conduisant au Diplôme d'État d'Aide-soignant)

**Date d'ouverture des inscriptions : lundi 03 février 2025**

**Date de clôture de traitement des dossiers : jeudi 21 août 2025**

**L'entrée en IFAS par apprentissage est soumise à la validation en amont par le Directeur de l'IFAS des missions de l'employeur désigné qui aura au préalable sélectionné l'apprenti lors d'un entretien**

**RENTREE LE JEUDI 28 AOUT 2025 à 8h30**

**VOTRE DOSSIER D'INSCRIPTION CONFORME, COMPLET et SIGNÉ  
DOIT PARVENIR À L'INSTITUT DE FORMATION D'AIDE-SOIGNANTE :**  
**PAR COURRIER** (Cachet de la poste faisant foi)  
**OU REMIS EN MAINS PROPRES AU SECRETARIAT DE L'IFAS**  
 (du lundi au vendredi de 9h à 12h et de 13h30 à 16h30)  
**À L'ADRESSE SUIVANTE :**  
**IFAS - 3 rue Général de Chabrilan**  
**26200 MONTÉLIMAR**  
**TOUT DOSSIER IMCOMPLET SERA REJETÉ**

| <b>Inscription Formation Aide-Soignante - Documents à Fournir <u>Pour tous les candidats</u></b><br><i>La fiche d'inscription accompagnée des pièces à fournir listées ci-dessous constitue le dossier d'inscription</i> |  | Pointage des documents |
|--|--|------------------------|
| 1  | Copie Recto Verso d'une pièce d'identité (carte nationale d'identité, passeport) <b>en cours de validité</b> . Pour les ressortissants étrangers <u>un titre de séjour valide pour toute la durée de la formation</u> .  |                        |
| 2  | Attestation ou copie de la carte vitale  |                        |
| 3  | Attestation de Responsabilité Civile nominative en cours de validité   |                        |
| 4  | Une lettre de motivation <b>avec description du projet professionnel de l'apprenti</b>   |                        |
| 5  | Un Curriculum Vitae  |                        |
| 6  | Une copie du contrat d'apprentissage signé accompagné de la fiche de poste ou tout document justifiant de l'effectivité des démarches réalisées en vue de la signature imminente du contrat d'apprentissage (le contrat d'apprentissage devra impérativement être signé dans les trois 1 <sup>er</sup> mois de la formation, dans le cas contraire, l'apprenti ne pourra plus poursuivre sa formation) |                        |
| 7  | Si vous n'avez pas de contrat d'apprentissage déjà signé, joindre la fiche de renseignements de l'employeur complétée et signée par les deux parties (engagement de l'employeur) que vous trouverez en annexe  |                        |
| 8  | Copie du ou des diplômes (traduits en français si nécessaire)<br>Notamment pour les candidats ayant un diplôme lui permettant de bénéficier <b>des mesures d'équivalences ou d'allègement de suivi de validation de certains blocs de compétence - <a href="#">article 14 du chapitre 3 de l'arrêté du 10 juin 2021</a></b>  |                        |
| 9  | Pour les ressortissants étrangers, une <b>attestation</b> du niveau de langue française <b>B2*</b> et un <b>titre de séjour valide</b> pour <b>toute la durée de la formation</b> .  |                        |
| 10   | <b>La Fiche d'inscription accessible via notre site (que vous imprimez à l'issue de votre inscription en ligne)</b> dûment complétée et signée.  |                        |
| 11   | <b><u>Le Certificat d'Aptitude</u> (ci-joint)</b> dûment complété et signé par <b>un médecin agréé par l'ARS + <u>le Certificat de Vaccinations</u> (ci-joint)</b> afin que vous puissiez anticiper celles-ci. En effet, il sera obligatoire avant de partir en stage ou chez votre employeur  |                        |

\* Lorsque le niveau de français à l'écrit et à l'oral ne peut être vérifié à travers les pièces produites ci-dessus, au regard notamment de leur parcours scolaire, de leurs diplômes et titres ou de leur parcours professionnel, les candidats joignent à leur dossier une attestation de niveau de langue française égal ou supérieur au niveau B2 du cadre européen commun de référence pour les langues du Conseil de l'Europe. A défaut, ils produisent tout autre document permettant d'apprécier les capacités et les attendus relatifs à la maîtrise du français à l'oral.

## Les inscriptions se font en 2 temps :

### - 1° temps :

Une pré-inscription en ligne sur le site de l'IFSI de Montélimar : ouverture le **lundi 03/02/2025**.

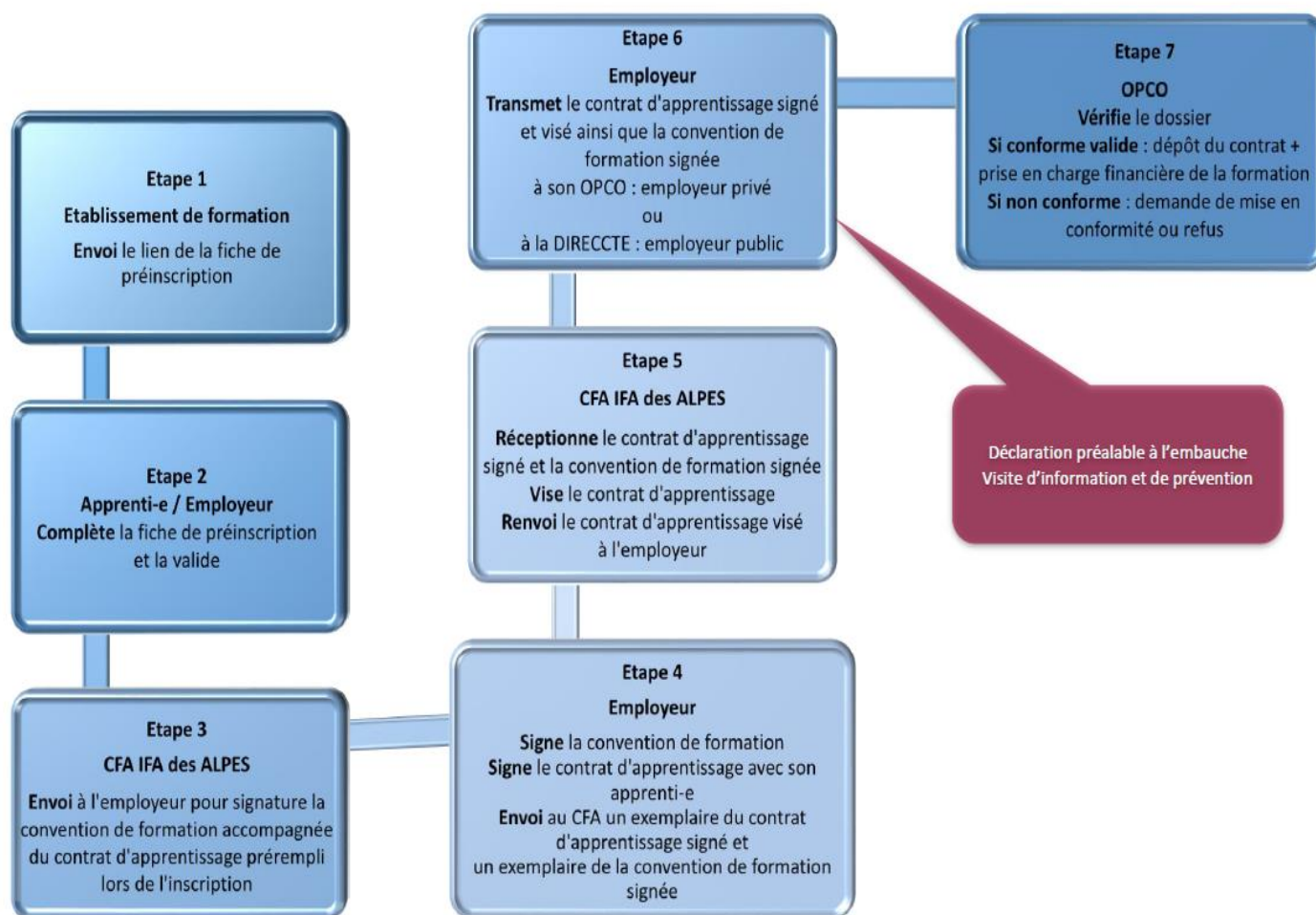
<https://epsilon-informatique.org/montelimar/MyConcours/index.php?de=true#>

Envoi obligatoire du dossier complet avec la fiche d'inscription imprimée, soit par voie postale ou remis en mains propres.

### - 2° temps :

Dans la mesure où votre inscription à l'IFAS est validée, vous recevrez un lien d'inscription pour effectuer les démarches administratives (signature du contrat d'apprentissage et de la convention de formation). Ci-dessous les différentes étapes de la contractualisation avec le CFA IFA des Alpes.

### Contact CFA : CFA IFA des Alpes



3, Avenue Marie Reynoard  
38100 GRENOBLE  
☎ : 04.76.49.04.77

Contact administratif : Megane MARIE-SAINTE  
[gestionnaire2@ifa-alpes.fr](mailto:gestionnaire2@ifa-alpes.fr)

Site internet : [www.ifadesalpes.fr](http://www.ifadesalpes.fr)

En vue de votre inscription à l'Institut de Formation des Aides-Soignants du Groupement Hospitalier Portes de Provence de Montélimar, pour la bonne tenue de votre dossier médical et conformément à la législation, vous voudrez bien faire remplir **ce certificat d'aptitude par un médecin agréé** (la liste des médecins agréés est consultable sur le site de l'ARS de votre région).

**À faire remplir obligatoirement par un médecin agréé par l'ARS**

**CERTIFICAT D'APTITUDE**  
**FORMATION AIDE-SOIGNANTE SESSION 2025**

**Pour valider votre inscription à la formation, ce document est à remettre à l'IFAS au plus tard, le premier jour de la rentrée soit le jeudi 28/08/2025**

Je soussigné(e), Docteur ..... **médecin agréé par l'ARS,**

atteste après l'avoir examiné(e) ce jour, que Mme / M. ....

né(e) le ...../...../..... n'est atteint(e) d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession d'infirmière.

Date :

Signature et cachet du médecin

## CERTIFICAT MEDICAL DE VACCINATIONS - FORMATION AIDE-SOIGNANTE 2025-2026

En vue de votre inscription à l'Institut de Formation des Aides-Soignants du Groupement Hospitalier Portes de Provence de Montélimar, pour la bonne tenue de votre dossier médical et conformément à la législation, vous voudrez bien faire remplir ce certificat par **votre médecin traitant ou le médecin de votre choix**.

Je soussigné(e), Docteur ..... certifie l'exactitude des renseignements ci-dessous concernant  
Mme / M. .... né(e) le ...../...../.....

| VACCINS   | DATE  | NUMERO LOT              | DOSE                    |
|---|---|-------------------------|-------------------------|
| <b>D.T.P</b><br>(Diphtérie, Tétanos, Polio)<br>Obligatoire<br><br><b>OU</b><br><br><b>REVAXIS</b><br>Obligatoire  | <b>dernier rappel</b><br>...../...../.....<br><br><b>dernier rappel</b><br>...../...../.....  | .....<br><br>.....      | .....<br><br>.....      |
| <b>HEPATITE B</b><br>Obligatoire  | <b>1</b> ...../...../.....<br><b>2</b> ...../...../.....<br><b>R</b> ...../...../.....  | .....<br>.....<br>..... | .....<br>.....<br>..... |
| <b>Anticorps Anti HBs</b><br>Obligatoire <sup>i</sup>   | <b>Date</b> ...../...../..... <b>Dosage</b> .....<br><br><b>Taux AC HBs</b><br><i>Si taux &gt; 100 UI/l : immunisé ; Si taux entre 10 et 100 UI/l : recherche Ac antiHBs ; Si taux &lt; à 10 UI/l : non répondeur à la vaccination</i>              |                         |                         |
| Selon l'article L.3111-4 du Code de la Santé Publique et dont les conditions sont fixées par l'arrêté du 2 août 2013, il/elle est considéré (e) comme <b><u>(rayer les mentions inutiles) :</u></b> |   |                         |                         |
| <input type="checkbox"/> Immunisé (e) contre l'hépatite B :   |   | oui                     | non                     |
| <input type="checkbox"/> Non répondeur (se) à la vaccination :  |   | oui                     | non                     |
| <b>Autre(s) Vaccination(s)</b><br>Recommandées  | <b>Tuberculose</b> Date : ...../...../..... Numéro lot .....<br><b>Grippe</b> Date : ...../...../..... Numéro lot .....<br><b>Coqueluche</b> Date : ...../...../..... Numéro lot .....<br><b>Rougeole</b> Date : ...../...../..... Numéro lot ..... |                         |                         |

DATE

SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN

<sup>i</sup> Dans certains cas particuliers où l'obtention très rapide d'une protection vaccinale contre l'hépatite B est souhaitable, le HCSP (Haut Conseil de la santé publique) recommande le **schéma vaccinal accéléré comportant des injections à J0, J7-10, J21**, à la place du schéma vaccinal habituel à J0, M1, M2, **avec un rappel à 12 mois**.

**Les situations cliniques concernées**

Selon **l'avis du HCSP**, les **populations adultes** non préalablement vaccinées, n'ayant pas de marqueur de l'hépatite B (Ag HBs, Ac anti-HBs et Ac anti-HBc) et devant être rapidement protégées sont les suivantes : (...). Étudiants des écoles médicales et paramédicales et professionnels visés par les arrêtés du 6 mars 2007 et du 15 mars 1991 [1,2]. En règle générale, ils doivent être vaccinés par le schéma standard M0, M1, M6 qui reste la référence. A titre exceptionnel, un schéma accéléré peut leur être proposé lorsqu'une protection doit être rapidement obtenue.