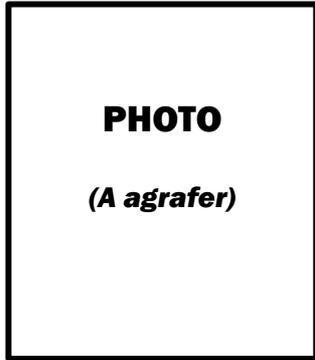




# DOSSIER D'INSCRIPTION SELECTION D'ENTREE EN FORMATION AIDE-SOIGNANT-E OU AUXILIAIRE DE PUERICULTURE

## Rentrée de Janvier 2026



**PHOTO**

**(A agraffer)**

**ENVOI UNIQUEMENT PAR COURRIER :**

**IFPM du CHSF**  
**40 avenue Serge Dassault**  
**91106 CORBEIL-ESSONNES Cedex**  
*(Le cachet de la poste faisant foi)*

**Cochez votre formation :**

**AIDE-SOIGNANT-E**

**AUXILIAIRE DE PUERICULTURE**

### IDENTITE DU CANDIDAT

NOM de naissance : .....

Prénom : .....

NOM marital : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Lieu de naissance : .....

Département de naissance : .....

Pays de naissance : .....

Adresse postale : .....

.....

.....

Code postal : .....

Ville : .....

Téléphone : ..... / ..... / ..... / .....

Mail : .....

### DIPLÔME-S DEJA OBTENU-S

(Permet de déterminer votre cursus de formation)

DEAP  DEAS  DEAMP  MCAD

AMBULANCIER  CAP AEP  ADVF  VAE

ASMS  ARM  DEAVS (Avant 2017)

CAFAD  CAFAMP

DEAES  
(Préciser la spécialité) : .....

Bac ASSP  Bac SAPAT

Titre ou diplôme étranger permettant d'accéder directement à des études universitaires dans le pays où il a été obtenu.

Etudiants ayant suivi une première année d'études conduisant au diplôme d'état infirmier et n'ayant pas été admis en deuxième année.

Autre Diplôme ou Titre : .....

Aucun Diplôme

### ASHQ / Agent de service

ASHQ  Agent de service

Nombre d'années d'ancienneté : .....  
(Joindre **Annexe 1** dûment complétée et signée par l'employeur)

Financement employeur :  OUI  NON  
(Joindre l'attestation de financement et **Annexe 1** dûment complétée et signée par l'employeur)

## ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document. Je m'engage à ne pas modifier mon choix après le dépôt du dossier et j'accepte sans réserve le règlement qui régit la sélection d'admission. Je déclare avoir pris connaissance que les informations recueillies sur ce dossier font l'objet d'un traitement informatisé et que les résultats d'admission seront publiés sur le site internet du Centre Hospitalier Sud Francilien. Conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, je dispose d'un droit d'accès et de rectification aux données du fichier qui me concerne, droit que je peux exercer auprès des Instituts de Formations Paramédicales du Centre Hospitalier Sud Francilien.

Fait à : ..... Le : ..... / ..... / ..... Signature :

## DOCUMENTS A JOINDRE \*

<input type="checkbox"/> Photo d'identité agrafée	
<input type="checkbox"/> Photocopie couleur recto/verso de la pièce d'identité ou titre de séjour ( <i>valide pour toute la durée de la formation</i> )	
<input type="checkbox"/> 3 timbres autocollants (tarif en vigueur)	
<input type="checkbox"/> Lettre de motivation manuscrite	
<input type="checkbox"/> Curriculum Vitae	
<input type="checkbox"/> Document manuscrit relatant, au choix du candidat, soit une situation personnelle ou professionnelle vécue, soit votre projet professionnel en lien avec les attendus de la formation. Ce document n'excède pas deux pages.	
<input type="checkbox"/> Autre justificatif valorisant un engagement ou une expérience personnelle ou professionnelle (associative, sportive...) en lien avec la profession d'Aide-Soignant ou Auxiliaire de Puériculture.	
<input type="checkbox"/> Copie-s originale-s diplôme-s. Ou <input type="checkbox"/> Titre-s traduit-s en français (Traduction effectuée par un traducteur assermenté auprès de la cour d'appel de Paris + attestation d'équivalence : <b>A demander au C.I.E.P – site internet : <a href="http://www.ciep.fr/enic-naric.fr">www.ciep.fr/enic-naric.fr</a></b> ) Ou <input type="checkbox"/> Copies des relevés de résultats et appréciations ou bulletins scolaires.	
<input type="checkbox"/> Attestations de travail, accompagnées éventuellement des appréciations et/ou recommandations de l'employeur ou des employeurs.	
<input type="checkbox"/> Attestation de financement de la formation de l'employeur ou organisme financier ( <i>si prise en charge</i> )	
<input type="checkbox"/> Pour les ASHQ ou Agents de service, joindre <b>Annexe 1</b> dûment complétée et signée par l'employeur.	
<input type="checkbox"/> Justificatif MDPH uniquement en cas de tiers temps : <i>si concerné</i> Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) <a href="mailto:mdphe@cg91.fr">mdphe@cg91.fr</a>	
<input type="checkbox"/> Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence (datant de moins de 4 ans si obtention)	
<b>Pour les ressortissants Hors Union Européenne :</b> <input type="checkbox"/> Attestation du niveau de langue française égale ou supérieure au niveau <b>B2*</b> du cadre Européen commun de référence pour les langues du conseil de l'ordre. <b>*A demander au C.I.E.P – site internet : <a href="http://www.ciep.fr/enic-naric.fr">www.ciep.fr/enic-naric.fr</a></b>	

\*Indique la liste des documents obligatoires

## INFORMATIONS IMPORTANTES

<b>PERIODE D'INSCRIPTION</b>	<p><b>Du Lundi 07 Juillet au Vendredi 03 Octobre 2025 - 23h59*</b> (délai de rigueur)</p> <p><b>1 DOSSIER PAR FORMATION A ENVOYER UNIQUEMENT PAR COURRIER*</b> :</p> <p><b>IFPM du CHSF</b>  <b>40 avenue Serge Dassault</b>  <b>91106 CORBEIL-ESSONNES Cedex</b></p> <p><small>* (Le cachet de la poste faisant foi)</small></p>
<b>EPREUVE DE SELECTION</b>	<p><b>Du Lundi 08 Septembre au Mercredi 12 Novembre 2025</b> (Examen des dossiers et entretiens)</p> <p>➤ Sélection sur la base d'un dossier et d'un entretien, destinée à apprécier les connaissances, les aptitudes et la motivation du candidat à suivre la formation.</p> <p>➤ Les candidats peuvent joindre tout autre justificatif valorisant un engagement ou une expérience personnelle (associative, sportive...) en lien avec la profession.</p> <p>➤ Vous référez aux « Modalités d'admission conduisant au Diplôme d'Aide-Soignant (DEAS) ou d'Auxiliaire de Puériculture (DEAP) - RENTRÉE JANVIER 2026 » disponibles sur le site internet :  <a href="http://www.chsf.fr">www.chsf.fr</a>   Onglet ENSEIGNEMENT puis : INSTITUTS DE FORMATION</p>
<b>IMPORTANT</b>	<p>➤ <b>Obligation de déclarer tous vos diplômes et titres professionnels obtenus.</b></p> <p>Ils détermineront d'une part votre cursus de formation (complet ou partiel) et d'autre part, votre statut financier éligible à la région ou autre prise en charge dont la prise en charge individuelle.</p>
<b>CONDITIONS</b>	<p>➤ La formation au diplôme d'Etat d'aide-soignant ou d'auxiliaire de puériculture est accessible sans condition de diplôme.</p> <p>➤ Les candidats doivent être âgés de 17 ans au moins à la date d'entrée en formation.</p> <p>➤ La formation est accessible par les voies suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La formation cursus partiel (tous les candidats titulaires d'un DEAP, TPADV, DEA, DEAES, DEAVS, TPASMS, DIPLOME D'ARM, DEAMP, CAFAD, MCAD, CAP AEPE et BAC ASSP ou SAPAT).</li> <li>- La formation initiale (tous les autres)</li> <li>- Accès direct pour les Agents des Services Hospitaliers Qualifiés ou Agents de service*(justifiant d'une ancienneté de services cumulée d'au moins 1 an effectués au sein d'un ou plusieurs établissements sanitaires et médico-sociaux ou dans des services d'accompagnement et d'aide au domicile des personnes soit avoir suivi la formation de 70 heures relative à la participation aux soins d'hygiène, de confort et de bien-être de la personne âgée et d'une ancienneté d'au moins 6 mois dans un ou plusieurs établissements sanitaires et médico-sociaux ou dans des services d'accompagnement et d'aide au domicile des personnes.</li> <li>- La validation des acquis de l'expérience professionnelle (VAE).</li> </ul>
<b>PLACES OUVERTES</b>	<p><b>Formation AS =&gt; 24</b>  <i>Dont 5 places pour les ASHQ/Agents de services* (cf. Annexe 1)</i></p> <p><b>Formation AP =&gt; 55</b>  <i>Dont 12 places pour les ASHQ/Agents de services* (cf. Annexe 1)</i></p> <p><small>*Article 11 de l'arrêté du 07/04/2020 modifié, relatif aux modalités d'admission aux formations conduisant aux DEAS et DEAP</small></p>
<b>AFFICHAGE DES RESULTATS</b>	<p><b>Mardi 18 Novembre 2025 à partir de 10h</b>  <b>Sur site internet :</b>  <a href="http://www.chsf.fr">www.chsf.fr</a>   Onglet ENSEIGNEMENT puis : INSTITUTS DE FORMATION</p>
<b>CONFIRMATION D'INSCRIPTION</b>	<p><b>Vous avez jusqu'au <u>27/11/2025 (23h59)*</u></b>  <b>pour effectuer votre inscription administrative aux IFPM</b></p> <p><small>* (Le cachet de la poste faisant foi)</small></p>
<b>PRE-RENTRÉE AIDE-SOIGNANT-E</b>	<p><b>Lundi 08 et Mardi 09 Décembre 2025 de 9h00 à 17h00</b>  <b>PRESENCE OBLIGATOIRE LES 2 JOURS</b></p>
<b>PRE-RENTRÉE AUXILIAIRE DE PUERICULTURE</b>	<p><b>Mardi 09 et Mercredi 10 Décembre 2025 de 9h00 à 17h00</b>  <b>PRESENCE OBLIGATOIRE LES 2 JOURS</b></p>
<b>RENTRÉE SCOLAIRE</b>	<p><b>Lundi 05 janvier 2026</b></p>

## INFORMATIONS IMPORTANTES 2/2

<p style="text-align: center;"><b>COÛTS FINANCIERS DE LA FORMATION TARIFS 2025</b></p> <p style="color: red; font-size: small;">(Sous réserve de modifications)</p>	<p><b>Statut à l'entrée en formation :</b>  <b>Votre statut déterminera si vous êtes éligible ou non à une prise en charge financière par la région Ile de France, d'où l'intérêt d'étudier l'impact financier de la formation dans votre projet.</b></p> <p>La formation en Institut de Formation a un <b>coût annuel</b>, à savoir :</p> <p><b>Pour la formation Aide-Soignant-e :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Individuel</b> : 7 000 € et 110 € de droit annuel d'inscription</li> <li>- <b>Employeurs ou organismes financeurs</b> : 7 500 € et 110 € de droit annuel d'inscription</li> </ul> <p><b>Pour la formation auxiliaire de puériculture :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Individuel</b> : 7 200 € et 110 € de droit annuel d'inscription</li> <li>- <b>Employeurs ou organismes financeurs</b> : 7 700 € et 110 € de droit annuel d'inscription</li> </ul> <p><b>Public dit « éligible région » (voir statuts à l'entrée en formation) :</b> notre institut de formation a signé une convention avec la Région Ile-de-France pour prendre en charge les formations, à l'exception des 110 € de droit annuel d'inscription qui restent à la charge du candidat.</p>
<p style="text-align: center;"><b>DOSSIER MÉDICAL</b></p>	<p><b>Les candidats doivent répondre aux obligations vaccinales concernant les professionnels de santé pour l'entrée en formation.</b></p> <p>➤ <b>Vaccinations obligatoires :</b>  Hépatite B, DTP et Test Tuberculinique.  Vaccins recommandés : Hépatite A, BCG et ROR.</p> <p style="text-align: center; color: red;">✓ <b>L'admission des élèves en formation est subordonnée à la production du DOSSIER MÉDICAL COMPLET, à fournir sous enveloppe à votre NOM, prénom et filière LE JOUR DE LA PRÉ-RENTRÉE :</b></p> <p>➤ Prévoir dès maintenant vos rendez-vous médicaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Médecin Agréé (Médecin figurant sur la liste de l'ARS<sup>1</sup>) : Au plus tard le premier jour de la rentrée</b></li> <li>• <b>Médecin Traitant (Médecin généraliste) : Au plus tard le jour de la première entrée en stage (Pas de départ en stage sans dossier à jour).</b></li> </ul> <p style="color: red; font-size: small;">*Veuillez garder une copie des certificats médicaux, ils seront à déposer ultérieurement sur la plateforme Moodle.</p> <p style="text-align: center; color: blue; font-size: small;"><sup>1</sup>Lien pour obtenir la liste des médecins agréés de votre département : <a href="https://www.iledefrance.ars.sante.fr/listes-de-medecins-agrees-en-ile-de-france">https://www.iledefrance.ars.sante.fr/listes-de-medecins-agrees-en-ile-de-france</a></p>
<p style="text-align: center;"><b>ENSEIGNEMENT</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Les cours sont dispensés aux IFPM (IFAS-IFAP-IFSI-IFMEM) au 2 Rue Pierre Fontaine – 91000 EVRY</li> <li>➤ La formation se déroulera en présentiel mais aussi en distanciel (formation hybride).</li> <li>➤ Vous devez prévoir un équipement informatique individuel (ordinateur) et une connexion internet afin de suivre la formation.</li> <li>➤ Un minimum de compétences informatiques est recommandé.</li> </ul>

<p><b>DIRECTION DE L'INSTITUT DES FORMATIONS PARAMÉDICALES</b>  IFSI – IFMEM – IFAS – IFAP – Formation Continue</p> <p><b>Marie-Paule SAULI</b>  Coordonnatrice Générale des Soins  Directrice</p>	<p><b>INSTITUTS DE FORMATIONS PARAMÉDICALES (IFPM) DU CHSF - CHA</b></p> <p><b>Accueil</b>  Tél : 01.61.69.66.15  Mail : ifsi@chsf.fr  Site internet : <a href="http://www.chsf.fr">www.chsf.fr</a></p> <p><b>Adresse physique :</b>  2 rue Pierre Fontaine – 91000 EVRY</p> <p><b>Adresse postale :</b>  40 avenue Serge Dassault – 91106 CORBEIL-ESSONNES Cedex</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## ANNEXE 1

  	<p>Direction des IFPM du GHT Ile-de-France Sud</p> <p><b>CONNAISSANCES ET APTITUDES ATTENDUES POUR SUIVRE LES FORMATIONS CONDUISANT AUX DIPLOMES D'ETAT</b></p> <p><b>AIDE-SOIGNANT-E OU AUXILIAIRE DE PUERICULTURE</b></p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**La sélection des ASHQ (Agents des Services Hospitaliers Qualifiés) ou Agents de services pour un départ en formation est réalisé par l'employeur.**

**A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR**

Attendus	Critères	Validation de l'employeur
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intérêt pour le domaine de l'accompagnement et de l'aide à la personne notamment en situation de vulnérabilité.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Connaissances dans le domaine sanitaire, médico-social, social ou sociétal.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Qualités humaines et capacités relationnelles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Aptitude à faire preuve d'attention à l'autre, d'écoute et ouverture d'esprit.</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Aptitude à entrer en relation avec une personne et à communiquer.</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Aptitude à collaborer et à travailler en équipe.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aptitudes en matière d'expression écrite, orale.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Maîtrise du français et du langage écrit ou oral.</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Pratique des outils numériques.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Capacités d'analyse et maîtrise des bases de l'arithmétique.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Aptitude à élaborer un raisonnement logique à partir de connaissances et de recherches fiables.</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Maîtrise des bases de calcul et des unités de mesure.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Capacités organisationnelles.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Aptitudes d'observation, à s'organiser, à prioriser les activités, autonomie dans le travail.</li> </ul>	

**NOM de l'employeur :** \_\_\_\_\_

**Date :** \_\_\_\_\_

**Signature et tampon employeur**