



Direction commune  
CHSF - CHA

Direction de l'Institut des Formations Paramédicales

# DOSSIER D'INSCRIPTION A LA SELECTION D'ENTREE EN FORMATION D'AIDE-SOIGNANT-E

## Rentrée de Septembre 2026

**PERIODE D'INSCRIPTION DU LUNDI 23 MARS AU MERCREDI 10 JUIN 2026\***

23h59\* (délai de rigueur)

**PHOTO**

(Aagrafer)

**ENVOI UNIQUEMENT PAR COURRIER :**

**IFPM du CHSF**

**40 avenue Serge Dassault  
91106 CORBEIL-ESSONNES Cedex**

(\*Le cachet de la poste faisant foi)

### 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 : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

ADRESSE MAIL (EN MAJUSCULE) :

.....

.....

### DIPLÔME-S DEJA OBTENU-S

(Permet de déterminer votre cursus de formation)

DEAP  DEAMP  ADVF  MCAD  CAP AEP  VAE

DE Ambulancier  avant 2022  après 2022

ASMS  ARM  DEAVS (Avant 2017)

CAFAD  CAFAMP

DEAES

(Préciser la spécialité) : .....

Bac ASSP  avant 2022  après 2022

Bac SAPAT  avant 2022  après 2022

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'année d'ancienneté : .....

(Joindre **ANNEXE 2** dûment complétée et signée par l'employeur)

Financement employeur :  OUI

NON

(Joindre l'attestation de financement et **ANNEXE 2** 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 de l'Institut des Formations Paramédicales du Centre Hospitalier Sud Francilien.

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

**DOCUMENTS A JOINDRE \***

|   |    |
|---|----|
| <input type="checkbox"/> Photo d'identité agrafée*  |    |
| <input type="checkbox"/> 3 timbres autocollants (tarif en vigueur) *  |    |
| <input type="checkbox"/> Photocopie recto/verso de la pièce d'identité ou titre de séjour ( <i>valide à l'entrée en formation</i> ) *   | 1  |
| <input type="checkbox"/> Lettre de motivation manuscrite*   | 2  |
| <input type="checkbox"/> Curriculum Vitae*  | 3  |
| <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.*   | 4  |
| <input type="checkbox"/> Copie des originaux des diplômes ou titres traduits en français (Traduction effectuée par un traducteur assermenté auprès de la cour d'appel de Paris + attestation d'équivalence. *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><br>Ou<br><input type="checkbox"/> Le cas échéant copie des relevés de résultats et appréciations ou bulletins scolaires des classes de première et terminale        | 5  |
| <input type="checkbox"/> Attestations de travail, accompagnées éventuellement des appréciations et/ou recommandations de l'employeur ou des employeurs ( <i>selon la situation du candidat</i> )  | 6  |
| <input type="checkbox"/> Justificatifs valorisant un engagement ou une expérience personnelle (associative, sportive...) en lien avec la profession d'Aide-Soignant ( <i>selon la situation du candidat</i> )   | 7  |
| Lorsque le niveau de français à l'écrit et à l'oral ne peut être vérifié à travers les pièces produites ci-dessus, joindre :<br><input type="checkbox"/> Attestation du niveau de langue française égal ou supérieur au niveau B2*. A défaut, produire tout autre document permettant d'apprécier les capacités et les attendus relatifs à la maîtrise du français à l'oral.<br>*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> | 8  |
| <input type="checkbox"/> « VOTRE STATUT A L'ENTREE EN FORMATION » : ANNEXE 1*   | 9  |
| <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 ANNEXE 2 dûment complétée et signée par l'employeur.   | 10 |
| <input type="checkbox"/> Justificatif MDPH uniquement en cas de tiers temps : ( <i>si concerné</i> )<br>Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) – site internet : <a href="mailto:mdphe@c91.fr">mdphe@c91.fr</a>   | 11 |
| <input type="checkbox"/> Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence (datant de moins de 4 ans ⇒ <i>Si obtention</i> ) ( <i>selon la situation du candidat</i> )   | 12 |

**\*Indique la liste des documents obligatoires**

**A joindre au dossier dans l'ordre énuméré**

## INFORMATIONS IMPORTANTES 1/2

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <b>PÉRIODE D'INSCRIPTION</b>    | <p><b>DU LUNDI 23 MARS AU MERCREDI 10 JUIN 2026</b></p> <p>A ENVOYER UNIQUEMENT PAR COURRIER* :</p> <p><b>IFPM du CHSF</b><br/> <b>40 avenue Serge Dassault</b><br/> <b>91106 CORBEIL-ESSONNES Cedex</b></p> <p>* 23h59 (délai de rigueur -Le cachet de la poste faisant foi)</p>   |
| <b>EPREUVE DE SELECTION</b>     | <p><b>DU LUNDI 04 MAI AU VENDREDI 19 JUIN 2026</b><br/> (Examen des dossiers et entretiens)</p> <p>➤ <b>Vous référez aux « Modalités d'admission conduisant au diplôme d'aide-soignant » disponibles sur notre site internet : <a href="http://www.chsf.fr">www.chsf.fr</a></b><br/> Onglet ENSEIGNEMENT puis : INSTITUTS DE FORMATION puis : Formation aide-soignant(e)</p> <p>➤ Sélection sur dossier et d'un entretien, destinée à apprécier les connaissances, les aptitudes et la motivation du candidat à suivre la formation.</p> <p>➤ A compter du dépôt du dossier complet, le candidat sera convoqué à l'épreuve d'entretien.</p> <p>➤ Les candidats peuvent joindre tout autre justificatif valorisant un engagement ou une expérience personnelle (associative, sportive...) en lien avec la profession.</p>  |
| <b>IMPORTANT</b>                | <p>➤ <b>Obligation de déclarer tous vos diplômes et titres professionnels obtenus.</b><br/> Ils détermineront d'une part votre cursus de formation (complet ou partiel) et d'autre part, votre statut financier éligible à l'aide du Conseil Régional 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 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>- Formation en cursus partiel pour les candidats titulaires d'un DEA, DEAP, DEAES, DEAMP, CAFAMP, DEAVS, MCAD, TPADV, CAFAD, TPAVF, TPASMS, diplôme d'assistant de régulation médicale (ARM) et BAC ASSP ou SAPAT.</li> <li>- 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; 56</b><br/> <i>Dont 12 places pour les ASHQ/Agents de services* (cf. ANNEXE 2)</i></p> <p><small>*Article 11 de l'arrêté du 07/04/2020 modifié, relatif aux modalités d'admission aux formations conduisant au DEAS</small></p>  |
| <b>AFFICHAGE DES RESULTATS</b>  | <p><b>MERCREDI 24 JUIN à partir de 14h00</b><br/> Sur internet : <a href="http://www.chsf.fr">www.chsf.fr</a><br/> Onglet ENSEIGNEMENT puis : INSTITUTS DE FORMATION</p>  |
| <b>CONFIRMATION INSCRIPTION</b> | <p>➤ <b>Confirmation de l'inscription par les candidats jusqu'au vendredi 03 juillet 2026.</b><br/> ➤ <b>Inscription définitive jusqu'au mardi 07 juillet 2026.</b></p>   |
| <b>PRÉ-RENTRÉE</b>              | <p><b>Les 26 et 27 AOUT 2026 de 8h30 à 17h00</b><br/> <b>PRESENCE OBLIGATOIRE SUR LES 2 JOURS</b></p>   |
| <b>RENTRÉE SCOLAIRE</b>         | <p><b>LUNDI 31 AOUT 2026</b></p>  |

## INFORMATIONS IMPORTANTES 2/2

|  |  |
|--|--|
| <p style="text-align: center;"><b>COÛTS<br/>FINANCIERS<br/>DE LA<br/>FORMATION<br/>TARIFS 2026</b></p> <p style="color: red; font-weight: bold;">(Sous réserve de modifications)</p> | <p><b>Statut à l'entrée en formation :</b><br/>                 Votre statut déterminera si vous êtes éligible ou non à une prise en charge financière par le Conseil Régional Ile de France, d'où l'intérêt d'étudier l'impact financier de la formation dans votre projet.</p> <p>La formation a un <b>coût annuel</b>, à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Droit annuel d'inscription à la formation</b> : 110 € (A régler au moment de l'inscription définitive à la formation)</li> <li>- <b>Frais de formation (financement individuel)</b> : 7 000 €</li> <li>- <b>Frais de formation (autres financements : employeurs ou organismes financeurs)</b> : 7 500 €</li> </ul> <p>⇒ <b>Public dit « éligible région »</b> Voir votre statut à l'entrée en formation- <b>ANNEXE 2</b> :<br/>                 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 à la formation qui restent à la charge du candidat.</p> |
| <p style="text-align: center;"><b>ENSEIGNEMENT</b></p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Les cours sont dispensés à l'IFPM au 2 Rue Pierre Fontaine – 91000 EVRY-COURCOURONNES.</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 COMMUNE CHSF - CHA</b><br/>                 IFSI - IFMEM – IFAS – IFAP – Formation Continue</p> <p><b>Seloua LAOUARI</b><br/>                 Directrice</p> | <p><b>INSTITUT DES FORMATIONS PARAMEDICALES (IFPM) DU CHSF</b></p> <p><b>Accueil</b><br/>                 Tél : 01.61.69.66.15<br/>                 Mail : <a href="mailto:ifsi@chsf.fr">ifsi@chsf.fr</a><br/>                 Site internet :<br/> <a href="http://www.chsf.fr">www.chsf.fr</a>   Onglet ENSEIGNEMENT puis : INSTITUTS DE FORMATION</p> |   |
|  | <p><b>Adresse physique :</b><br/>                 2 rue Pierre Fontaine<br/>                 91000 EVRY-COURCOURONNES</p>  | <p><b>Adresse postale :</b><br/>                 IFPM du CHSF<br/>                 40 avenue Serge Dassault<br/>                 91106 CORBEIL-ESSONNES Cedex</p> |

## VOTRE STATUT A L'ENTREE EN FORMATION

Vous allez entrer en formation, votre statut est considéré à l'entrée en formation et vaut pour toute la durée de la formation.

⇒ **Cochez la case correspondante à votre situation**

### CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE PAR LE CONSEIL REGION ILE DE FRANCE

Vous devez être en formation initiale en cursus complet pour les formations Infirmier, Aide-soignant, Auxiliaire de Puériculture, Manipulateur en électroradiologie Médicale ou être en cursus partiel sur la formation Aide-Soignant ou Auxiliaire de Puériculture et être titulaire d'un baccalauréat professionnel ASSP, SAPAT ou d'un CAP « Accompagnant Educatif de la Petite Enfance ».

- Etre âgé de moins de 26 ans en poursuite d'étude sans interruption (y compris ceux ayant un contrat de travail étudiant) à l'exclusion des apprentis : **Joindre un certificat de scolarité**
- Etre âgé de moins de 26 ans avec interruption de scolarité de moins de deux ans avant le démarrage de la formation à l'exclusion des apprentis : **Joindre un certificat de scolarité**
- Avoir effectué un service civique qui s'est achevé dans un délai d'un an avant l'entrée en formation : **Joindre un justificatif**
- Etre demandeur d'emploi et inscrit sur les listes de France Travail : **Joindre un justificatif**  
N° identifiant : ..... Région Agence France Travail : .....  
Adresse mail conseiller France Travail : .....
- Etre bénéficiaires d'un P.E.C. (Parcours Emploi Compétences) : **Joindre un justificatif**
- Etre bénéficiaires du RSA (Revenu de Solidarité Active) : **Joindre un justificatif de la C.A.F.**
- Avoir effectué une passerelle post-bac quand les étudiants relèvent des critères d'éligibilité régionaux mentionnés ci-dessus
- Etre apprenants relevant du SPRF (Service Public Régional de Formation) : être sortis du système scolaire depuis moins de deux ans (à l'exception faite des apprentis), ne pas avoir obtenu de diplôme, titre ou certification et inscrits **sur un parcours de formation complet en formation Aide-Soignant ou Auxiliaire de Puériculture**. Sont concernés : les jeunes inscrits en mission locale, les demandeurs d'emploi, les bénéficiaires du RSA et les bénéficiaires de contrats aidés : **Joindre un justificatif**

### NE SONT PAS PRIS EN CHARGE PAR LE CONSEIL REGIONAL ILE DE FRANCE

- Pour la formation auxiliaire de puériculture en cursus partiel titulaire des diplômes suivant : DEAS, TPADVF, TPASMS, DEAES, ARM, AMBULANCIER
- Pour la formation aide-soignante en cursus partiel titulaire des diplômes suivant : DEAS, TPADVF, TPASMS, DEAES, ARM, AMBULANCIER, AMP
- Les agents publics (y compris en disponibilité)
- Les salariés du secteur privé
- Toute personne ayant bénéficié d'une prise en charge partielle par Transitions Pro
- Les abandons de formation intervenus dans le mois suivant l'entrée en formation
- Les apprentis
- Les personnes en validation des acquis de l'expérience (VAE)
- Les médecins et les sages-femmes diplômés à l'étranger
- Aides spécifiques France travail (AIF ...), attention vos demandes sont à faire **un mois avant l'entrée en formation.**

DATE :

SIGNATURE :



Direction commune  
CHSF - CHA

Direction de l'Institut des Formations Paramédicales

**CONNAISSANCES ET APTITUDES ATTENDUES POUR  
SUIVRE LA FORMATION CONDUISANT AU  
DIPLOME D'ETAT D'AIDE-SOIGNANT**

**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'ETABLISSEMENT EMPLOYEUR :**

**Date :**

**Cachet et signature :**