



**IFAS QUIMPER**  
18 Hent Glaz  
CS 16003  
29107 QUIMPER  
02 98 98 66 82  
contact@ifsi-quimper.fr



**Lamennais  
Douarnenez**

**IFAS DOUARNENEZ**  
9 rue Lamennais  
29171 DOUARNENEZ  
06 33 79 97 12  
ifas.dz@orange.fr



**IFAS PONT LABBE**  
CDF HSTV  
25 Rue Jean Lautredou,  
29120 Pont-l'Abbé  
02 98 56 04 01  
ifas@hstv.fr

## Dossier d'inscription aux épreuves de sélection Aide-soignant 2024

**N.B : L'inscription n'engage aucun frais pour le candidat.**

La sélection est **commune** aux 3 sites :

IFAS Quimper, IFAS Pont L'Abbé, IFAS Douarnenez

**Un seul dossier doit être rempli et déposer dans l'IFAS de votre choix 1 uniquement.**

Merci de cocher sur la fiche d'inscription votre choix d'institut, par ordre de préférence.

L'affectation dépendra de votre classement sur la liste d'admission.

### Places disponibles

	Capacité D'accueil	(1) Relevant de la formation professionnelle (FP) min.20%	Relevant de la formation initiale	Report N-1		Places ouvertes à la sélection	
				FP	Initiale	FP	Initiale
IFAS QUIMPER	87	20	67	2	3	18	64
IFAS DOUARNENEZ	30	6	24	1	2	5	22
IFAS PONT L'ABBE	37	10	27	1	2	9	25

## Conditions d'accès à la formation

### **Arrêté du 7 avril 2020 modifié par l'arrêté du 12 avril 2021 relatif aux modalités d'admission aux formations conduisant aux diplômes d'Etat d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture**

Art. 1 : « La formation conduisant au Diplôme D'état Aide-Soignant est accessible, sans condition de diplôme, par les voies suivantes :

- La formation initiale, dans les conditions fixées par le présent arrêté
- La formation professionnelle continue, dans les conditions fixées par le présent arrêté ».

Les candidats doivent être âgés de 17 ans au moins à la date d'entrée en formation

Art. 8 ter : « L'admission définitive est subordonnée :

1° A la production, au plus tard le premier jour de la rentrée, d'un **certificat médical par un médecin agréé ARS** attestant que le candidat n'est atteint d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession à laquelle il se destine

2° A la production, avant la date d'entrée au premier stage d'un **certificat médical de vaccinations** attestant que l'élève remplit les obligations d'immunisation et de vaccinations prévues par les dispositions du [...] du code de la santé publique. »

- Hépatite B
- Diphtérie
- Tétanos
- DT polio

**Attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires en annexe.**

**N'attendez pas l'admission pour prendre contact avec votre médecin traitant car 6 mois sont à prévoir pour effectuer le protocole complet des vaccinations.**

Art. 9 : « Après admission en formation, pour les candidats ayant déjà acquis un ou plusieurs blocs de compétences communs avec la certification professionnelle visée, ou lorsque leur parcours de formation antérieur leur permet de bénéficier d'un allègement de formation, le directeur de l'institut de formation met en place, en accord avec l'agence régionale de santé, des parcours individualisés de formation. Les cursus mis en place dans ce cadre peuvent débuter à tout moment de l'année.

Les titres et les certifications professionnelles conduisant à des équivalences de blocs de compétences ou à des allègements de formation dans les certifications visées au I de l'article 1er sont listés dans un arrêté du ministre chargé de la santé. »

## Modalités de sélection

Art. 2 : « La sélection des candidats est effectuée par un jury de sélection **sur la base d'un dossier et d'un entretien\*** destinés à **apprécier les connaissances, les aptitudes et la motivation du candidat à suivre la formation** [...]. L'ensemble fait l'objet d'une cotation par un binôme d'évaluateurs [...] L'entretien d'une durée de 15 à 20 minutes est réalisé pour permettre d'apprécier les qualités humaines et relationnelles du candidat et son projet professionnel. »

\* L'entretien se tiendra de manière individuelle.

**ANNEXE de l'arrêté du 7 avril 2020 relatif aux modalités d'admission aux formations conduisant aux diplômes d'Etat d'Aide-Soignant et d'auxiliaire de puériculture**

### **CONNAISSANCES ET APTITUDES ATTENDUES POUR SUIVRE LES FORMATIONS CONDUISANT AUX DIPLOMES D'ÉTAT D'AIDE-SOIGNANT ET D'AUXILIAIRE DE PUÉRICULTURE**

Les attendus et critères nationaux sont les suivants :

<b>Attendus</b>	<b>Critères</b>
<b>Intérêt pour le domaine de l'accompagnement et de l'aide à la personne notamment en situation de vulnérabilité</b>	Connaissances dans le domaine sanitaire, médico-social, social ou sociétal
<b>Qualités humaines et capacités relationnelles</b>	Aptitude à faire preuve d'attention à l'autre, d'écoute et d'ouverture d'esprit
	Aptitude à entrer en relation avec une personne et à communiquer
	Aptitude à collaborer et à travailler en équipe
<b>Aptitudes en matière d'expression écrite, orale</b>	Maîtrise du français et du langage écrit et oral
	Pratique des outils numériques
<b>Capacités d'analyse et maîtrise des bases de l'arithmétique</b>	Aptitude à élaborer un raisonnement logique à partir de connaissances et de recherches fiables
	Maîtrise des bases de calcul et des unités de mesure
<b>Capacités organisationnelles</b>	Aptitudes d'observation, à s'organiser, à prioriser les activités, autonomie dans le travail

Les connaissances et aptitudes peuvent être vérifiées dans un cadre scolaire, professionnel, associatif ou autre

## Calendrier de sélection

Les dates sont communes à tous les instituts.

Retrait des dossiers d'inscription :	A partir du 16 février 2024
Dépôt des dossiers	Entre le 16 février et le 10 juin 2024
Clôture des inscriptions	Le 10 juin 2024 à minuit – cachet de la poste faisant foi
Entretiens de sélection	Du 10 juin 2024 au 21 juin 2024
Affichage des résultats	5 juillet 2024 à 14h <u>Un courrier sera expédié le même jour</u>
Rentrée scolaire	Le 26 août 2024

## Dépôt du dossier de candidature

- au siège de l'IFAS de votre choix n°1
- ou par courrier en Recommandé avec **Accusé de Réception**

Les dossiers incomplets ne seront pas acceptés, vous ne pourrez pas vous présenter à la sélection.

Date limite de dépôt du dossier : **10 juin 2024** à minuit (cachet de la poste faisant foi).

**Une convocation vous sera adressée 7 jours avant les épreuves de sélection. Les candidats n'ayant pas reçu cette convocation sept jours au moins avant la date des épreuves sont invités à s'assurer de leur inscription auprès de l'institut.**

## Aménagement de la sélection et de la scolarité pour les candidats en situation de handicap

Pour toute demande concernant une demande de tiers-temps pour la sélection et pendant votre scolarité, contacter votre IFAS d'affectation.

## Affichage des résultats

Art. 8 : « Les résultats comportant la liste des candidats admis en formation sont affichés dans chaque institut de formation et publiés sur Internet, dans le respect des conditions en vigueur de communication des données personnelles du candidats.

Chaque candidat est informé personnellement par écrit de ses résultats. **Il dispose d'un délai de sept jours ouvrés pour valider son inscription en institut de formation en cas d'admission en liste principale. Au-delà de ce délai, il est présumé avoir renoncé à son admission** et sa place est proposée au candidat inscrit en rang utile sur la liste complémentaire.

**Le bénéfice de l'admission est valable uniquement pour la session de formation au titre de laquelle le candidat s'est inscrit. ».**

**Pour tout renseignement concernant une demande de report, contacter l'IFAS d'affectation.**

## Aides financières possibles

Tous les renseignements utiles pourront être fournis par le secrétariat de l'IFAS

### • **Rémunérations**

Peuvent éventuellement être accordées aux élèves aides-soignants qui ont exercé une activité professionnelle :

- Une allocation versée par Pôle Emploi (contacter Pôle Emploi)
- Une prose en charge par un opérateur de compétences (ex. TransitionPro Bretagne), chargé d'accompagner la formation professionnelle.
- Une promotion professionnelle

### • **Prise en charge des frais pédagogiques**

Le Conseil Régional assure intégralement la prise en charge des coûts pédagogiques en formation initiale pour les publics suivants :

- Jeunes sortant du système scolaire
- Demandeurs d'emploi inscrits à Pôle Emploi
- Personnes en contrat aidé ou en contrat précaire

### • **Bourses d'études**

Les élèves aides-soignants peuvent bénéficier de bourses d'études délivrées par le Conseil Régional de Bretagne après admission définitive en formation. Ces bourses sont attribuées en fonction des revenus de l'élève ou de sa famille. Les élèves ne peuvent bénéficier de la Bourses de l'Etat.

## **A savoir :**

**L'IFAS de Douarnenez dépendant de l'Education Nationale**, le candidat reçu à la formation aide-soignant devra s'acquitter d'une contribution correspondant aux frais de scolarité.

Cette somme pourra être mensualisée. Prendre contact avec l'IFAS concerné.

# Dossier de sélection Aide-soignant

## LE DOSSIER COMPORTE LES PIÈCES SUIVANTES :

- Une copie de pièce d'identité recto verso ;
- Une lettre de motivation manuscrite ;
- Un curriculum vitae ;
- 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 n'excède pas deux pages ;
- Selon la situation du candidat, la copie des diplômes ou titres traduits en français ;
- Copie des relevés de résultats et appréciations ou bulletins scolaires, le cas échéant ;
- Attestations de travail, accompagnées, éventuellement, des appréciations et/ou recommandations de l'employeur, (ou des employeurs), le cas échéant ;
- Pour les ressortissants étrangers, un titre de séjour valide à l'entrée en formation ;
- La fiche d'inscription recto/verso et choix de l'institut ;
- 2 enveloppes à fenêtre timbrées au tarif en vigueur ; (*sur cette enveloppe ne pas noter d'adresse*) ;
- Tout autre justificatif valorisant un engagement ou une expérience professionnelle (associative, sportive...) en lien avec la profession d'aide-soignant – FACULTATIF ;
- 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.

---

Pour information, l'attestation médicale d'immunisation et de vaccinations et le certificat médical du médecin agréé ARS sont attendus pour l'admission définitive en formation, au plus tard le jour de la rentrée

**SELECTION DEPARTEMENTALE AIDE-SOIGNANT 2024  
FINISTERE SUD**

**FICHE D'INSCRIPTION**

**Toutes les rubriques sont à compléter impérativement**

**ETAT CIVIL**

Nom de naissance : ..... Nom d'usage : .....

Prénom : .....

Autres prénoms : .....

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

Département (en chiffres et en toutes lettres) : .....

Sexe : ..... Nationalité : .....



Adresse mail **ECRIRE TRES LISIBLEMENT**... @ .....

Adresse du candidat(e) : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

**SCOLARITE ET/OU ACTIVITE PROFESSIONNELLE**

Etudes suivies : (niveau le plus élevé atteint)

.....

Emploi actuel

.....

(Préciser le type de contrat et le nom de votre employeur)

<input type="checkbox"/>	Titre ou diplôme homologué au niveau 4 (ex. baccalauréat)	Série Année
<input type="checkbox"/>	Titre ou diplôme du secteur sanitaire et social homologué au minimum au niveau 3 en France (BEP CAP ...)	Lequel Année
<input type="checkbox"/>	Diplôme étranger permettant d'accéder directement à des études universitaires dans le pays où il a été obtenu	Lequel Année
<b>Titres ou diplômes permettant des allègements partiels ou complets de certains modules de formation</b>		
	DE Auxiliaire de Puériculture	Année
	DE Ambulancier	Année
	Bac pro SAPAT	Année
	Bac pro ASSP	Année
	DE AES (AMP/AVS/ MCAD)	Année
	TP ADVF	Année
	TP ASMS	Année
	Diplôme Assistant de régulation Médicale	Année

## SITUATION LORS DE L'INSCRIPTION A LA SELECTION :

(Cocher la case correspondante à votre situation actuelle)

Lycéen	Classe Prépa	Etudes Universitaires	Salarié		Demandeur d'emploi indemnisé	Demandeur d'emploi non indemnisé	Autres Activités à préciser (formation, congé parental)
			Secteur sanitaire et social	Autre secteur			

J'accepte que mon identité paraisse à la publication des résultats sur internet

Je refuse que mon identité paraisse à la publication des résultats sur le site internet, je joins un courrier actant mon refus

☞ Les refus non accompagnés du courrier demandé ne seront pas pris en compte.

(Cocher la case correspondante)

Je soussigné(e) .....atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document.

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement qui régit les épreuves de sélection et en accepte les termes.

Fait à ..... le.....

Signature du candidat ou du représentant légal



# Choix de l'Institut de Formation Aide-soignant

Indiquez les IFAS dans lesquels vous souhaitez suivre votre formation **par ordre de préférence** – le choix 1 étant votre préférence d'affectation

Groupement IFAS	Choix
IFAS QUIMPER	<input type="text"/>
IFAS DOUARNENEZ	<input type="text"/>
IFAS PONT L'ABBE	<input type="text"/>

**Attention**, votre affectation se fera en fonction de votre rang de classement.

Si vous êtes classé sur liste principale, vous serez affecté sur l'un de vos choix en fonction des places ouvertes et de votre rang de classement.

Si vous êtes classé sur liste complémentaire vous serez affecté sur l'un des IFAS en fonction des places libérées.

Je soussigné(e) atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document.

Je m'engage et j'accepte sans réserve le règlement qui régit la sélection.

**Les résultats de la sélection sont publiés sur le site internet de chaque IFAS**

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

**SIGNATURE DU CANDIDAT OU DE SON REPRESENTANT LEGAL**

**ATTESTATION MEDICALE D'IMMUNISATION ET DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES**  
 des personnes mentionnées à l'article L3111-4 du code de la santé publique

Je, soussigné(e) Docteur.....

Certifie que : Nom de naissance ..... Nom d'usage.....

Prénom : ..... Né(e) le...../...../.....

En formation de : .....

Est immunisé(e) :

- Contre la DIPHTERIE, le TETANOS et la POLIOMYELITIS :

Dernier rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N° lot

- Contre l'HEPATITE B, selon les **conditions définies au verso**, il/elle est considéré(e) comme :  
*(rayer les mentions inutiles)*

- Immunisé(e) contre l'HEPATITE B :	<b>oui</b>	<b>non</b>
- Non répondeur (se) à la vaccination (après l'administration de 6 doses) :	<b>oui</b>	<b>non</b>
- Nécessitant un avis spécialisé	<b>oui</b>	<b>non</b>

- Par le BCG\*     OUI     NON

Nom du vaccin intradermique ou Monovax®	Date du vaccin	N° lot

*\*Un arrêté du 27 février 2019 a **suspendu** l'obligation de vaccination par le BCG.*

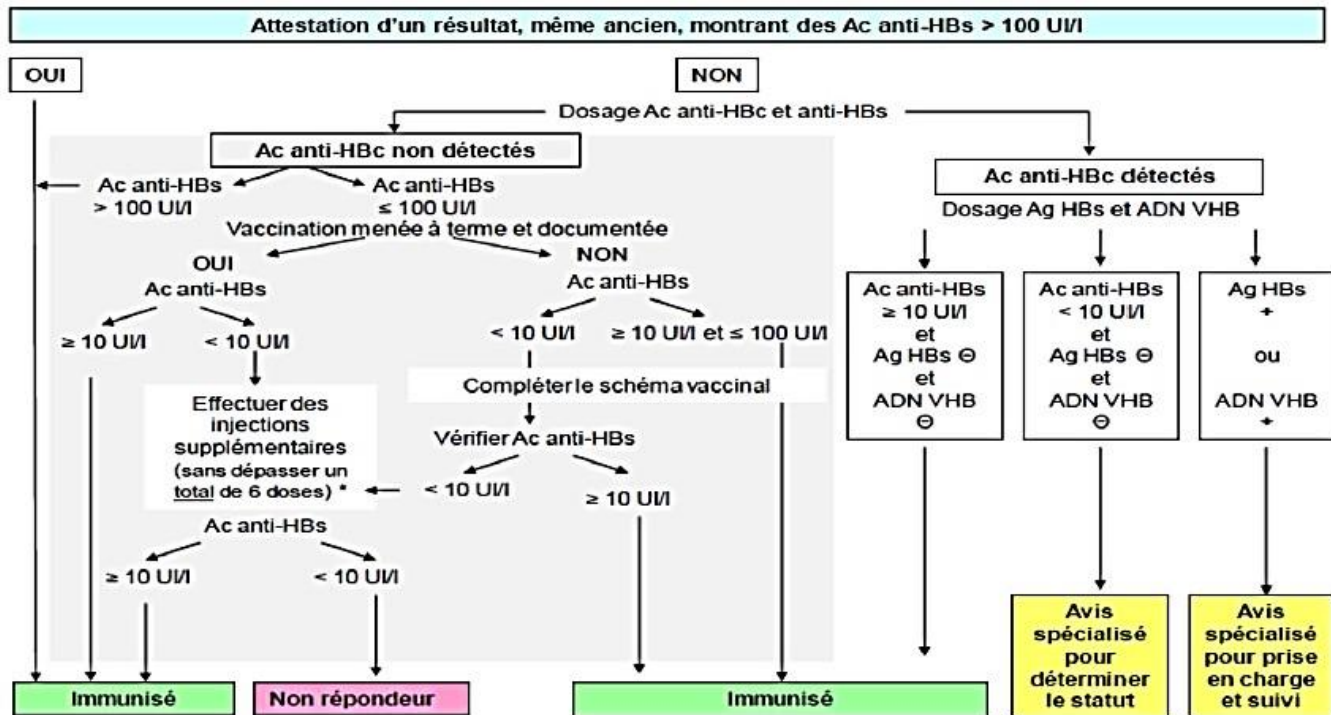
IDR à la tuberculine*	Date	Résultat (en mm)

*\*L'IDR de référence est **obligatoire** : Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiniques.*

**SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN**

**Nota bene :** Selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour les étudiants et professionnels de santé, il est par ailleurs recommandé d'être immunisé contre **la COVID-19, la coqueluche, la rougeole, la rubéole et les oreillons (ROR), la varicelle et la grippe saisonnière**, ainsi que contre l'hépatite A pour les personnes s'occupant d'enfants n'ayant pas atteint l'âge de la propreté (par exemple personnels des crèches, assistants maternels...) et – des structures collectives d'accueil pour personnes handicapées.

**Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des personnes mentionnées à l'article L.311-4 et dont les conditions sont fixées par l'arrêté du 2 août 2013**



\* Sauf cas particulier voir 4\* de l'annexe 2 de l'arrêté

Légende : Ac : anticorps ; Ag : antigène ; VHB : virus de l'hépatite B

**Textes de référence**

- Articles L.3111-1, L.3111-4 et L.3112-1 du code de la santé publique (CSP).
- Arrêté du 15 mars 1991 fixant la liste des établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins dans lesquels le personnel exposé doit être vacciné, modifié par l'arrêté du 29 mars 2005 (intégration des services d'incendie et de secours).
- Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiques.
- Arrêté du 6 mars 2007 relatif à la liste des élèves et étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des autres professions de santé pris en application de l'article L.3111-4 du CSP.
- Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux (Titre III).
- Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L.3111-4 du CSP.
- Calendrier vaccinal en vigueur (cf. <https://vaccination-info-service.fr/>)

# Certificat médical d'aptitude

(à faire compléter **par un médecin agréé\*** par l'ARS du département  
Selon l'article 8 ter de l'arrêté du 12 avril 2021)

Je soussigné(e), Docteur ..... **Médecin agréé ARS,**

Atteste que : M./ Mme.....

Né(e) le : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

- ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession d'aide-soignant(e).
- est à jour de ses vaccinations et immunisé(e)

Fait à ....., le .....

Tampon :

Signature :

**\*liste disponible sur le site de l'ARS ou de la préfecture de votre département :**

<https://www.bretagne.ars.sante.fr/les-medecins-agrees-1>