

FORMATION PRÉPARATOIRE AUX SÉLECTIONS D'ENTRÉE EN IFAS

OBJECTIFS :

- Permettre aux candidats d'appréhender les épreuves et la formation.
- Développer une culture générale et professionnelle dans le domaine du sanitaire.
- Valoriser l'expérience du candidat et la mettre au service de son projet professionnel.
- Argumenter et soutenir un projet professionnel en lien avec ses motivations.

PRE REQUIS : aucun

PERSONNES CONCERNEES : Tout public

Δ Article 11 : *Sont dispensés de l'épreuve de sélection prévue à l'article 2, les agents des services hospitaliers qualifiés de la fonction publique hospitalière et les agents de service :*

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 service 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.*

NOMBRE DE PARTICIPANTS : 20 candidats

CONTENU :

Français – Mathématiques – Culture Générale – Biologie Humaine – Sciences humaines – Hygiène – Pratique des outils numériques- Suivis pédagogiques

- 3 jours de Stage d'observation (soit, 21 heures).
- Entraînement aux entretiens de sélection.
- Entraînement à la constitution du dossier de sélection.

INTERVENANTS : Cadres de santé Formateurs de l'IFSI, Professeur de Mathématiques et de Biologie Humaine

DUREE ET HORAIRES : 140 heures réparties du lundi au samedi (matin et/ou après-midi et/ou de 17 heures à 19 heures).

DATES : **Inscriptions** du lundi 14 septembre 2026 au jeudi 10 décembre 2026 à 15h30 inclus.

Formation du mercredi 06 janvier 2027 au mardi 1^{er} juin 2027 inclus.

COUT : 1200 € par participant sans prise en charge financière (**à régler lors du dépôt du dossier**).
1350 € si prise en charge financière par un organisme.

COORDINATEURS DE LA FORMATION :

Adjointe de Direction : Madame BRET SAFFIOTI – 04 93 69 71 90 s.bret@ch-cannes.fr

Secrétariat Formation Préparatoire AS: Madame GOUMOT GARCIA – 04 93 69 70 60
c.goumot@ch-cannes.fr

Accueil : Madame BOURDON – 04 93 69 70 06 accueil.ifsi@ch-cannes.fr

Référentes handicap : Mesdames DEMERGERS, FORGET et BOURDON
ifsi.referent.handicap@chcannes.fr

Bureau d'informations sociales: Madame TARANTINI-04.93.69.78.83 e.tarantini@ch-cannes.fr

FORMATION PREPARATOIRE AUX SELECTIONS D'ENTRÉE EN IFAS

COMPOSITION DU DOSSIER

Fournir impérativement :

- Un curriculum-vitae tapuscrit détaillé
- Une lettre de motivation manuscrite, adressée à Madame la Directrice de l'IFSI de l'Hôpital de Cannes.
- Un document manuscrit n'excédant pas deux pages relatant au choix du candidat, soit une situation personnelle ou professionnelle vécue, soit son projet professionnel en lien avec les attendus de la formation d'Aide-Soignant. ***L'acceptation en formation préparatoire est subordonnée à la production de documents authentiques issus de la réflexion du candidat. Toute demande issue d'internet et/ou générée avec l'aide de l'intelligence artificielle sera systématiquement rejetée.***
- La fiche de renseignements complétée et signée.
- La fiche autorisation de l'employeur complétée exhaustivement et signée (*uniquement si l'employeur finance la formation préparatoire*).
- Photocopie de la Carte Nationale d'Identité (recto-verso) en cours de validité, portant la mention «*J'atteste la conformité à l'original de la présente photocopie* », datée et signée par le candidat.
- Photocopie(s) du ou des diplômes obtenus.
- 1 enveloppe autocollante format A4, libellée au nom et à l'adresse du candidat et affranchie au tarif normal en vigueur.
- 1 photos d'identité couleur récente.

Si vous êtes agent de service hospitalier qualifié de la fonction publique hospitalière ou agent de service :

Photocopies des certificats de travail établis à la fin de la période travaillée ou des attestations de vos employeurs

Si vous êtes demandeur d'emploi :

Photocopie de la notification d'immatriculation et/ou de rémunération de France Travail (N° d'identifiant).

Si vous êtes inscrit à la mission locale :

Photocopie de la notification de la Mission Locale

Nom de Naissance :

Nom d'usage :

Prénom(s) :

Adresse :

Date et Lieu de naissance : le : _____ à : _____

N° Téléphone mobile :

Adresse mail :

Situation familiale du Candidat :

Nombre d'enfant(s) :

Profession des parents :
Ou du conjoint :

Personne à prévenir en cas d'urgence :
N° Téléphone :

Véhiculé : Oui Non

Situation du Candidat

Aménagement(s) lié(s) à une situation de handicap : sollicitez-vous un aménagement particulier durant la formation préparatoire au concours (exemple : tiers temps oral) ?

Oui Non Si oui précisez :

Agent de service hospitalier qualifié de la fonction publique hospitalière : Oui Non

Agent de service : Oui Non Depuis le :

Demandeur d'Emploi : Oui Non

Si oui, indiquer :

- La date de votre inscription à France Travail :

- Votre Numéro d'Identifiant France Travail : (7 chiffres et 1 lettre)

.....

Bénéficiaire du RSA Oui Non

Si oui, fournir la notification d'indemnisation avec votre N° d'allocataire.

Formation préparatoire prise en charge par l'employeur Oui Non

ETUDES ANTERIEURES

Niveau scolaire :

Dernière année scolaire suivie :

Diplôme(s) obtenu(s):

ACTIVITE(S) PROFESSIONNELLE(S) ANTÉRIEURE(S)

Type(s) d'activité(s):

Employeur(s):

Avez-vous effectué un bilan de compétences ? Oui Non

Si oui, en quelle année ?

Avec quel organisme ?

Et quelle en a été la conclusion ?

Comment avez-vous connu la formation préparatoire aide-soignante ?

- Salons, portes ouvertes, forums
- Réseaux sociaux
- Site internet de l'IFSI
- Organismes : France Travail, PLIE, Mission locale, CIO etc...
- Autre, précisez :

Fait à :

Le :

SIGNATURE DU CANDIDAT
(Si mineur, du Représentant légal)
Précédée de la mention « Lu et Approuvé »

AUTORISATION DE L'EMPLOYEUR

Nom de l'établissement **employeur** :
Nom et Prénom du Directeur/de la Directrice :
Adresse :

N° de téléphone :
Adresse mail :
N° SIRET de l'ÉTABLISSEMENT :

L'EMPLOYE(E) :

NOM : Prénom :

Dans l'établissement depuis le :
Dans le cadre de :

- Contrat à durée indéterminée
- Contrat à durée déterminée.
Dates de début et de fin de contrat :
- Autre : (à préciser)

LE FINANCEMENT :

Les **frais de formation de 1350 euros** seront pris en charge par :

- Plan de formation de l'établissement
- Budget de l'établissement
- C.I.F
- Autres financiers (préciser les coordonnées) :.....

Le **règlement** de ces frais de formation se fera :

- Par l'employeur
- Par l'organisme de financement (*Joindre obligatoirement la notification de prise en charge*)

Selon les modalités de la convention de formation et sur présentation de facture, établies par l'IFSI.

Fait à :

Le :

SIGNATURE DU DIRECTEUR / DE LA DIRECTRICE

CACHET DE L'ETABLISSEMENT

Précédée de la mention « Lu et Approuvé »