



2024

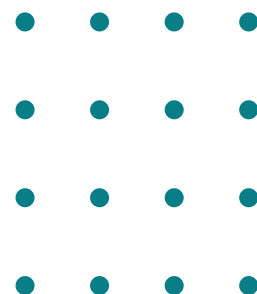
# INSCRIPTION AIDE-SOIGNANT

Dossier d'inscription par voie d'apprentissage

Institut de formation d'aides-soignants (IFAS)

21 chemin des infirmières - 44600 - Saint-Nazaire

secretariat.ifas@ch-saintnazaire.fr 02-40-70-08-11 www.hopital-saintnazaire.fr



MADAME                       MONSIEUR

Nom de Naissance (en Majuscules) : \_\_\_\_\_ Nom d'Usage (en Majuscules) : \_\_\_\_\_

Prénoms (en Majuscules) : \_\_\_\_\_

Nationalité (en Majuscules) : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_

Je certifie avoir un âge maximum de 30 ans ou avoir des conditions particulières pour l'accès au contrat d'apprentissage :  oui  non

Lieu de naissance (en Majuscules) : \_\_\_\_\_ Département ou Pays : \_\_\_\_\_

Adresse (en Majuscules) : \_\_\_\_\_

Ville (en Majuscules) : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ Mobile : \_\_\_\_\_

Adresse e-mail : \_\_\_\_\_

Situation familiale (à des fins statistiques) : Célibataire – Marié(e) – Pacsé(e) – Concubin(e) – Veuf(ve)                      *Rayer les mentions inutiles*

Diplômes obtenus à ce jour : \_\_\_\_\_

**Votre situation au moment de l'inscription :** (merci de cocher la case correspondante)

Lycéen (préciser le niveau et la série) : \_\_\_\_\_

Classes préparatoires concours (préciser l'intitulé) : \_\_\_\_\_

Études ou formations universitaires ou supérieures (préciser l'intitulé) : \_\_\_\_\_

Salarié :  CDD             CDI             Salarié en Contrat Aidé (contrat emploi d'avenir...)

Demandeur d'emploi :  Indemnisé     Non indemnisé

VAE

Facultatif : j'ai l'accord d'une structure d'accueil dans le cadre d'un futur contrat d'alternance :  non  Oui, type de contrat : \_\_\_\_\_

Si oui, indiquer les coordonnées de la structure : \_\_\_\_\_

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

Je n'accepte pas que mon identité paraisse à la publication des résultats sur internet

**ATTENTION : en l'absence de cochage, les résultats seront publiés sur internet.**

J'ai pris connaissance du règlement d'admission et que je ne peux m'inscrire que dans **1 seul IFAS de la Région pour la voie de l'alternance**. L'inscription multiple sera contrôlée et une seule inscription sera prise en compte. Je soussigné(e) atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document et la conformité à l'original des copies des diplômes ou attestations jointes et accepte les conditions des épreuves de sélection.

Fait à : \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ Signature du candidat :



**Cadre réservé à l'I.F.A.S. :**

Numéro de dossier : \_\_\_\_\_

- Pour tous les candidats :**
- Fiche de candidature renseignée, datée et signée
  - Pièce d'identité ou Titre de séjour (ressortissant étranger)
  - Lettre de motivation manuscrite
  - Curriculum Vitae
  - Copie des Diplômes, Titres ou certifications professionnelles, y compris pour une demande d'allègement de la formation
  - Attestation de niveau de langue (facultatif)
  - Attestation sur l'honneur
- + Pour les candidats SANS employeur ou contrat autre que « apprentissage » :**
- Document manuscrit
  - Dossier scolaire avec notes et appréciations des stages
  - Attestation de travail ou contrat de travail avec appréciations employeur
  - Attestation de niveau de langue (facultatif)
  - Autres justificatifs
- + Pour les apprentis AVEC employeur :**
- Lettre d'engagement de la part de l'employeur

## PIÈCES À RETOURNER À L'INSTITUT POUR L'INSCRIPTION À LA SÉLECTION AIDE-SOIGNANT(E) PAR VOIE DE L'ALTERNANCE

- Fiche de candidature complétée, datée et signée.
- Une photographie récente à coller sur la fiche de candidature.
- Copie de la carte d'identité (recto/verso) ou du passeport, en cours de validité  
OU pour les ressortissants étrangers, un titre de séjour valide à l'entrée en formation et qui couvre, à terme, en intégralité la durée de la formation.
- Une lettre de motivation **manuscrite qui expose un projet de formation clair et argumenté de l'alternant aide-soignant.**
- Un **curriculum vitae.**
- Une **copie des diplômes, titres ou certifications professionnelles, y compris pour ceux qui permettraient des équivalences de blocs de compétences ou à des allègements de formation.**
- Lorsque le niveau de français à l'écrit et à l'oral ne peut être vérifié à travers les pièces produites, au regard notamment du parcours scolaire, une attestation de niveau de langue française égal ou supérieur au niveau B2 ou tout autre document permettant d'apprécier les capacités et les attendus relatifs à la maîtrise du français à l'oral.
- Une attestation sur l'honneur des documents produits (cf. modèle joint).

### **CAS 1 : Pièce complémentaire à fournir si contrat d'apprentissage signé ou en cours de signature :**

- Une **copie du contrat d'apprentissage signé** ou tout document justifiant de l'effectivité des démarches réalisées en vue de la signature imminente du contrat, après entretien avec un employeur.

**NB : dans ce cas, le candidat est dispensé de sélection, et n'aura pas d'entretien oral**

### **Cas 2 : Pièces complémentaires à fournir si pas d'employeur, ou si autre type de contrat en cours de signature (contrat de professionnalisation Pro A, ... ) :**

**NB : les financements (contrats de professionnalisation ou Pro A) pour une formation par la voie de l'alternance sont possibles mais les candidats sont soumis à la sélection SAUF s'ils répondent à l'art.11 nouveau de l'arrêté du 12 avril 2021**

**Aller sur le lien suivant pour s'inscrire à la sélection voie scolaire et fournir les pièces complémentaires.**

[Inscription sélection - Calendrier Voie scolaire - CH Saint Nazaire \(hopital-saintnazaire.fr\)](http://hopital-saintnazaire.fr)

**TOUT DOCUMENT ILLISIBLE OU TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS ÉTUDIÉ**

Prénom(s), Nom(s)  
Adresse  
Code Postal Ville  
Numéro de téléphone mobile  
Adresse email valide

I.F.A.S. de Saint-Nazaire  
21 chemin des Infirmières  
44600 SAINT NAZAIRE

**Objet : attestation sur l'honneur pour la constitution du dossier de candidature en IFAS**

Je soussigné(e) [prénom et nom], demeurant au [adresse postale complète] atteste:

- avoir pris connaissance de l'offre de formation proposée par l'IFAS (voie scolaire ou voie de l'apprentissage) et répondre aux conditions d'accès à cette offre de formation ;
- avoir pris connaissance que l'admission dans un cursus de formation s'établit sur la base des diplômes et/ou titres professionnels délivrés par le candidat ;
- avoir personnellement conçu et rédigé les documents du dossier de candidature en IFAS (Curriculum Vitae, Lettre de motivation, situation ou projet professionnel et éventuel document permettant d'apprécier les capacités et les attendus relatifs à la maîtrise du français à l'oral).

En fonction de la voie de formation retenue:

- avoir candidaté sur cette sélection de Printemps 2024 par la voie scolaire auprès d'un seul IFAS dans un même département de la Région Pays de La Loire

Et/ou

- avoir sollicité une seule inscription dans l'institut de formation de mon choix, habilité à délivrer la formation par apprentissage.

NB : seuls les candidats postulant à la fois pour une formation par la voie scolaire et par la voie de l'apprentissage peuvent candidater 2 fois sur un même département.

J'ai conscience que cette attestation pourra être produite en justice et que toute fausse déclaration de ma part m'expose à une non-recevabilité de ma candidature et à des sanctions prévues par l'article 441-1 du Code pénal.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à [ville], le [date]

Nom Prénom

Signature obligatoire

## CANDIDATURE AIDE-SOIGNANTE 2024 PAR LA VOIE DE L'APPRENTISSAGE

### LES CONDITIONS DE CANDIDATURE

Pour la voie de l'apprentissage, **une seule inscription est sollicitée dans un institut de formation habilité** à délivrer des actions de formation par apprentissage, au sens de l'article L. 6211-2 du Code du travail et autorisé par le président du conseil régional en application de l'article L. 4383-3 du code de la santé publique.

Il est possible de candidater par la voie scolaire (à raison d'une candidature par département selon le règlement intérieur en Région Pays de la Loire) et par la voie de l'apprentissage. Dans ce cas, cette candidature peut se faire dans le même IFAS ou encore dans 2 IFAS différents sur un même département.

### L'INSCRIPTION

Retrait et téléchargement du dossier d'inscription sur le site Internet du centre hospitalier de Saint-Nazaire : <a href="#">Inscription sélection - Calendrier Voie apprentissage - CH Saint Nazaire (hopital-saintnazaire.fr)</a>	A partir du jeudi 22 Février 2024
Date limite de réception des dossiers à l'IFAS	Le jeudi 25 juillet 2024 Le cachet de la poste faisant foi <b><i>aucune candidature ne sera prise en compte au-delà de cette date</i></b>
Affichage des résultats définitifs de la sélection sur Internet et à l'Institut	Mardi 25 juin 2024 à 10h00
Date de la rentrée	Lundi 26 août 2024 pour l'apprentissage <b>en 15 mois</b> Jeudi 05 septembre 2024 pour l'apprentissage <b>en 12 mois (détenteur du BAC ASSP seulement)</b>

Le dossier sera à télécharger et imprimer sur le site internet du Centre Hospitalier de Saint-Nazaire :

[www.hopital-saintnazaire.fr](http://www.hopital-saintnazaire.fr)

→ **cliquez sur la rubrique « Emplois et formations »**

→ **puis cliquez sur la rubrique « formation IFAS »**

→ **puis la rubrique « Inscription sélection Voie apprentissage »**

La liste des pièces à fournir sera jointe à la fiche de candidature.

Vous devrez compléter la déclaration sur l'honneur jointe au dossier d'inscription.

Pour rappel : Pour les candidats à la formation par la voie de l'apprentissage, le directeur de l'institut de formation concerné procède à leur **admission directe** en formation, au regard des documents fournis. **En l'absence de validité d'un contrat d'apprentissage, les candidats seront soumis à une sélection dès lors qu'ils répondent aux conditions d'inscription.**

- **Les contrats de professionnalisation (plus de 30 ans) sont soumis à un dossier et entretien comme la voie scolaire donc aller sur :**

[Inscription sélection - Calendrier Voie scolaire avec lien vidéo inscriptions - CH Saint Nazaire \(hopital-saintnazaire.fr\)](#)

Le dossier de candidature complet est à télécharger et à adresser en **lettre recommandée avec accusé de réception** à l'adresse suivante ou à déposer auprès du secrétariat aide-soignant :

**INSTITUT DE FORMATION D'AIDES-SOIGNANTS**  
**Sélection Aide-Soignant**  
**21 Chemin des Infirmières – BP 414**  
**44606 SAINT-NAZAIRE Cedex**

**LE PARCOURS INCLUSIF** <https://youtu.be/KWpdyNcsslo>

Pour toute demande d'aménagement de la formation en lien avec un handicap (parcours inclusif), merci de bien vouloir prendre contact avec le secretariat : [secretariat.ifas@ch-sainnazaire.fr](mailto:secretariat.ifas@ch-sainnazaire.fr) ou la référente handicap : [referent.handicap@ch-sainnazaire.fr](mailto:referent.handicap@ch-sainnazaire.fr) .

## **LES LISTES**

L'ordre d'admission par la voie de l'apprentissage se fait selon des critères et l'ordre suivant :

- 1- Validité du contrat d'apprentissage ou du justificatif d'engagement lors du dépôt du dossier
- 2- Date de réception de la demande d'admission
- 3- Age (au bénéfice de l'apprenti plus âgé, comme pour la voie scolaire)

## **LES VACCINATIONS**

**Vaccins obligatoires :**

- (1) antidiphtérique
- (2) antitétanique
- (3) antipoliomyélique
- (4) BCG (\*\*\*) Il n'y a plus d'obligation de revaccination après une première vaccination, même en cas d'IDR (intradermoréaction à la tuberculine) négative.

❖ **Vous devrez fournir le résultat de votre IDR datant de moins de 3 mois, le jour de la rentrée.**

**Le médecin peut, si aucune preuve écrite ne peut être apportée, prendre en compte une cicatrice vaccinale comme étant une preuve de la vaccination par le BCG, sauf pour les personnes ayant reçu une vaccination antivariolique.**

- (5) Contre l'hépatite B (\*\*). En lien avec la réglementation en vigueur, une contre-indication formelle à la vaccination contre l'hépatite B correspond à une inaptitude à une orientation vers une profession paramédicale dont fait partie la profession d'aide-soignant(e). Le protocole pour la vaccination contre l'hépatite B étant échelonné sur plusieurs mois, **il convient au moment de l'inscription au concours d'effectuer les démarches nécessaires auprès du médecin traitant afin que cette vaccination soit à jour au moment de l'entrée en formation.**

### **Informations importantes concernant la vaccination contre l'hépatite B**

Source : vaccination-info-service.fr

- L'hépatite B est une infection du foie causée par le virus de l'hépatite B (VHB). Ce virus se transmet par le sang et par les autres fluides corporels.
  - La vaccination contre l'hépatite B est obligatoire, en France, pour tous les nourrissons nés à partir du 1er janvier 2018, et recommandée chez les enfants et les adolescents jusqu'à l'âge de 15 ans. La vaccination contre l'hépatite B est **obligatoire** si la personne n'est pas immunisée : **pour les élèves ou étudiants se préparant à l'exercice de certaines professions de santé**. Elle est donc **obligatoire pour exercer en tant qu'aide-soignant-e**.

- La couverture vaccinale très élevée chez les professionnels de santé a fait pratiquement disparaître les contaminations des personnels soignants par le virus de l'hépatite B.

#### **Schéma de vaccination classique**

3 doses, administrées en respectant un intervalle :

- D'au moins un mois entre la 1<sup>re</sup> et la 2<sup>e</sup> dose
- D'au moins six mois entre la 2<sup>e</sup> et la 3<sup>e</sup> dose

#### **Schéma de vaccination accéléré**

Dans les situations où une protection vaccinale doit **être obtenue rapidement** (ici pour l'entrée en formation en septembre), il est possible de procéder à une vaccination **en 3 doses sur 21 jours, suivies d'un rappel un an après.**

**Impérativement** : réaliser une sérologie (prise de sang) de contrôle de l'immunisation après la 3<sup>e</sup> injection (permet de vérifier l'efficacité du vaccin et de vous **autoriser à partir en stage**).

Si le résultat de la prise de sang montre que vous n'êtes pas immunisé, vous devez réaliser une 4<sup>e</sup> injection du vaccin, puis contrôler à nouveau par une prise de sang votre immunisation (le nombre d'injection maximum est de 6).

#### **Il existe des cas particuliers**

- Résistance au vaccin : nécessité d'un suivi par la médecine de santé au travail.
- Antécédent personnel de contamination par le virus de l'hépatite B : suivi médical par médecin traitant.

#### **Décret n° 2019-149 du 27 février 2019 modifiant le décret n° 2007-1111 du 17 juillet 2007 relatif à l'obligation vaccinale par le vaccin antituberculeux BCG**

Extrait de l'arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L-3111-4 du Code de la Santé Publique

#### **Décret n° 2018-42 du 25 janvier 2018 relatif à la vaccination obligatoire, modifiant l'arrêté du 02 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L-3111-4 du Code de la Santé Publique**

.../...

.../... Les personnes visées à l'article L-3111-4 du Code de la Santé Publique sont considérées comme immunisées contre l'Hépatite B si au moins l'une des conditions suivantes est remplie :

.../...

***I. Présentation d'une attestation médicale comportant un résultat, même ancien, indiquant la présence, dans le sérum, d'anticorps anti-HBs à une concentration supérieure à 100 UI/l.***

***II. Si les personnes ne présentent pas le résultat mentionné au 1., il est effectué un dosage des anticorps anti-HBc et des anticorps anti-HBs en vue de la délivrance d'une attestation médicale attestant ou non de l'immunisation contre l'hépatite B.(entre 10 et 100 UI/l)***

.../...

**En l'absence de réponse à la vaccination, se reporter à l'ANNEXE II de l'arrêté du 2 août 2013 : CONDUITE A TENIR SI UNE PERSONNE PRESENTE UN TAUX D'ANTICORPS ANTI-HBs INFERIEUR A 10 UI/l APRES AVOIR RECU UN SCHEMA COMPLET DE VACCINATION CONTRE L'HEPATITE B**