CENTRE HOSPITALIER
DU SUD SEINE ET MARNE
FONTAINEBLEAU • MONTEREAU-FAULT-YONNE • NEMOURS

Région îledeFrance

T3N5-2

# DOSSIER POUR LES CANDIDATS DISPENSÉS DE SÉLECTION
# - ASHQ et AGENTS DE SERVICE -

## FORMATION PRÉPARANT AU DIPLÔME D'ÉTAT D'AIDE-SOIGNANT

## ⇨ RENTRÉE DE JANVIER 2026 ⇦

**INSTITUT DE FORMATION D'AIDES-SOIGNANTS**
CENTRE HOSPITALIER DU SUD SEINE-ET-MARNE
Site de **MONTEREAU-FAULT-YONNE**

**Adresse postale :**

**55, boulevard du Maréchal Joffre 77305 FONTAINEBLEAU Cedex**
**☎ 01.64.31.65.31 💻 ifsi@ch-sud77.fr**

## INFORMATION

La formation d'aide-soignant(e) se déroule sur le site de l'IFAS à Montereau-Fault-Yonne **mais** le présent dossier d'inscription accompagné des pièces à fournir doit être impérativement retourné par voie postale à l'adresse suivante :

**Institut de formation d'aides-soignants**
Centre hospitalier du sud Seine-et-Marne
55, boulevard du Maréchal Joffre
77305 FONTAINEBLEAU Cedex

**au plus tard le : 3 octobre 2025 cachet de la poste faisant foi.**

## CALENDRIER

| | |
|---|---|
| **INSCRIPTION** | |
| Envoi du dossier d'inscription : | **du 7 juillet au 3 octobre 2025** |
| **ADMISSION** | |
| Résultats | **Le mardi 18 novembre 2025 à 10h**<br>Affichage sur le site internet + courriers individuels |
| Confirmation des inscriptions | **Jusqu'au 27 novembre 2025**<br>**Par coupon-réponse fourni avec le courrier des résultats** |
| **RENTREE** | |
| Date | **Le 5 janvier 2026** |

## NOMBRE DE PLACES OUVERTES

Nombre total de places : **7 places**

## CONDITIONS D'ACCÈS À LA FORMATION

***Arrêté du 7 avril 2020 modifié par les arrêtés des 12 avril 2021 et 10 juin 2021 relatif aux modalités d'admission à la formation conduisant aux diplômes d'Etat d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture.***

***Art. 11 :*** Sont dispensés de l'épreuve de sélection, 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 70 heures relative à la participation aux soins d'hygiène, de confort et de bien-être de la personne âgée et d'une ancienneté de services cumulée d'au moins 6 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.

La sélection des candidats est réalisée par l'employeur sur la base des aptitudes à suivre la formation (expression orale et écrite de la langue française, maitrise des opérations numériques simples et des conversions, pratique des outils numériques…) et de la motivation.

## DOCUMENTS A FOURNIR

☐ la fiche d'inscription

☐ une photocopie recto-verso d'une pièce d'identité (CNI ou Titre de séjour)

☐ une lettre de motivation

☐ un curriculum vitae

☐ la ou les attestation(s) de travail permettant de justifier d'une activité professionnelle, en tant qu'A.S.H.Q. ou agent de service, d'une durée d'au moins un an en équivalent temps plein

☐ l'attestation de suivi de la formation continue de 70 heures (le cas échéant) et la/les attestation(s) de travail permettant de justifier d'une ancienneté de services cumulés d'au moins six mois en équivalent temps plein

☐ l'accord de sélection pour départ en formation et financement de l'employeur

## MODALITES DE CLASSEMENT DES DOSSIERS

L'admission en formation se fait sur décision de la directrice de l'institut selon les critères suivants et dans la limite des places ouvertes :

- Conformité du dossier
- Date de dépôt du dossier
- Engagement de financement de la formation

Il n'existe pas de liste complémentaire.

# FICHE D'INSCRIPTION

☐ Madame - ☐ Monsieur

- Nom de naissance : _____
- Nom marital (s'il y a lieu) : _____
- Prénom : _____
- Situation familiale : _____
- Date de naissance : _____
- Lieu de naissance : _____
- N° Département : _____Pays : _____
- Nationalité : _____
- Tél. portable : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
- Adresse e-mail : _____@ _____
- Adresse postale : _____

  Code postal :_____Ville :_____

- **Situation professionnelle actuelle** : _____

Je soussigné(e), (nom et prénom) ……
atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document.

A : Le : ……/ ……../2025

**Signature**

# AUTORISATION DE DIFFUSION SUR INTERNET

Je soussigné(e),

**NOM DE NAISSANCE :** .....

**NOM D'USAGE :** .....

**PRÉNOM :** .....

autorise, **l'institut de formation d'aides-soignants du centre hospitalier du sud Seine-et-Marne** à diffuser sur le site internet (http://www.ch-sud-seine-et-marne.fr/instituts de formation/IFAS), les résultats de la sélection à la formation d'aides-soignants en 2026.

☐ Oui

☐ Non

A : Le : ……/ ……../2025

**Signature**