



## Comment Devenir AIDE-SOIGNANT avec une expérience en tant qu'ASH ?

### Le DOSSIER à CONSTITUER – Formation conduisant au DEAS - Rentrée en Janvier 2025

Préalable à l'entrée en formation conduisant au DEAS conformément **aux Articles 11 et 12 nouveaux** de l'Arrêté du 12 Avril 2021 (candidats ASH ou agents de service dans les établissements sanitaires, ou médico-sociaux, des secteurs public ou privé, ou dans des services d'accompagnement et d'aide au domicile des personnes)

Il n'y a pas de sélection, ni de concours. Par contre votre employeur s'engage à vos côtés pour attester de votre expérience, pour intégrer la Promotion B de l'IFAS\* du CFPBNA en Janvier 2025.

- Fiche de pré-inscription CFPBNA ci-après,
- CV (penser à détailler vos expériences professionnelles en lien avec le métier d'ASH)
- Carte Nationale d'Identité ou titre de séjour (Attention : CNI valable 10 ans quand elle a été faite mineur(e)),
- Lettre de motivation avec projet professionnel,
- Attestation employeur pour justifier de votre expérience en tant qu'ASH ci-après,
- Diplômes éventuels (la copie dans un premier temps, l'original sera vu à la rentrée),
- Tout document utile éventuellement (Lettre de référence, engagement associatif...).

Le dossier sera considéré complet pour la pré-inscription en renvoyant les pièces ci-dessus **en une seule fois**.

- Fiche vaccinale ARS remplie par votre médecin traitant à la pré-inscription, au moins partiellement, et dûment complétée le 30/09/2023.

Pour entrer en formation conduisant au DEAS et « être admis » :

- Tous les documents auront été remis,
- **Le candidat aura passé un entretien de projet au préalable,**
- L'attestation employeur aura été remise et gage d'une demande annexe de financement,
- Un financement acquis pour l'année 2025, sinon report.

Le démarrage prévisionnel de la formation aura lieu le 06 Janvier 2025, la date de fin n'est pas encore fixée mais il faut compter pour un parcours complet 1540 heures et 4 semaines de congés.

Les futurs élèves seront rencontrés à une date fixée ultérieurement, lors d'une pré-rentrée.

Nous restons pour autant à votre entière disposition pour tout questionnement en rapport avec votre candidature, la formation ou son financement.

Vous ferez remplir – dès votre admission connue - le certificat d'aptitude par le médecin agréé, nous vous mettrons à disposition un modèle et une liste de médecins agréés ARS, et nous ne manquerons pas de vous confier l'exhaustivité des documents liés à votre admission définitive.

Rappel de la Rentrée prévisionnelle : le 06 Janvier 2025.

Vous vous acquitterez des 100 € de frais de dossier, une fois admis en formation. Il n'y aura pas de frais pédagogique à votre charge.

IFAS \* : Institut de Formation Aide-Soignant



## Comment Devenir AIDE-SOIGNANT avec une expérience en tant qu'ASH ?

### Le DOSSIER à CONSTITUER – Formation conduisant au DEAS - Rentrée en Janvier 2025

Préalable à l'entrée en formation conduisant au DEAS conformément aux **Articles 11 et 12 nouveaux** de l'Arrêté du 12 Avril 2021 (candidats ASH ou agents de service dans les établissements sanitaires, ou médico-sociaux, des secteurs public ou privé, ou dans des services d'accompagnement et d'aide au domicile des personnes)

#### Partie 1 : Vos Coordonnées

Nom (de naissance) : ..... Prénom : .....  
Nom (d'usage) : ..... Date de naissance : ...../...../.....  
Lieu de naissance : ..... Nationalité : .....  
Adresse : .....  
CP : ..... Ville : .....  
Téléphone fixe : ..... Portable : .....  
Email : .....

#### Partie 2 : Vos diplômes

Dernier diplôme obtenu : .....  
Année d'obtention de ce diplôme : ..... Etablissement : .....  
Autre diplôme que vous voulez mentionner : .....

#### Pour les ressortissants étrangers

*Pensez à la traduction de vos diplômes le cas échéant*

Attestation du niveau de langue française : B2 ou document permettant d'apprécier les capacités et les attendus relatifs à la maîtrise du français à l'oral (cf. Arrêté du 12 avril 2021)

#### Partie 3 : Eléments complémentaires

Avez-vous le permis de conduire ?  Oui  Non  en cours  
Moyen de locomotion :  Véhicule personnel  Transports en commun  Autre :  
Temps Moyen de trajet domicile/IFAS : .....  
Avez-vous une organisation personnelle dont vous voudriez nous faire part : .....  
Engagement éventuel ou expérience personnelle (associative, sportive...)  
Disposez-vous d'un ordinateur ?  Oui  Non D'une imprimante ?  Oui  Non  
D'un accès internet  Oui  Non

**Publication des résultats sur internet :** J'autorise  Je n'autorise pas  l'institut à publier mon identité sur son site internet dans le cadre de la diffusion des résultats (aucun résultat ne sera donné par téléphone).

Tout oubli vaudra une autorisation. Je **certifie sur l'honneur l'exactitude** des renseignements donnés ci-dessus.

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

Signature du candidat :

**Partie 3 : Votre situation en 2024 (au moment de votre inscription)**

En tant que Salarié d'un établissement sanitaire, ou médico-social, du secteur public ou privé, ou dans un service d'accompagnement et d'aide au domicile des personnes, **je présente mon employeur :**

**Nom de l'établissement :** .....  
Nom et fonction du responsable : .....  
Adresse : .....  
CP : ..... Ville : .....  
Téléphone : ..... Email : .....  
Poste occupé par le futur élève aide-soignant : .....  
Type de contrat : CDD CDI Intérim Autre, précisez :

**Partie 4 : La prise en charge de la formation**

Organisme (type TRANSITIONS PRO), précisez ses coordonnées  
Raison sociale : ..... Public Privé  
Nom et fonction du référent : .....  
Adresse : .....  
CP : ..... Ville : .....  
Téléphone : ..... Email : .....  
 Employeur via  Dispositif Pro A ou  Contrat d'apprentissage :  
Raison sociale : ..... Public Privé  
Nom et fonction du Référent RH : .....  
Adresse : .....  
CP : ..... Ville : .....  
Téléphone : ..... Email : .....

Le dossier sera considéré complet pour la pré-inscription en renvoyant les pièces suivantes en une seule fois :

- Fiche de pré-inscription  Carte d'identité ou titre de séjour  CV  Lettre de motivation  
 Attestation employeur (document CFPBNA joint)  Diplômes éventuels  
 Tout document utile (Lettre de référence, attestations de formation continue suivies, engagement associatif...)  
 Fiche vaccinale ARS

J'ai bien noté que tout dossier incomplet sera refusé et non traité, le cas échéant non convoqué pour un entretien de projet.

**Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements donnés ci-dessus.**

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

Signature du candidat ou du tuteur légal (candidat mineur) :

**\*Fiche ARS à jour et documents liés sous pli (Sérologie hépatite B et photocopies de toutes les pages du carnet de vaccinations).** Toute personne refusant les vaccinations obligatoires ne sera pas autorisée à suivre la formation conduisant au DEAS.

**Pensez à signer le recto et le verso du présent imprimé.** Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression de données vous concernant (Loi « informatique et libertés du 6 janvier 1978 article 34 »).

**ATTESTATION EMPLOYEUR**

Préalable à l'entrée en formation conduisant au DEAS conformément **aux Articles 11 et 12 nouveaux** de l'Arrêté du 12 Avril 2021 (candidats ASH ou agents de service dans les établissements sanitaires, ou médico-sociaux, des secteurs public ou privé, ou dans des services d'accompagnement et d'aide au domicile des personnes)

**Coordonnées de l'établissement employeur :**

Nom du Directeur/Directrice/Responsable Ressources Humaines : .....

Etablissement : .....

Adresse : .....

Numéro de téléphone : .....

**Coordonnées du salarié sélectionné pour suivre la formation conduisant au DE - Aide-Soignant**

Nom d'usage : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Numéro de téléphone : .....

Je soussigné(e), M/MME .....

assure que M/MME .....

Salarié (e) dans notre établissement depuis le / / :

- A bien exercé en tant qu'Agent de Service Hospitalier ou employé de service (secteur privé) durant plus de 1607 Heures,
- A bien exercé en tant qu'Agent de service hospitalier ou Employé de service (secteur privé) durant plus de 804 heures, et a suivi la formation des 70 heures dédiée,
- A été sélectionné(e) par l'établissement pour suivre la formation conduisant au DE Aide-Soignant dès la rentrée de janvier 2025 (articles 11 et 12 nouveaux de l'Arrêté du 12 avril 2021 relatif aux conditions d'accès à la formation conduisant au DEAS).

Je donne donc mon accord pour son départ en formation. Et :

Atteste la validation à terme de sa demande de Congé de Formation et assure les coûts de formation *dans le cadre de la Formation Professionnelle continue* (dispositif de la Pro A, Apprentissage, etc)

Ou :

Atteste la validation à terme de sa demande de Congé de Formation sur la plateforme de prise en charge financière Transition Pro ou le cas échéant via notre OPCO (OPCO Santé, ...)

La présente *attestation* est délivrée pour servir et *valoir* ce que de *droit*.

Signature et Cachet de l'établissement