

ASHQ – Agent de service

Dossier de demande d’inscription en formation Aide-Soignante

Session de formation 26 août / 18 juillet 2025

Public visé sous condition (cf. arrêté p.2 – Article 11) :

- Les agents des services hospitaliers qualifiés de la fonction publique hospitalière
- Les agents de service

SOMMAIRE

	page		page
Condition d’accès à la formation - Cadre législatif	2	Calendrier et restitution du dossier	4
Quota – Nombre de places	2	Fiche d’inscription	5
Dispenses et aménagements spécifiques	3	Annexe 1	6
Report de formation	3	Annexe 2	7
Coût pédagogique de la formation	3	Annexe 3	8
Communication des résultats	3	Annexe 3 bis	9
Financement	3	Annexe 4	10
Liste des pièces à fournir	4	Certificat médical d’aptitude	11
		Attestation médicale d’immunisation et de vaccinations obligatoires	12-13

CONDITION D'ACCÈS A LA FORMATION - CADRE LÉGISLATIF

Arrêté du 12 avril 2021 modifié relatif aux conditions d'accès aux formations conduisant aux diplômes d'Etat d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture.

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 services 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.

Les personnels visés aux 1. et 2. sont directement admis en formation **sur décision du directeur de l'institut de formation** concerné, dans les conditions prévues au II de l'article 12.

Art. 08 ter : L'admission définitive dans un institut de formation d'aides-soignants est subordonnée :

1° A la production, au plus tard le jour de la rentrée, d'un **certificat médical émanant d'un médecin agréé** 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, au plus tard le jour de la rentrée, **d'un certificat médical** attestant que l'élève remplit les obligations d'immunisation et de vaccination prévues.

- Vaccinations obligatoires (Article L.3111-4 du code de la santé publique) : **Hépatite B** - Diphtérie - Tétanos - DTpolio
- Vaccinations recommandées par le Haut Comité de Santé Publique : coqueluche - rougeole - grippe saisonnière - rubéole - varicelle - COVID-19

Les 2 certificats à compléter vous sont transmis dans ce dossier d'inscription, afin de vous organiser dès maintenant.

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

QUOTA

Nombre de places disponibles	QUOTA (min 20%)	Report(s) (places réservées)	Places ouvertes à la sélection
• Session août 2024	21	4	17

DISPENSES ET AMÉNAGEMENTS SPÉCIFIQUES DE LA SCOLARITÉ

Sous réserve d'être admis à suivre la formation dans les conditions fixées par l'arrêté du 7 avril 2020 modifié susvisé par les arrêtés du 12 avril et 10 juin 2021, des équivalences de compétences, de blocs de compétences ou des allègements partiels ou complets de certains modules de formation sont accordées aux élèves titulaires des titres ou diplômes suivants :

- 1° Le diplôme d'Etat d'auxiliaire de puériculture ;
- 2° Le diplôme d'assistant de régulation médicale ;
- 3° Le diplôme d'Etat d'ambulancier ;
- 4° Le baccalauréat professionnel Services aux personnes et aux territoires (SAPAT) ;
- 5° Le baccalauréat professionnel Accompagnement, soins et services à la personne (ASSP) ;
- 6° Les diplômes ou certificats mentionnés aux articles [D. 451-88](#) et [D. 451-92](#) du code de l'action sociale et des familles :
 - diplôme d'Etat d'accompagnement éducatif et social,
 - diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale ou certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile ou la mention complémentaire aide à domicile,
 - diplôme d'Etat d'aide médico-psychologique ou certificat d'aptitude aux fonctions d'aide médico-psychologique;
- 7° Le titre professionnel d'assistant de vie aux familles ;
- 8° Le titre professionnel d'agent de service médico-social.

Les personnes susmentionnées bénéficient des mesures d'équivalences ou d'allègement de suivi ou de validation de certains blocs de compétences selon les modalités fixées à l'annexe VII du présent arrêté. Leur parcours de formation et les modalités d'évaluation des blocs de compétences ou des compétences manquantes en vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'aide-soignant sont définies dans ladite annexe.

POSSIBILITÉ DE REPORT DE FORMATION

Par dérogation à l'article 8, le directeur de l'institut de formation peut accorder, pour une durée qu'il détermine et dans la limite cumulée de deux ans, un report pour l'entrée en scolarité dans l'institut de formation :

1. Soit, de droit, en cas de congé pour cause de maternité, de rejet du bénéfice de la promotion professionnelle ou sociale, de rejet d'une demande de congé formation, de rejet d'une demande de mise en disponibilité, de report d'un contrat d'apprentissage ou pour la garde d'un enfant de moins de quatre ans ;
2. Soit, de façon exceptionnelle, sur la base des éléments apportés par le candidat justifiant de la survenance d'un événement important l'empêchant de débiter sa formation.

Tout candidat bénéficiant d'un report d'admission doit, au moins trois mois avant la date de rentrée prévue, confirmer son intention de reprendre sa scolarité à ladite rentrée.

COMMUNICATION DES RÉSULTATS

La liste des candidats retenus en formation est affichée au siège de l'institut de formation et publiés sur internet, dans le respect des conditions en vigueur de communication des données personnelles des candidats.

Chaque candidat est informé personnellement par mail et par courrier. Il dispose d'un délai de sept jours ouvrés pour valider son inscription en institut de formation. Au-delà de ce délai, il est présumé avoir renoncé à son admission.

FINANCEMENT DE LA FORMATION

- Financement employeur, promotion professionnelle, Transitions pro, OPCO,..
- Financement Compte Personnel de Formation (CPF),
- Financement personnel, ...

Le Conseil Régional de Bretagne ne prend pas en charge la formation des élèves admis par le biais de la sélection de l'article 11.

COÛT PEDAGOGIQUE DE LA FORMATION

- **Coût de scolarité 2024-2025 * en cursus complet :**

Coût de scolarité cursus complet	6930,00 €
----------------------------------	-----------

- **Coût de scolarité 2024-2025 * en cursus partiel (pour les titulaires d'un baccalauréat professionnel)**

SAPAT	5760,00 €
ASSP	5140,00 €

- **Coût de la scolarité 2024-2025 * en formation passerelle :**

Passerelle Auxiliaire de Puériculture (niveau 3)	4700,00 €
Passerelle Auxiliaire de Puériculture (niveau 4) – nouveau / sessions postérieures à 2021	4250,00 €
Passerelle Ambulancier	6050,00 €
Passerelle Accompagnant Educatif & Social (id. AVS, MCAD et AMP)	5950,00 €
Passerelle Accompagnant Educatif et Social – nouveau / sessions postérieures à 2021	5510,00 €
Passerelle Assistant de Vie aux Familles	6020,00 €
Passerelle ARM - Assistant de régulation médical (nouveau)	5950,00 €
Passerelle ASMS - Agent de service médico-social nouveau)	6170,00 €

** sous réserve d'évolution en lien avec un arrêté, un texte ou une décision de la Région.*

LISTE DES PIÈCES A FOURNIR

<input type="checkbox"/>	Fiche d'inscription dûment complétée, datée et signée
<input type="checkbox"/>	Copie carte nationale d'identité , passeport ou carte de séjour en cours de validité (copie recto-verso sur une même page et lisible)
<input type="checkbox"/>	Lettre de motivation manuscrite
<input type="checkbox"/>	Curriculum vitae
<input type="checkbox"/>	Copie(s) des diplôme(s) et/ou des titre(s) obtenu(s) traduit en français
<input type="checkbox"/>	Pour les ressortissants étrangers, une attestation du niveau de langue française requis B2 lorsque le niveau de français à l'écrit et à l'oral ne peut être vérifié à travers les pièces produites dans le dossier, au regard notamment de leur parcours scolaire, de leurs diplômes et titres ou de leur parcours professionnel. A défaut, ils produisent tout autre document permettant d'apprécier les capacités et les attendus relatifs à la maîtrise du français à l'oral.
<input type="checkbox"/>	Annexe 1 à faire compléter
<input type="checkbox"/>	Attestation de formation 70 heures des ASH pour les candidats concernés
<input type="checkbox"/>	Information sur la prise en charge financière de la formation : Annexe 2 à compléter
<input type="checkbox"/>	Si financement employeur, attestation d'accord de financement à fournir le plus tôt possible : Annexe 3
<input type="checkbox"/>	Si financement personnel, attestation de prise en charge : Annexe 3bis
<input type="checkbox"/>	Equivalences de compétences et allègements de formation uniquement pour les candidats concernés : Annexe 4
<input type="checkbox"/>	Certificat médical de non contre-indication à la profession d'aides-soignants complété par un médecin ARS
<input type="checkbox"/>	Attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires à faire compléter

CALENDRIER ET RESTITUTION DU DOSSIER COMPLET

Début des inscriptions	Vendredi 16 février 2024
Clôture des inscriptions	Lundi 10 juin 2024 - 15h (date et heure limite du dépôt à l'institut)
Affichage de l'admission	Vendredi 05 juillet 2024 à 14h (IFAS / internet sauf avis contraire lors de l'inscription)

Procédure d'envoi du dossier de candidature :

<p>⇒ Par voie postale (lettre suivie ou recommandée conseillée)</p> <p>Candidat DOM TOM : Le dossier devra être obligatoirement transmis avant la date de clôture par mail en un seul fichier PDF enregistré au NOM du candidat : agnes.bougeard@chu-rennes.fr</p>		<p>PFPS IFAS CHU Pontchaillou Sélection Admission 2 rue Henri le Guilloux 35033 RENNES Cedex 09</p>
<p>OU :</p> <p>⇒ Dépôt à <u>l'accueil des instituts de formation</u> Ou dépôt boîte aux lettres du PFPS</p>		<p><u>Entrée A,</u> Heures d'ouverture 8h30 12h – 13h 16h30</p>
<p>Date limite de dépôt du dossier à l'institut : lundi 10 juin 2024 – 15h (Tous dossiers reçus à l'institut après cette date ne seront pas pris en compte)</p> <p>PFPS IFAS CHU Pontchaillou Sélection Admission 2 rue Henri le Guilloux – 35033 RENNES CEDEX 09</p>		



POLE DE FORMATION DES
PROFESSIONNELS DE SANTE

Institut de Formation d'Aides-Soignants

FICHE D'INSCRIPTION

POUR LES AGENTS DES SERVICES HOSPITALIERS QUALIFIES DE LA
FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE ET LES AGENTS DE SERVICE

A RETOURNER AVANT LE LUNDI 10 JUIN 2024

*IFAS Hôpital Pontchaillou, Sélection Admission,
2 rue Henri le Guilloux 35033 RENNES CEDEX 9*

IDENTITÉ en lettre CAPITALE

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénom : Nationalité :

Date de naissance : !__!__!__! Age : !__!__!

Lieu de naissance : Département de naissance : !__!__!

Tél. fixe : !__!__!__!__! E.mail :@.....

Tél. portable : !__!__!__!__!__!__!

J'autorise l'Institut à publier mon identité sur internet dans le cadre de la diffusion des résultats : OUI NON

Adresse actuelle

N° - Rue :

CP : !_____!

VILLE :

Adresse pendant la formation (si différente)

N° - Rue :

CP : !_____!

VILLE :

NOM Prénom, lien de parenté et téléphone de la personne à contacter en cas de nécessité :

..... Tel : !__!__!__!__!__!__!

MOYEN DE LOCOMOTION : PERMIS : OUI NON EN COURS - VEHICULE PERSONNEL : OUI NON

SITUATION ACTUELLE

Salarié(e), si oui dans quel Etablissement :

Inscrit au Pôle Emploi Indemnisé Non indemnisé

Autre

Engagement du candidat

Je soussigné(e)

- Atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document
- Atteste sur l'honneur avoir pris connaissance des dispositions vaccinales obligatoires pour l'entrée en formation

Fait à : le : Signature
du candidat :

signature



POLE DE FORMATION DES
PROFESSIONNELS DE SANTE

FICHE D'INSCRIPTION
INSTITUT DE FORMATION D'AIDES-SOIGNANTS 2024
ANNEXE 1

ATTESTATION

Je soussigné(e),

Directeur de l'établissement de santé :

Nom :

Adresse :

.....

Atteste que M. ou Mme :

Cochez la case correspondante

- A été ou est salarié(e) de l'entreprise en tant que **ASHQ** ou **Agent de service** et justifie d'une ancienneté de service cumulé **d'au moins 1 an en équivalent temps plein** effectués au sein d'un ou plusieurs établissements sanitaires et médicaux sociaux des secteurs public et privé ou dans des services d'accompagnement et d'aide au domicile des personnes.

Période : du : ! ____ ! ____ ! ____ ! au : ! ____ ! ____ ! ____ !

OU

- ASH, A suivi 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

A été ou est salarié(e) de l'entreprise en tant que **ASH** et justifie d'une ancienneté de service cumulé **d'au moins 6 mois en équivalent temps plein** effectué 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.

Période : du : ! ____ ! ____ ! ____ ! au : ! ____ ! ____ ! ____ !

Le,

Cachet et signature,

signature



POLE DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE
Institut de Formation d'Aides-Soignants

INFORMATION SUR LA PRISE EN CHARGE FINANCIERE DE VOTRE FORMATION ANNEXE 2

NOM : **PRENOM :**

NOM D'USAGE : **Date de naissance :** ! ___ ! ___ ! ___ ! **Age :** ! ___ !

QUI FINANCE VOTRE FORMATION ?

EMPLOYEUR :

⇒ Nom de la structure :

⇒ Adresse :

⇒ Numéro de téléphone : ! ___ ! ___ ! ___ !

⇒ Nom de l'interlocuteur :

* Demande en cours - Décision le :

* Demande acceptée - Joindre l'accord de prise en charge de la formation (cf annexe 3)

En cas de refus de financement : transmettre à l'institut une demande de report (joindre courrier + justificatif de refus)

Transitions Pro :

Demande en cours - Décision le :

Demande acceptée - Joindre l'accord de prise en charge

En cas de refus de financement : transmettre à l'institut une demande de report (joindre courrier + justificatif de refus)

OPCO (Unifaf, Unifformation,..) :

⇒ Indiquer le nom de l'OPCO :

Demande en cours - Décision le :

Demande acceptée - Joindre l'accord de prise en charge

En cas de refus de financement : transmettre à l'institut une demande de report (joindre courrier + justificatif de refus)

COMPTE PERSONNEL DE FORMATION : Montant : | _____, _____ €|

et /ou

FINANCEMENT PERSONNEL : **OUI** (cf annexe 3 bis) **NON**

(si oui, une convention de formation vous sera adressée)

Autre (précisez) :

NB : Le Conseil Régional **ne prend pas en charge la formation** par le biais de la sélection par l'art. 11.



POLE DE FORMATION DES
PROFESSIONNELS DE SANTE

FICHE D'INSCRIPTION AU CONCOURS AIDE-SOIGNANT 2024

ANNEXE 3

**Engagement de financement
par l'employeur (autre que le CHU)**

Je soussigné(e),

Directeur de l'établissement :

Nom :

Adresse :

Atteste que

est salarié(e) de l'établissement,

Bénéficiera d'une prise en charge financière pour le coût de la scolarité de la formation
aide-soignante 2024/2025 établi par l'IFAS.

Le,

Cachet et signature,

signature



POLE DE FORMATION DES
PROFESSIONNELS DE SANTE

FICHE D'INSCRIPTION AU CONCOURS AIDE-SOIGNANT 2024
ANNEXE 3 bis

**Engagement de financement
personnel**

Je soussigné(e),

Nom Prénom :

Adresse :

Confirme prendre en charge le coût de la scolarité de la formation aide-soignante
2024/2025 établi par l'IFAS.

Le,
Signature,

signature

Equivalences de compétences et allègements de formation pour l'accès au diplôme d'Etat d'Aide-soignant

ANNEXE 4

Nom :

Nom d'usage :

Prénom :

Date de Naissance : |__|__|____|

Je déclare, posséder (cocher la case correspondante) :

	Diplômes / titres	Date d'obtention
<input type="checkbox"/>	Diplôme d'Etat d'auxiliaire de puériculture (DEAP)
<input type="checkbox"/>	Diplôme d'assistant de régulation médicale (ARM)
<input type="checkbox"/>	Diplôme d'Etat d'ambulancier (DEA)
<input type="checkbox"/>	Baccalauréat professionnel ASSP
<input type="checkbox"/>	Baccalauréat professionnel SAPAT
<input type="checkbox"/>	- Diplôme d'Etat d'accompagnement éducatif et social, - Diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale ou certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile ou la mention complémentaire aide à domicile, - Diplôme d'Etat d'aide médico-psychologique ou certificat d'aptitude aux fonctions d'aide médico-psychologique ;
<input type="checkbox"/>	Titre professionnel d'assistant de vie aux familles (TPAVF)
<input type="checkbox"/>	Titre professionnel d'agent de service médico-social (TPASMS)

Le diplôme obtenu devra être joint au dossier.

Le, |__|__|____|

Signature,

signature

Synthèse des volumes horaires de formation à réaliser pour l'accès au DE AS en fonction la certification déjà obtenue par le candidat											
DEAS 2021	DEAS 2021 (formation complète)	DEAP 2006 (niveau3)	DEAP 2021 (niveau4)	BAC PRO ASSP 2011 (niveau 4)	BAC PRO SAPAT 2011 (niveau 4)	Titre professionnel ADVF (niveau 3)	Titre professionnel ASMS (niveau 3)	DEAS 2021 (niveau3)	DEAES 2016 Spécialités (niveau 3)	ARM 2019 (niveau 4)	Ambulancier 2006 (niveau 3)
Accompagnement individuel	77	77	77	77	77	77	77	77	77	77	77
BLOC 1	168	98	77			98	112	112	112	147	168
BLOC 2	294	98	70	294	294	259	294	224	273	217	203
BLOC 3	91	21				21	56	21	21	42	42
BLOC 4	35					35	35	21	35	35	21
BLOC 5	105	35				105	77	63	35	35	63
Formation clinique	770	245	245	350	490	595	595	420	420	595	595
Total formation théorique	770	329	224	371	511	567	602	455	553	553	574
Total cursus (théorie et clinique)	1540	574	469	721	1001	1162	1197	875	973	1148	1169

Le détail par bloc de compétences est décrit dans les tableaux d'équivalence.

Fiches parcours : les contenus de formation théorique et clinique ainsi que les modalités d'évaluation sont consultables sur le site du ministère chargé de la santé.



Pôle de Formation des professionnels de santé
Institut de Formation d'Aides-Soignants

**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION
A LA PROFESSION D'AIDES-SOIGNANTS**

(à faire compléter **par un médecin agréé*** par l'Agence Régionale de Santé

Selon l'article 13 de l'arrêté du 22 octobre 2005 modifié)

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

Atteste que : M./Mme

Né(é) le : ! ____ ! ____ ! ____ !

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

Fait à, le ! ____ ! ____ ! ____ !

Cachet : Signature :

.....

*liste disponible par département : <https://www.bretagne.ars.sante.fr/les-medecins-agrees-1>



**Pôle de Formation des professionnels de santé
Institut de Formation en Aide-Soignant**

ATTESTATION MÉDICALE D'IMMUNISATION ET DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES

Des personnes mentionnées à l'article L3111-4 du code de la santé publique

Je soussigné(e), Docteur

Atteste que : M./Mme

Né(e) le |__|_|__| à

Candidat à l'entrée en formation en IFAS (Institut de Formation aide-soignant)

Est immunisé(e) :

- **Contre la DIPHTERIE, le TETANOS et la POLIOMYELITE :**

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 :	oui	non
- Non répondeur (se) à la vaccination (après l'administration de 6 doses) :	oui	non
- Nécessitant un avis spécialisé	oui	non

- **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 tuberculiques.*

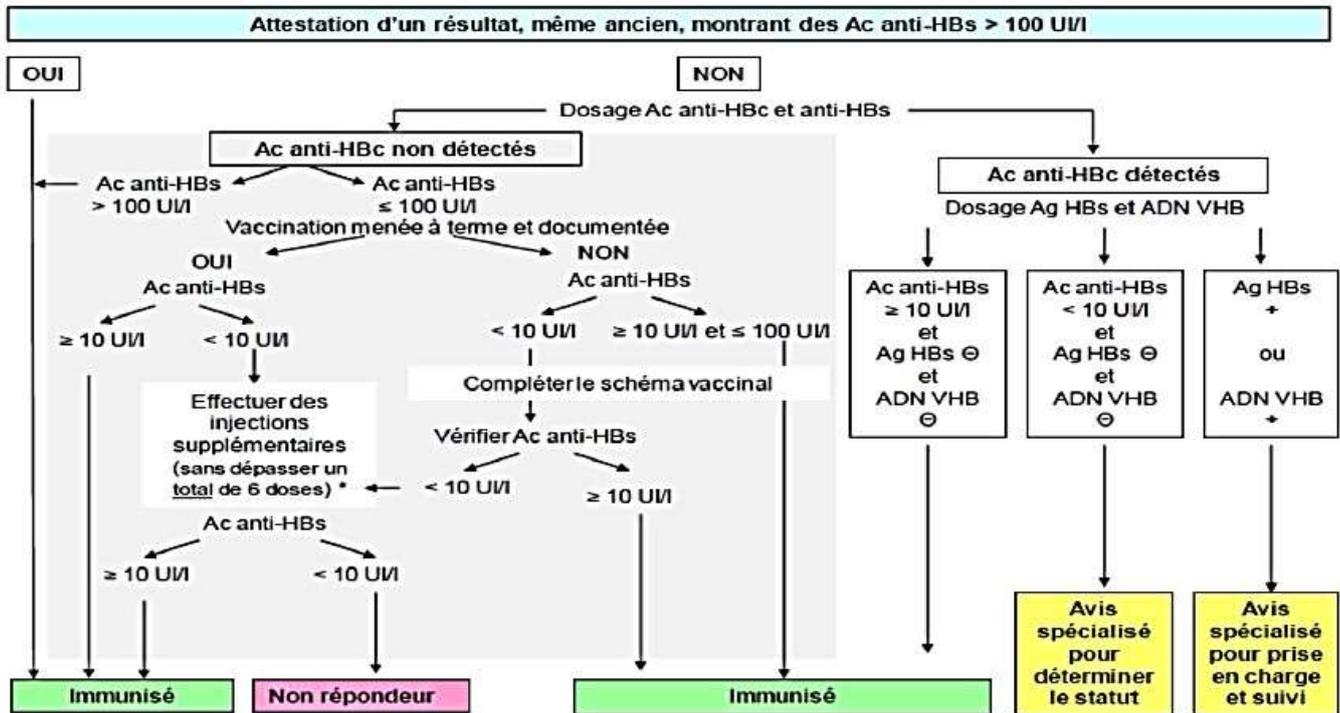
Le : !__!__!__!

Signature et Cachet du médecin :

Nota bene : Selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour les étudiants et professionnels de santé, il est par ailleurs recommandé être immunisé contre **la COVID-19, la coqueluche, la rougeole, la rubéole et les oreillons (ROR), la varicelle et la grippe aisonnière**, 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.

SCHÉMA DE VACCINATION ET IMMUNISATION CONTRE L'HÉPATITE B

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/>)