



# Dossier de demande d'inscription en formation Aide-Soignante

- Les candidats avec employeurs (ASH de la formation professionnelle continue avec 1 an d'ancienneté).

-Les ASH ayant suivi la formation 70h (de janvier 2021 à décembre 2022) portant sur la participation aux soins d'hygiène, de confort et de bien-être de la personne âgées .

## Rentrée le 24 août 2026

### SOMMAIRE

Conditions d'accès à la formation .....	page 2
Demande de dispense et d'aménagement spécifique de la scolarité .....	page 3
Places disponibles .....	page 3
Réception du dossier .....	page 3
Liste des pièces à fournir .....	page 4
Fiche d'inscription .....	page 5
Communication des résultats .....	page 6
Possibilité de report d'admission .....	page 6
Coût de scolarité .....	page 6
Aides financières possibles .....	page 6
Attestation de service annexe 1 et 2 .....	page 7 à 8
Attestation de prise en charge financière annexe 3 .....	page 9
Certificat médical d'aptitude .....	page 10
Attestation médicale d'immunisation et de vaccination .....	page 11 à 12
Infos vaccinations .....	page 13

## CONDITIONS D'ACCES À LA FORMATION

L'entrée en formation aide –soignante est réglementée par l'Arrêté du 07 avril 2021, relatif aux modalités d'admission aux formations conduisant aux diplômes d'Etat d'aide -soignant et d'auxiliaire de puériculture, et modifié par l'arrêté du 12 avril 2021 portant diverses modifications relatives aux conditions d'accès aux formations conduisant aux diplômes d'Etat d'Aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture.

### Art.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.

**Pour pouvoir bénéficier d'une dispense de sélection, les candidats se présentant dans le cadre de la formation « ASH 70H » doivent avoir réalisé celle-ci dans le cadre prévu par la circulaire dédiée c'est-à-dire sur la période réglementaire de janvier 2021 à décembre 2022.**

Art. 8 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, avant la date d'entrée au premier stage (début octobre 2021), **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

**N'attendez pas votre entrée en formation pour prendre contact avec votre médecin traitant car 6 mois sont à prévoir pour effectuer le protocole complet des vaccinations. (cf. pages 11 et 12)**

## **Demande de dispense et d'aménagementspécifique de la scolarité**

Selon votre expérience professionnelle et vos formations antérieures, il est possible de demander une dispense d'un ou plusieurs modules de formation.

Un formulaire de demande de dispense vous sera adressé ultérieurement. Cette demande sera à envoyer au secrétariat de l'IFAS pour étude par l'institut.

Selon votre situation personnelle vous pouvez bénéficier d'aménagement de scolarité (femmes enceintes, en situation de proche aidant, personne en situation de handicap...), un formulaire vous sera alors envoyé sur demande.

**PLACES DISPONIBLES : 10**  
**(Sous réserve des modifications de quotas)**

## **RECEPTION DU DOSSIER**

<b>Clôture dépôt du dossier</b> <b>Fin des inscriptions</b>	<b>Mercredi 10 juin 2026 à 12h</b>
--	------------------------------------

**Par voie postale (lettre en recommandé conseillée) :**

IFPS du CH de Fougères – ZA de la Grande Marche – 6 rue Claude Bourgelat  
35133 JAVENE

**ou par dépôt dans la boîte aux lettres de l'IFPS**

**(boîte aux lettres située à côté du portail de l'entrée du parking de l'IFPS)**

## Liste des pièces à fournir

- Fiche d'inscription ;
- 1 Photocopie de la carte nationale d'identité, passeport ou un titre de séjour valide à l'entrée en formation (copie recto-verso lisible) ;
- Une lettre de motivation ;
- Un curriculum vitae ;
- La copie des originaux des diplômes ou titres traduits en français ;
- Selon votre situation :
  - une attestation de suivi de la formation continue de 70 heures (**pour les personnes ayant réalisé la formation entre janvier 2021 et décembre 2022, l'acceptation en formation se fera sous réserve de cette attestation**) 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 [annexe 1](#)
  - une attestation d'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 [annexe 2](#)
- Attestation d'accord de financement de formation de votre employeur (à fournir dès que possible) [annexe 3](#)
- Dossier médical [annexe 4](#)

Pour les ressortissants étrangers :

- une attestation de niveau de langue française égal ou supérieur au niveau B2, lorsque le niveau de français à l'écrit et à l'oral ne peut être vérifié à travers les pièces produites ci-dessus, au regard notamment de votre parcours scolaire, de vos diplômes et titres ou de votre parcours professionnel. A défaut, produire tout autre document permettant d'apprécier les capacités et les attendus relatifs à la maîtrise du français à l'oral.

# FICHE D'INSCRIPTION

## ETAT CIVIL

NOM DE NAISSANCE : ..... PRENOM : .....

NOM D'USAGE : ..... NATIONALITE : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... LIEU DE NAISSANCE : ..... DEPARTEMENT : .....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

TELEPHONE FIXE : ..... MOBILE : .....

ADRESSE MAIL (**obligatoire**) : .....

GENRE : Féminin  Masculin  Non généré

## DIPLOMES

Titre ou diplôme :

..... Date d'obtention : .....

..... Date d'obtention : .....

..... Date d'obtention : .....

## FINANCEMENT

Merci de préciser l'adresse de l'entreprise ou de l'organisme :

Raison sociale : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

## ENGAGEMENT DU CANDIDAT

Je certifie avoir pris connaissance des modalités de sélection

Fait à ..... le .....

Signature :

## Communication des résultats

Vous serez informé individuellement par mail, de l'acceptation de votre demande.  
Aucun résultat ne sera transmis par téléphone.

## Possibilité de report d'admission

Art. 13 : « 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. »

**Coût de scolarité 2025-2026 en cursus complet : 7600 €**

## Aides financières possibles

Le coût de scolarité peut être pris en charge en totalité par la Région Bretagne dans le cadre de la gratuité de la formation d'aide-soignant ou selon le statut du candidat notamment pour les demandeurs d'emploi.

Tous les renseignements utiles pourront être fournis par le secrétariat de l'IFAS par mail [secretariat@ifps-chfougeres.bzh](mailto:secretariat@ifps-chfougeres.bzh) ou téléphone 02 99 17 70 18

- Rémunérations  
Peuvent éventuellement être accordées aux élèves aides-soignants qui ont exercé une activité professionnelle :
  - Une allocation versée par France Travail (contacter France Travail anciennement Pôle Emploi)
  - Un congé individuel de formation (contacter l'employeur puis l'organisme qui gère cette aide : OPCO , TRANSITIONS PRO, ...)
  - Une promotion professionnelle
- Prise en charge des frais pédagogiques  
Le Conseil Régional assure intégralement la prise en charge des coûts pédagogiques en formation pour les publics suivants :
  - Jeunes sortant du système scolaire
  - Demandeurs d'emploi inscrits à Pôle emploi
  - Personnes en contrat aidé ou en contrat précaire
- Bourses d'études  
Les élèves aides-soignants peuvent bénéficier de bourses d'études délivrées par le Conseil Régional de Bretagne après admission définitive en formation. Ces bourses sont attribuées en fonction des revenus de l'élève ou de sa famille. Les élèves ne peuvent bénéficier de Bourses de l'Etat.  
Ces bourses ne sont pas cumulables avec les allocations versées par France Travail.

**ATTESTATION**  
**de service en tant que ASH ou Agent de service 6 mois d'ancienneté**  
**+ détention de l'attestation ASH 70 heures**  
**(formation suivie entre janvier 2021 et décembre 2022)**

Je soussigné(e), .....

Directeur de l'établissement de santé : .....

Nom : .....

Adresse : .....

.....

Atteste que M. ou Mme .....

- 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 entre janvier 2021 et décembre 2022

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,



**ATTESTATION**

**de service en tant que ASHQ de la fonction publique hospitalière et agent de service 1 an d'ancienneté**

Je soussigné(e), .....  
Directeur de l'établissement de santé : .....  
Nom : .....  
Adresse : .....

Atteste que M. ou Mme  
.....

- a été ou est salarié(e) de l'entreprise en tant que ASHQ et justifie d'une ancienneté
- de service cumulé d'au moins 1 an en équivalent temps plein.

Période : du ..... : au : .....

Le,  
Cachet et signature,

Institut de Formation d'Aides-Soignants

**PRISE EN CHARGE**

NOM de NAISSANCE : ..... PRENOM : .....

NOM D'USAGE : ..... Date de naissance : ..... Age : .....

**Par le biais du Conseil Régional :**

**Inscrit à France Travail (anciennement Pôle Emploi) :**

⇒ Indiquer votre numéro d'identifiant : .....

(Joindre une attestation d'inscription à France Travail 2023)

et précisez si vous êtes :

Demandeur d'emploi indemnisé (joindre le dernier avis de situation)

Demandeur d'emploi non indemnisé (joindre un justificatif de non indemnisation)

**Par le biais de votre Employeur :**

**Employeur :**

⇒ Nom de la structure : .....

⇒ Adresse : .....

⇒ Numéro de téléphone : ! \_ ! \_ ! \_ ! \_ !

⇒ Nom de l'interlocuteur : .....

⇒ **Transmettre une attestation de prise en charge du montant de la formation par l'employeur**

**Transitions Pro :**

Demande en cours

Demande acceptée - Joindre l'accord de prise en charge

Demande refusée - Va faire une demande de report (joindre justificatif de refus)

**OPCO :**

⇒ Indiquer le nom de l'OPCO : .....

Demande acceptée - Joindre l'accord de prise en charge

Demande en cours

**Promotion professionnelle :**

⇒ Indiquer nom et adresse de la structure : .....

.....

**Autre (précisez) :** .....

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 : Mr/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 .....

Tampon :

Signature :

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

**ATTESTATION MEDICALE D'IMMUNISATION ET DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES  
DES PERSONNES MENTIONNEES A L'ARTICLE L3111-4 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE**

Candidat(e) à l'inscription à la formation a été vacciné(e) :

**Hépatite B** : (3 injections obligatoires)

Schéma classique	Schéma accéléré	Schéma vaccinal réalisé :	Si la vaccination est planifiée prochaine injection prévue le :	Nom du vaccin	N° lot
J0	J0	Date 1 <sup>ère</sup> injection : <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100px;"> <span>□</span><span>□</span><span>□</span><span>□</span><span>□</span><span>□</span><span>□</span><span>□</span><span>□</span><span>□</span> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100px;"> <span>□</span><span>□</span><span>□</span><span>□</span><span>□</span><span>□</span><span>□</span><span>□</span><span>□</span><span>□</span> </div>		
M1	J7/10 <sup>2</sup>	Date 2 <sup>ème</sup> injection : <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100px;"> <span>□</span><span>□</span><span>□</span><span>□</span><span>□</span><span>□</span><span>□</span><span>□</span><span>□</span><span>□</span> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100px;"> <span>□</span><span>□</span><span>□</span><span>□</span><span>□</span><span>□</span><span>□</span><span>□</span><span>□</span><span>□</span> </div>		
M6	J21	Date 3 <sup>ème</sup> injection : <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100px;"> <span>□</span><span>□</span><span>□</span><span>□</span><span>□</span><span>□</span><span>□</span><span>□</span><span>□</span><span>□</span> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100px;"> <span>□</span><span>□</span><span>□</span><span>□</span><span>□</span><span>□</span><span>□</span><span>□</span><span>□</span><span>□</span> </div>		

M : mois J : Jours

<sup>2</sup> **Schémas vaccinaux accélérés contre l'hépatite B** : les nouvelles recommandations du HCSP pour les situations listées ci-dessus, l'application d'un schéma accéléré comportant l'administration en primo-vaccination de trois doses en 21 jours, selon les AMM des deux 2 vaccins concernés : ENGERIX B 20 µg/1 ml et GENEVAC B PASTEUR 20 µg/0,5 ml. Afin d'assurer une protection au long cours, le rappel à 12 mois est indispensable.

A réaliser 1 mois après la 3 <sup>ème</sup> injection		Titrage Anticorps Anti-HBs	Résultat Ac anti-HBs : ..... <b>Fournir la copie du résultat</b>
En fonction de votre résultat :			
Si Ac Anti-HBs	Inférieur à 10 UI / litre	Etude de la poursuite du schéma vaccinal par votre Médecin	Prescription du médecin .....
Si Ac Anti-HBs	Inférieur à 10 et 100 UI / litre	Recherche des anticorps anti-HBc	Résultat anti-HBc : .....UI/litre <b>Fournir copie du résultat</b>
Au-delà de 100 UI/litre		Pas de titrage complémentaire	.....

- Et est immunisé(e):  oui  non
- Est non répondeur (se) à la vaccination (après administration de 6 doses) :  oui  non
- Nécessite un avis spécialisé :  oui  non

♦ **Diphtérie, le tétanos et la poliomyélite :**

Nom du vaccin	Date	N° lot

♦ **Par le BCG**

Vaccin intradermique ou Monovax®	Date (dernier vaccin) ou mention non vacciné	N° lot

\*Le décret n°2019-149 du 27 février 2019 a suspendu l'obligation de vaccination par le BCG toutefois, il appartient au médecin du travail de proposer la vaccination à certains professionnels à risque élevé d'exposition au bacille tuberculeux (R4426-6 du code du travail)

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

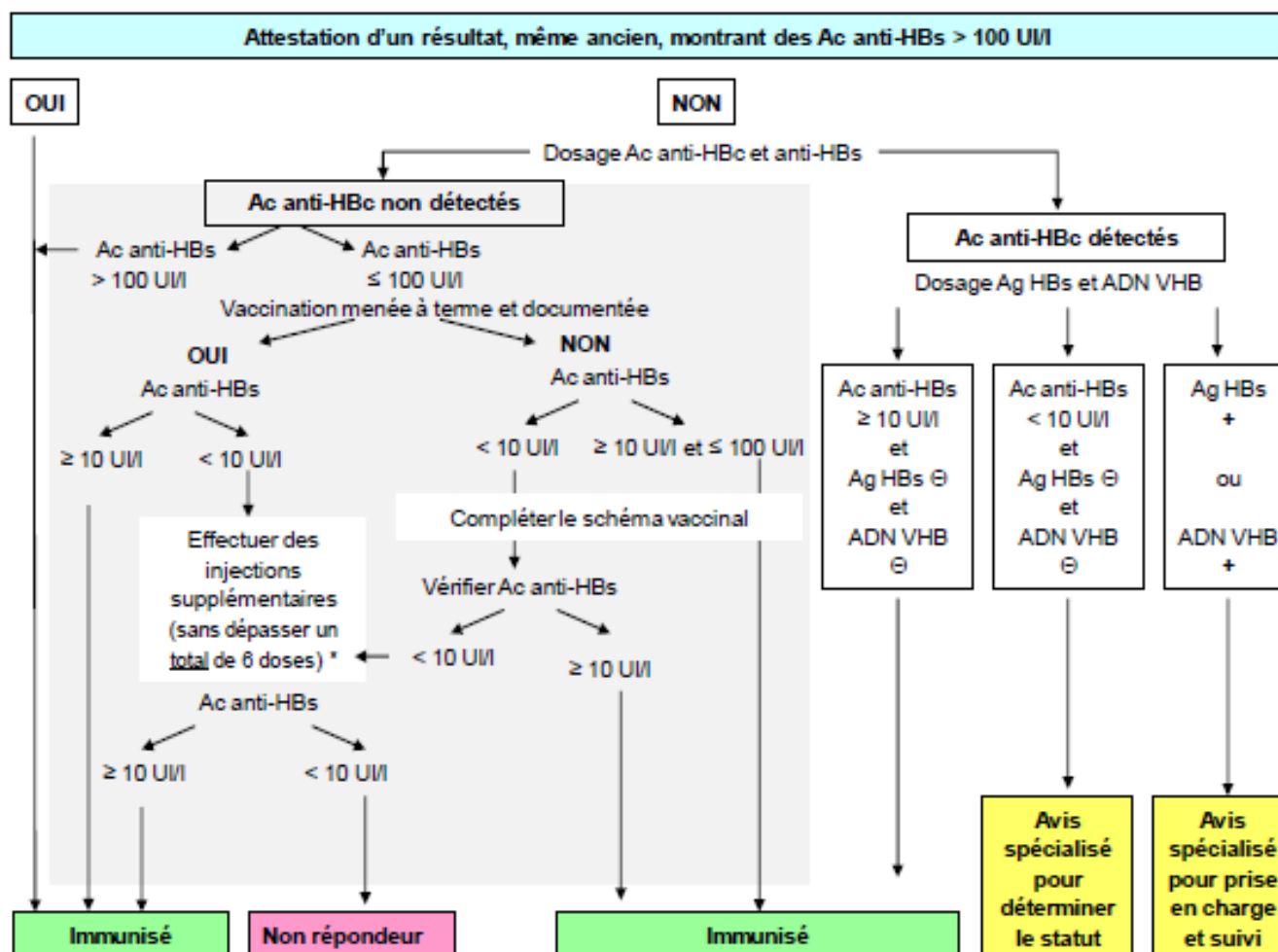
**Autres vaccinations recommandés mais non obligatoires**

	Date
<i>Coqueluche (1 rappel) chez l'adulte</i>	--/--/----
<i>Rubéole oreillons Rougeole (2 doses réalisée)</i>	--/--/---- ___/___/____
<i>Grippe saisonnière</i>	--/--/----
<i>COVID-19</i>	--/--/---- ___/___/____ ___/___/____

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

➤ SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN :

**Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 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. Site du ministère chargé de la santé : <http://www.sante.gouv.fr/vaccinations-vaccins-politique-vaccinale.html> )