|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE **Institut de Formation d’Aides-Soignants** 29 avenue du Maréchal de Lattre de TassignyCO n° 60034 - 54035 NANCY Cédex | 20191112_logo_IFAS_mail |

Secrétariat 🕿 03 83 85 16 72 Fax 03 83 85 97 01

Horaires : lundi au jeudi de 7 h45 à 16 h45 et vendredi jusqu’à 16 h

Adresse mail **:** **ifas@chru-nancy.fr**

**FORMATION AIDE-SOIGNANTE Rentrée de janvier 2023**

 **❖** DOSSIER D’INSCRIPTION AVEC DISPENSE EPREUVE

DE SELECTION

 **Ouverture des inscriptions : Du 01 AOUT au 7 octobre 2022**

**Dossier à télécharger sur notre site :** [**http://campus.chru-nancy.fr**](http://campus.chru-nancy.fr) **ou à retirer au secrétariat de l’IFAS (1er étage) 31 rue Lionnois Nancy**

 **INFO : IFAS du CHRU propose 2 rentrées / an : 1 en septembre et 1 en janvier**

 **Ouverture des inscriptions : Du 27/12/2021 au 3 juin 2022**

**Dossier à télécharger sur notre site :** [**http://campus.chru-nancy.fr**](http://campus.chru-nancy.fr) **ou à retirer au secrétariat de l’IFAS (1er étage) 31 rue Lionnois Nancy**

**Site :** [**http://campus.chru-nancy.fr**](http://campus.chru-nancy.fr)

Les dossiers dûment complétés doivent être envoyés en recommandé avec avis de réception (obligatoire) à l’adresse suivante : **IFAS du CHRU de NANCY, 29 Avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny, CO 60034, 54 035 NANCY Cédex**

ou déposés directement au secrétariat de l’IFAS pendant les heures d’ouverture entre 8h et 16h pour obtenir un accusé de réception.

**La sélection se fera conformément à l’Art 11 arrêté du 12 avril 2021**

**Inscription gratuite.**

***Art. 11 nouveau****. – 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:*

 *«1o 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 ;*

 *«2o 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 1o et 2o 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.*

Type de cursus proposés : cursus complet, cursus modulaire (Bac ASSP et SAPAT) et cursus partiels (DEAVS, DEAES, AMP, DEA, MCAD, AVF, AP).

Pour tout renseignement, n’hésitez pas à contacter le secrétariat au 03 83 85 16 72.

Tout candidat en situation de handicap peut prendre contact avec le secrétariat pour un entretien avec un référent handicap.

L’IFAS est non accessible aux personnes à mobilité réduite par absence d’ascenseur mais chaque situation peut être discutée.

**MODALITES FINANCIERES DE PRISE EN CHARGE DE LA FORMATION**

**Coût de la formation :**

Cursus complet : 6200€ + 100€ de frais de dossier

Cursus modulaire (bac ASSP et SAPAT): 5000 € + 100€

Les personnes concernées par cet Article 11 doivent apporter la preuve d’une prise en charge financière autre que Pôle Emploi et / ou Région avant leur entrée en formation.

La prise en charge peut être : employeur, OPCO ou personnelle.

**MODALITES VACCINALES**

Vous devez consulter le document complet rédigé par le SUMPPS sur [notre site](https://campus.chru-nancy.fr/images/CAMPUS/IFAS/2022/rentree2023/2022-2023-CHRU-controle-vaccinal-en-pratique-au-20-05-2022.pdf)ainsi que la [fiche de vaccination](https://campus.chru-nancy.fr/images/CAMPUS/IFAS/2022/rentree2023/2022-2023-fiche-VACCINATIONS-obligatoires-au-20-05-2022.pdf).

Ce document doit être présenté à votre médecin traitant lors de votre consultation.

**Concernant la vaccination contre l’hépatite B, si vous n’avez pas commencé la vaccination seul le schéma accéléré (3 doses en 21 jours) vous permettra de pouvoir aller en stage en février 2023 et d’être présenté au jury d’Etat.**

**Concernant la COVID, le passe sanitaire est indispensable.**

**COMPOSITION DU DOSSIER :** fournir les pièces listées dans ce tableau

**![attention_PNG5[1]]()** **Tout dossier incomplet ou transmis en dehors du délai requis sera rejeté**

|  |  |
| --- | --- |
| ***PIECES A FOURNIR*** | ***COMMENTAIRE*** |
| *Pièce d’identité* | *En cours de validité*  |
| *Lettre de motivation* ***manuscrite*** ***Une page minimum et 2 pages maximum*** | ***Si lettre non manuscrite, dossier non étudié*** |
| *Curriculum vitae* |  |
| *Document* ***manuscrit,*** *relatant au choix :** *une situation personnelle ou*
* *une situation professionnelle vécue*
* *ou son projet professionnel*
 | *2 pages au maximum****Si document non manuscrit, dossier non étudié******Conseil : privilégiez la situation professionnelle à la situation personnelle si vous avez eu une expérience de travail en milieu sanitaire ou social*** |
| *Copie des originaux de diplômes* | ***Uniquement******pour les cursus modulaires (ASSP SAPAT) et les cursus partiels ( DEAES, AMP, DEAVS, AP, DEA, AVF, MCAD)*** |
| *Attestations de travail* ***et appréciations de l’employeur ou des employeurs*** | *Ne concerne pas les personnes en cursus scolaire mais indispensables pour les autres. Pensez à l’appréciation employeur* |
| *Attestation du niveau de langue française égale ou supérieure à B2*  | ***Uniquement pour les ressortissants hors de l’union européenne*** |
| *Titre de séjour valide pour toute la période de formation* | ***Uniquement pour les ressortissants hors de l’union européenne*** |
| *Tout autre justificatif valorisant un engagement personnel ou une expérience personnelle en lien avec la profession* | *facultatif* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE Institut de Formation d’Aides-Soignants 29 avenue du Maréchal de Lattre de TassignyCO n° 60034 - 54035 NANCY Cédex | 20191112_logo_IFAS_mail |

**A retourner à l’IFAS**

**FORMULAIRE D’INSCRIPTION**

**Promotion 2022/2023**

**NOM D’USAGE :** ……………………………………………..  **Prénom :** ………………………………………..

**NOM DE FAMILLE :** ……………………………………………………………....................................................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  **Date de naissance :** | **jour** | **mois** | **année** |  **Département** **de naissance :** ………….…………………….. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ville de naissance :** ……………………………………… **Nationalité :** …………………………………….

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° Sécurité Sociale |  |  |  |  |  |  | clé |

 |

**SITUATION FAMILIALE :** …………………………………………………………………………………………..

(célibataire, marié(e), pacsé(e), concubinage…)

**Adresse :** …………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………..

**CP :** ………………………………. **VILLE :** ……………………………………………………………………............

**Tél Fixe :**  ………………………………………………………………

**Tél port :** ……………………………………………………………….

**Adresse mail :** ……………………………………………………………………………………………………….

**Votre situation avant l’entrée en formation**

🞏 Etudiant(e) 🞏 Demandeur d’emploi 🞏 Salarié(e) ☞ Joindre certificat de scolarité de : 2020/2021 – 2021/2022

☞Identifiant Pôle Emploi…………………………. ☞ CDI □ CDD □

🞏 Autre : ……………………………………………………………………………………..

Si salarié ( e ), prise en charge financière de la formation prévue par :

□ Employeur □ O.P.C.O (ANFH, Transition Pro…) □ Fin de CDD (date prévue)………….

□ Rupture conventionnelle (date prévue)……………………….

□ Avez-vous une reconnaissance RQTH ?

J’atteste sur l’honneur l’exactitude des renseignements mentionnés sur ce formulaire.

 Fait à ………………………………………………... le …………………………………………….

Signature

*(Si candidat mineur signature de son représentant légal*)

**Pour tous les candidats,** joindre en plus des documents demandés dans le tableau, les pièces suivantes**:**

⬩ Formulaire d’inscription ci-dessus

⬩ 2 enveloppes autocollantes à l’adresse du candidat :

 1 🡪 format 16 cm x 23 cm (poids : 50 g) affranchies au tarif en vigueur

1 🡪 format 21 cm x 29,7 cm (poids : 100 g) affranchie au tarif en vigueur

![danger-1294866_640[1]]() **Pour nous rendre visite directement au 31 rue Lionnois 54000 NANCY, voici quelques informations pour vous repérer.**

- **Bus** : lignes 2, 12 (Hôpital Central / Maternité), lignes 3, 5, 7, 9 (Place des Vosges)

- **Entrées piétonnes** : 29 avenue Maréchal de Lattre de Tassigny (5h30-20h45, 7j/7), rue Molitor (5h30-21h, fermée le week-end), 27-29 rue Lionnois (24h/24 - entrée des urgences)

- **En voiture** : parkings extérieurs payants, zones gratuites dans les quartiers adjacents

