

COMMENT DEVENIR AIDE-SOIGNANT AVEC UNE EXPERIENCE EN TANT QU'ASH ?

DOSSIER DE PRE-INSCRIPTION – Rentrée : le 04 Janvier 2027

Préalable à l'entrée en formation conduisant au DE – Aide-Soignant* conformément **aux Articles 11 et 12** de l'Arrêté du 07 Avril 2020 modifié pour les 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. L'admission est conditionnée par votre expérience d'au moins 1607 heures (1 an équivalent temps plein).

Votre employeur s'engage à vos côtés pour attester de votre expérience, et solliciter un financement. Vous intégrerez la Promotion de l'IFAS** du CFPBNA dès le 04 Janvier 2027.

- ☐ **Fiche de pré-inscription CFPBNA** ci-après,
- ☐ Carte Nationale d'Identité ou titre de séjour en cours de validité,
- ☐ CV (penser à détailler vos expériences professionnelles en lien avec le métier d'ASH),
- ☐ Lettre de motivation avec projet professionnel,
- ☐ Attestation de l'employeur pour justifier de votre expérience en tant qu'ASH (doc. ci-après),
- ☐ Diplômes éventuels (en lien ou pas avec des éventuels allègements de formation),
- ☐ Tout document utile éventuellement (lettre de référence, attestations de formation continue suivies, engagement associatif...).

☐ **Fiche vaccinale ARS** remplie par votre médecin traitant dument complétée *au plus tard le 30.09.2026, consultez-le dès à présent*, certaines vaccinations peuvent prendre plusieurs mois.

Pour entrer en formation conduisant au DEAS* et être admis(e) à l'entrée en formation :

- 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 2027, sinon demande de report.

L'entretien de projet consiste en une rencontre avec l'équipe de l'IFAS** pour apprécier :

- L'expérience du candidat,
- L'opportunité du projet au regard de la situation du candidat,
- Ainsi que son engagement dans la construction de son projet.

Si vous avez un parcours complet à réaliser, la formation dure 1540 heures (770 heures de théorie et 770 heures de stage) et 4 semaines de congés (1 semaine sur le mois d'Avril et 3 semaines au mois d'Aout).

Si vous avez un allègement de formation avec un diplôme précédent, la durée de la formation en sera modifiée.

Vous serez toutefois sollicité(e) par votre formation du 04 Janvier au 08 Décembre 2027.

L'ensemble de la promotion sera invité à une date fixée ultérieurement, pour faire connaissance, lors d'une pré-rentrée, en décembre 2026.

COMMENT DEVENIR AIDE-SOIGNANT AVEC UNE EXPERIENCE EN TANT QU'ASH ?

DOSSIER DE PRE-INSCRIPTION – Rentrée : le 04 Janvier 2027

Préalable à l'entrée en formation conduisant au DE – Aide-Soignant* conformément **aux Articles 11 et 12** de l'Arrêté du 07 Avril 2020 modifié pour les 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

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

Référente Admissions : A chaque étape de votre projet, Madame Raphaëlle BEAUMONT peut vous épauler dans vos démarches (Employeur, Financeur, démarches annexes...).

Les demandes de devis, programme et planning sont à formuler auprès de cette personne.

raphaellebeaumont@cfpbna.asso.fr ou 05 56 43 71 41.

DE – Aide-Soignant(e)*: ou DEAS, Diplôme D'état Aide-Soignant(e) dont la fiche RNCP est la 40692. Le diplôme est délivré par le Jury final de la DREETS, pour le Ministère de la Santé et de la Prévention, depuis le 02/06/2025.

IFAS**: Institut de Formation Aide-Soignant(e)

Le CFPBNA est un institut de formation d'aide-soignant(e)s agréé par la Région Nouvelle Aquitaine. Le CFPBNA est un institut privé mais également une association loi 1901 à but non lucratif.

Le reste à charge pour le bénéficiaire est de 100 € (droits d'inscription définitive). Des frais annexes sont à prévoir (tenues professionnelles environ 75 €).

Référente Handicap : À tout moment, vous pouvez rencontrer Madame Marie PERCHERY. Vous organiserez ensemble les aménagements dont vous avez besoin durant toutes les étapes de la formation (avant le démarrage de la formation, à la rentrée, durant la formation).

marieperchery@cfpbna.asso.fr ou 05 56 43 70 85.

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

COMMENT DEVENIR AIDE-SOIGNANT AVEC UNE EXPERIENCE EN TANT QU'ASH ?

DOSSIER DE PRE-INSCRIPTION – Rentrée* : le 04 Janvier 2027

Préalable à l'entrée en formation conduisant au DE – Aide-Soignant conformément **aux Articles 11 et 12** de l'Arrêté du 07 Avril 2020 modifié pour les 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

Fait le

A
Signature du candidat :

COMMENT DEVENIR AIDE-SOIGNANT AVEC UNE EXPERIENCE EN TANT QU'ASH ?

DOSSIER DE PRE-INSCRIPTION – Rentrée* : le 04 Janvier 2027

Préalable à l'entrée en formation conduisant au DE – Aide-Soignant conformément **aux Articles 11 et 12** de l'Arrêté du 07 Avril 2020 modifié pour les 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 4 : Accompagnement possible

J'ai bien pris connaissance que l'IFAS du CFPBNA a une référente Handicap en la personne de Mme Perchery : ☐ Oui ☐ Non
J'ai besoin de la rencontrer : ☐ Oui ☐ Non

Partie 5 : Votre situation en 2026 (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 :
Téléphone : Email :
Poste occupé par le futur élève aide-soignant(e) :
Type de contrat : ☐ CDD ☐ CDI ☐ Intérim ☐ Autre, précisez :

Partie 6 : 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 ☐ Plan de formation ou ☐ Contrat d'apprentissage :
Nom de l'établissement :
Nom et fonction du Référent RH :
Téléphone : Email :

☐ J'ai bien noté que mon dossier s'il est incomplet ne sera pas traité, le cas échéant je ne serai pas convoqué à l'entretien de projet. **Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements donnés.**

Fait le

A
Signature du candidat :

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 »).

CFPBNA - 6 rue Robert Charazac - 33300 Bordeaux – Tel : 05 56 43 70 82

contact@cfpbna.asso.fr - www.cfpbna.asso.fr

Prestataire de formation enregistré sous le n°72 33 0072333 auprès du Préfet de Région Nouvelle-Aquitaine (cet enregistrement ne vaut pas agrément de l'Etat)

N° Siret : 382 534 634 00037 – APE : 8559A – non assujetti à la TVA

Modification du document le 12/06/26

ATTESTATION EMPLOYEUR

Préalable à l'entrée en formation conduisant au DE – Aide-Soignant conformément **aux Articles 11 et 12** de l'Arrêté du 07 Avril 2020 modifié pour les 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 DEAS*

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 et/ou employé de service hospitalier (secteur privé comme public) durant plus de 1607 Heures,

☐ A bien exercé en tant qu'Agent de service hospitalier et/ou employé de service hospitalier (secteur privé comme public) 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 DEAS dès le 04 janvier 2027,

Je donne donc mon accord pour son entrée 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) sous réserve de budget.

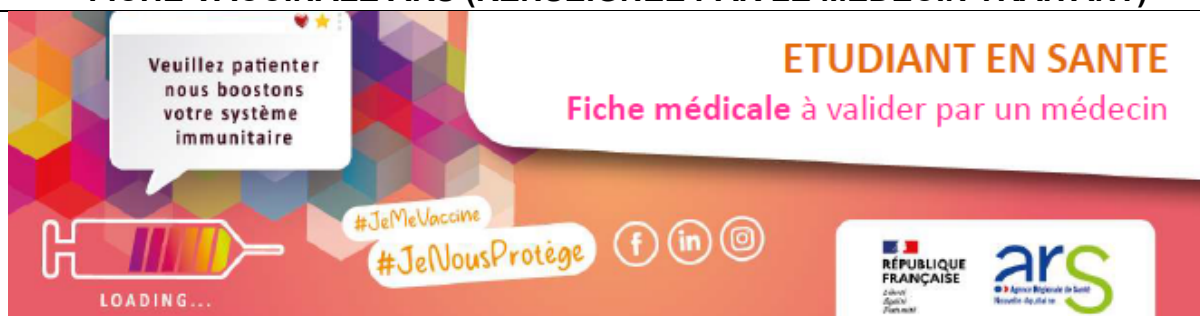
Ou :

☐ Atteste la validation à terme de sa demande de Congé de Formation sur la plateforme de prise en charge de la reconversion, Transition Pro ou le cas échéant via notre OPCO (OPCO Santé, Uniformation...) sous réserve des commissions de financement

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

Signature et Cachet de l'établissement :

FICHE VACCINALE ARS (RENSEIGNEE PAR LE MEDECIN TRAITANT)



Filière universitaire : ☐ Médecine ☐ Odontologie ☐ Pharmacie ☐ Sage-femme ou Institut de formation :	NOM : Prénom : Tél. : Département de naissance : Code postal résidence :	NOM de naissance : Date de naissance : / / Email : Commune de naissance ou pays si né(e) à l'étranger :
--	---	--

Avant votre entrée en formation, vous devez apporter la preuve que vous êtes vacciné(e) contre différentes maladies. Si vous n'êtes pas à jour des vaccinations obligatoires, vous ne serez pas autorisé(e) à aller en stage. Les tableaux suivants devront être complétés par un médecin. Cette fiche devra être communiquée, avec les résultats sérologiques réalisés (au minimum anticorps anti-HBs et anticorps anti-HBc), en même temps que votre dossier d'inscription, selon les modalités décrites par l'établissement.

Diphtérie-Tétanos-Polio (dTP)* / Diphtérie-Tétanos-Polio-Coqueluche (dTP*ca**)	
Faire un rappel dTPca si un vaccin coquelucheux n'a pas été administré dans les 5 dernières années. Puis rappels dTPca à âge fixe (25, 45 et 65 ans).	
Dernier rappel dTP Date : / / Nom :	Dernier rappel dTPca Date : / / Nom :

Hépatite B*
Conditions d'immunisation valides : Ac anti-HBs > 100 UI/l (quels que soient l'historique vaccinal et l'ancienneté des résultats) Ac anti-HBs ≥ 10 UI/l et Ac anti-HBc négatif et schéma vaccinal complet Autres situations : cf. Mémo « Professionnel de santé en charge des vaccinations des étudiants en santé »
Schémas complets valides : - 3 doses (2 doses à au moins 1 mois d'intervalle, 3e dose au moins 5 mois après la 2e) - Schéma accéléré (adultes) : 3 doses en 21 jours puis rappel à 1 an - Schéma administré dans l'adolescence (entre 11 et 15 ans) : 2 doses espacées de 6 mois d'un vaccin dosé à 20 µg



Joindre résultats de sérologie sous pli confidentiel et indiquer les dates de vaccination (quels que soient les résultats de sérologie) :

- Première dose => Date : ... / ... / ... Nom :

- Deuxième dose => Date : ... / ... / ... Nom :

- Troisième dose => Date : ... / ... / ... Nom :

- Injections supplémentaires :

Date : ... / ... / ... Nom :

Date : ... / ... / ... Nom :

Date : ... / ... / ... Nom :

Rougeole Oreillons Rubéole (ROR)**

Personnes nées depuis 1980 : 2 doses recommandées, à 1 mois d'intervalle quels que soient les antécédents pour ces 3 maladies (ou 3 doses si 1^{ère} dose de vaccin reçue avant l'âge de 12 mois). Pas de contrôle sérologique préalable à effectuer.
Personnes nées avant 1980 : 1 dose si aucun antécédent rougeole ou si doute (sans contrôle sérologique préalable).

Personnes nées depuis 1980

Première dose : Date : ... / ... / ... Nom :

Deuxième dose : Date : ... / ... / ... Nom :

Personnes nées avant 1980

Antécédent rougeole : Oui / Non

Si Non : Date vaccination : ... / ... / ... Nom :

Varicelle**

Vaccination avec 2 doses si aucun antécédent varicelle (ou si doute) et sérologie négative.

Antécédent varicelle : Oui / Non

Si Non :

Sérologie positive : Joindre le résultat sous pli confidentiel

Sérologie négative : Précisez les dates des vaccinations :

Première dose : Date : ... / ... / ... Nom :

Deuxième dose : Date : ... / ... / ... Nom :

Les vaccinations grippe et Covid** seront à réaliser chaque année**



Infections invasives à méningocoques (IIM) ACWY*** et B***

IIM ACWY : 1 dose entre 11 et 14 ans, avec un rattrapage jusqu'à 24 ans inclus.

IIM B : 2 doses entre 15 et 24 ans

Date vaccination Men ACWY : ... / ... / ... Nom :

Première dose Men B : ... / ... / ... Nom :

Deuxième dose Men B : ... / ... / ... Nom :

Infections à papillomavirus (HPV)***

HPV : 2 doses entre 11 et 14 ans, avec un rattrapage jusqu'à 26 ans inclus (3 doses si 1^{ère} dose initiée à partir de 15 ans)

Première dose HPV : ... / ... / ... Nom :

Deuxième dose HPV : ... / ... / ... Nom :

Troisième dose HPV : ... / ... / ... Nom :

Tuberculose

Vaccination : non obligatoire depuis le 1er avril 2019

IDR (Intra Dermo Réaction) : Il n'est pas obligatoire de disposer d'un résultat d'IDR.

Toutefois, le médecin pourra proposer à l'étudiant, en l'absence d'examen de référence, de réaliser ce test (ou une IGRA, préférentielle chez les sujets vaccinés par le BCG) car le résultat peut servir de référence en cas de contact ultérieur et de détection d'infection tuberculeuse latente (ITL), particulièrement chez les étudiants originaires de zones d'endémie ou de forte circulation et étant en France depuis moins de 5 ans. À noter, la réalisation d'IDR est à éviter dans le mois suivant une vaccination ROR.

Si existence d'un résultat d'IDR connu, même ancien, et mesuré en mm, celui-ci doit être indiqué avec la date de réalisation.

Si informations disponibles, indiquer :

Date de la vaccination :

Date dernière IDR et résultat (en mm) :

Date IGRA de référence et résultat :

* Vaccination obligatoire pour devenir professionnel de santé **Vaccination recommandée chez les professionnels de santé

*** Vaccination recommandée en population générale dans cette tranche d'âge

Je, soussigné(e) Dr certifie que les renseignements inscrits ci-dessus sont exacts.

Fait le : .../.../...

Signature et cachet du praticien :