

FICHE DE PRE-INSCRIPTION A LA FORMATION CONDUISANT AU DEAS - RENTREE 2023

Préalable à l'entrée en formation conduisant au DEAS conformément aux **Articles 11 et 12 nouveaux** de l'Arrêté du 12 Avril 2021 (candidats avec plus d'un an d'expérience en tant qu'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 : Transports en commun Véhicule personnel Autre :

Avez-vous des enfants ? Oui Non Si oui, Quels âges ont -ils ?

Engagement ou expérience personnelle (associative, sportive...) en lien avec la profession aide-soignant

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 2022 (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 1607 heures (document CFPBNA joint) Fiche ARS Diplômes éventuels

tout document utile (Lettre de référence, attestation de formation continue suivies, engagement associatif...)

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

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 »).

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 23/05/22

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 avec plus d'un an d'expérience en tant qu'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'Etablissement 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 Agent de service (ou employé pour le privé) durant plus de 1607 Heures,
- A été sélectionné(e) par l'établissement pour suivre la formation conduisant au DE Aide-Soignant dès la rentrée de janvier 2023 (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