

FORMATION CONDUISANT AU DEAS EN PARCOURS COMPLET OU ALLEGE - RENTREE 2024 avec admission soumise à expérience en tant qu'ASH

Préalable à l'entrée en formation conduisant au DEAS conformément **aux Articles 11 et 12 nouveaux** de l'Arrêté du 12 Avril 2021 (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. Par contre votre employeur s'engage à vos côtés pour attester de votre expérience, pour intégrer la Promotion B de l'IFAS Bordeaux Nord en Janvier 2024.

Vous devez constituer un dossier de pré-inscription auprès de l'IFAS :

- Fiche de pré-inscription CFPBNA ci-après,
- CV (penser à détailler vos expériences professionnelles en lien avec le métier d'ASH)
- Carte Nationale d'Identité ou titre de séjour (Attention : CNI valable 10 ans quand elle a été faite mineur(e)),
- Lettre de motivation avec projet professionnel,
- Attestation employeur pour justifier de votre expérience en tant qu'ASH ci-après,
- Diplômes éventuels (la copie dans un premier temps, l'original sera vu à la rentrée),
- Tout document utile éventuellement (Lettre de référence, engagement associatif...).

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

- Fiche de vaccinations ARS remplie par votre médecin traitant à la pré-inscription, au moins partiellement, et dûment complétée le 30/09/2023.

Pour entrer en formation conduisant au DEAS et « être admis » :

- 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 2024, sinon report.

Le démarrage prévisionnel de la formation aura lieu le 08 Janvier 2024, la date de fin n'est pas encore fixée mais il faut compter pour un parcours complet 1540 heures et 4 semaines de congés.

Les futurs élèves seront rencontrés à une date fixée ultérieurement.

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

Vous ferez remplir – dès votre admission connue - le certificat d'aptitude par le médecin agréé, nous vous mettrons à disposition un modèle et une liste de médecins agréés ARS (attention : ils ne le sont pas tous), et nous ne manquerons pas de vous confier l'exhaustivité des documents liés à votre admission définitive.

Rappel de la Rentrée prévisionnelle : le 08 Janvier 2024.

Vous vous acquitterez des 100 € de frais de dossier. Il n'y aura pas de frais pédagogique à votre charge.

FORMATION CONDUISANT AU DEAS EN PARCOURS COMPLET OU ALLEGE - RENTREE 2024
avec admission soumise à expérience en tant qu'ASH

Préalable à l'entrée en formation conduisant au DEAS conformément **aux Articles 11 et 12 nouveaux** de l'Arrêté du 12 Avril 2021 (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 : 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 d'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 2023 (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 (document CFPBNA joint) Fiche ARS Diplômes éventuels
 Tout document utile (Lettre de référence, attestations 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 projet.

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 17/02/23

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 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 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 employé de service (secteur privé) durant plus de 1607 Heures,
- A bien exercé en tant qu'Agent de service hospitalier ou Employé de service (secteur privé) 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 DE Aide-Soignant dès la rentrée de janvier 2024 (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