DOSSIER d'INSCRIPTION
Modalité Spécifique 2 = ASH en activité

DOCUMENTS à FOURNIR
Inscription rentrée MARS 2022

(arrêté du 14/04/2021, article 2,I, Art. 11 nouveau 1 et 2)
(arrêté du 07/04/2020 et du 14/04/2021 relatifs aux conditions d'accès aux formations conduisant au DEAS)

a) La fiche d'inscription jointe ci-dessous

b) La photocopie d'une pièce d'identité recto-verso ou la photocopie du passeport pages 1 à 3

c) Votre curriculum vitae A JOUR

d) Une lettre de motivation manuscrite

e) Attestations de travail prouvant l'ancienneté en tant qu'ASH d'au moins 1 an en équivalent temps plein en structure sanitaire, médicosociale ou structures à domicile

f) Attestation de suivi de formation « Assistant de soins » et attestations de travail prouvant l'ancienneté d'au moins 6 mois équivalent temps plein en structure sanitaire, médicosociale ou structures à domicile

g) Si vous êtes concerné : la photocopie du BAC PRO ASSP-BAC PRO SAPAT

4 rue Monseigneur Thouvenin 54000 NANCY - Tél : 03 83 35 00 67 - Fax : 03 83 37 45 89
Email: sei@santestifas.fr - Site Web: www.santestifas.fr
Numéro de Siret : 305 273 377 000 39 - Numéro d'enregistrement auprès du Secrétariat Général de la Formation Professionnelle : 41 54 000 40 54

DOSSIER D'INSCRIPTION
MODALITE SPECIFIQUE 2 = ASH en activité
A compléter et à rendre à l'ifas avec les documents demandés ci-dessus

(Arrêté du 07/04/2020 et du 14/04/2021 relatifs aux conditions d'accès aux formations conduisant au DEAS)

Cadre réservé à l'administration

Date de réception du dossier :

Inscription validée :
☐ **Oui**
☐ Non

☐ **CC**
☐ **ASSP**
☐ **SAPAT**

Motif :

☐ **Fiche inscription**

☐ **CNI**

☐ **Pass F**

☐ **TS+-PE**

PI Fin validité =

☐ **CV**

☐ **lettre de motivation**

☐ **ASH 1 an Att travail**
☐ **ASH+FC 6 mois Att travail**

☐ **Diplôme BAC PRO ASSP**
☐ **Diplôme BAC PRO ASSP**

☐ **PASS VACC**
☐ **VACCIN HEP B**

Docs Financement :

Sélection rentrée MARS 2022

Coordonnées

Sexe : ☐ F ☐ M N° SS :.....

Nom de naissance : ..... Prénom : .....

Nom marital : .....

Date de naissance : .....

Ville de naissance : .....

Pays de naissance : .....

Adresse : .....

.....

Code postal - Ville : .....

Téléphone fixe : .....Téléphone portable : .....

Email : .....

Informations complémentaires

☐ **ASHQ ou agent de soins**

☐ **ASH ayant suivi la formation ASSISTANT DE SOINS**

Pour suivre la formation en CURSUS PARTIEL, cochez ci-dessous votre diplôme :

☐ BAC PRO ASSP obtenu le .....
☐ BAC PRO SAPAT obtenu le .....

Aucune entrée en formation ne pourra se faire en cursus complet pour les candidats titulaires d'un diplôme permettant l'accès à la formation en cursus partiel.

Pour toute question, vous pouvez contacter l'ifas à l'adresse suivante :
sei@santestifas.fr ou au 03 83 35 00 67

Pour les pièces à joindre au dossier privilégiez l'envoi par courrier postal, par dépôt dans la boite aux lettres ou par mail.

Pour information : la personne référente handicap de l'ifas est Me BAUMGARTEN joignable au 0689304132, direction@santestifas.fr

4 rue Monseigneur Thouvenin 54000 NANCY - Tél : 03 83 35 00 67 - Fax : 03 83 37 45 89
Email: sei@santestifas.fr - Site Web: www.santestifas.fr
Numéro de Siret : 305 273 377 000 39 - Numéro d'enregistrement auprès du Secrétariat Général de la Formation Professionnelle : 41 54 000 40 54

Coût de la formation

CURSUS COMPLET	6 200€	Financement employeur, formation professionnelle continue (TRANSITION PRO, OPCO SANTE)
CURSUS PARTIEL BAC PRO ASSP ou SAPAT	5 000€	Financement employeur, formation professionnelle continue (TRANSITION PRO, OPCO SANTE)

Financement de la formation :

☐ Employeur

Coordonnées :

☐ TRANSITION PRO, pour information : https://www.transitionspro-grandest.fr

☐ OPCO SANTE

Vaccinations obligatoires :
***DTP, Hépatite B**, arrêté du 02/08/2013 fixant les conditions d'immunisation des personnels de santé).*

***VACCINATION COVID 19** à jour suivant la législation en cours.*
Veillez à être à jour dans vos vaccins ou à débuter les vaccinations dès à présent.

L'entrée en formation est soumise à l'application de cette réglementation aussi débutez dès à présent les recommandations vaccinales inhérentes aux métiers de soignant.

Je soussigné(e) atteste sur l'honneur l'exactitude des documents remis et des renseignements que j'ai mentionné sur ces documents.

Date : ……

Signature : ……