

DOSSIER D'INSCRIPTION
MODALITE SPECIFIQUE 2 = ASH en activité
CURSUS COMPLET ou Titulaire du BAC PRO ASSP
A compléter et à rendre à l'IFAS avec les documents demandés
(Arrêtés du 07/04/20, 12/04/21, 10/06/21 et du 09/06/23 relatifs aux conditions d'accès aux formations conduisant au DEAS)

Sélection Rentrée MARS 2025

Coordonnées

Sexe : F M

Nom de naissance : Prénom :

Nom marital :

Date de naissance :

Ville de naissance :

Pays de naissance :

Adresse :

Code postal - Ville :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Email :

ASHQ ou agent de soins cumulant 1 an d'ancienneté en équivalent temps plein

ASH cumulant 6 mois d'ancienneté dans le poste et ayant suivi la formation ASSISTANT DE SOINS 70h

Pièces à joindre obligatoirement ([Article 6 de l'Arrêté du 7 avril 2020](#))

- ✓ La photocopie de la carte d'identité recto-verso
OU la photocopie du passport pages 1 à 3
OU un titre de séjour valide à la date d'entrée en formation soit **le 25/03/2025**
- ✓ Pour les ressortissants hors Union européenne, une attestation du niveau de langue française requis B2 (www.jeunest.fr)
- ✓ Un curriculum vitae daté et **À JOUR**
- ✓ Une lettre de motivation manuscrite
- ✓ La/les attestation(s) de travail prouvant l'ancienneté en tant qu'ASH d'au moins 1 an en équivalent temps plein en structure sanitaire, médicosociale ou structure à domicile
OU l'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
- ✓ L'accord de financement des frais de formation par votre employeur
- ✓ La copie du BACCALAUREAT PRO ASSP

Cadre réservé à l'administration

Date de réception du dossier :

- Dossier inscription
 CNI
 Pass F
 TS+-PE
 PI Fin validité =

- B2
 CV daté à jour
 Lettre motivation manuscrite
 ASH 1 an Att travail
 ASH+FC 6 mois Att travail

Inscription validée :

- Oui
 Non

Motif si NON :

Informations complémentaires
 Hépatite B

CURSUS COMPLET

Le candidat titulaire d'un diplôme permettant l'accès à la formation en Coursus Partiel (DEAP 2006, DEAP 2021, DEAVS, MCAD, DEAMP, DEAES 2016, DEAES 2021, DEA 2006, ARM 2019, TPASMS, TPAVF) ou Modulaire (BAC Pro ASSP 2011 ou SAPAT 2011) ne pourra en aucun cas suivre la formation en Coursus Complet.

Les dossiers doivent être transmis complets en **une seule fois** : dossier d'inscription et pièces jointes, par mail (attention à la qualité des documents envoyés) ou déposés dans la boîte aux lettres.

Tout dossier incomplet ou ne répondant pas aux critères demandés pour être enregistré ne sera pas étudié.

Pour information : la personne **référente handicap** de l'IFAS est Mme BAUMGARTEN, joignable par email à ifas.direction@santestifas.fr

Coût de la formation

CURSUS COMPLET	6 200€	Financement possible par l'employeur, formation professionnelle continue (TRANSITION PRO, OPCO SANTE)
BAC PRO ASSP	3 500€	

100€ de frais d'inscription sont à la charge du candidat entrant en formation (coût Régional de Référence), à payer une fois le financement validé.

En cas de désistement, une quote-part de 15€ reste acquise à l'institut de formation pour les formations infra-bac (en application de la réglementation de la Région Grand Est).

Financement de la formation envisagé en cas d'admission

Employeur

Coordonnées de l'établissement : Nom de la structure, du directeur, adresse complète

Coordonnées de la personne en charge de la formation à contacter : Nom et adresse complète

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

OPCO SANTE

ANFH

PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL (RGPD)

Les informations recueillies sur le formulaire de contact sont enregistrées dans un fichier informatisé par **SANT'EST IFAS pour pouvoir répondre à votre demande et vous contacter.**

La collecte des noms, prénoms, emails et téléphone est nécessaire pour vous contacter. Ces données seront traitées par les personnels administratifs de **SANT'EST IFAS.**

Les données sont conservées pendant une période **de 12 mois.**

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données en fonction de la base légale du traitement, mentionner également :

- **Vous pouvez retirer à tout moment votre consentement au traitement de vos données**
- **Vous pouvez également vous opposer au traitement de vos données**
- **Vous pouvez également exercer votre droit à la portabilité de vos données**

Consultez le site www.cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter **le cas échéant, notre délégué à la protection des données ou le service chargé de l'exercice de ces droits :**

Mail : ifas.sec.poly@santestifas.fr

Tél : 03 83 35 00 67

Adresse postale : 4 rue du Monseigneur Thouvenin 54000 NANCY

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

Je soussigné(e) atteste sur l'honneur l'exactitude des documents remis et des renseignements que j'ai mentionné sur ces documents et certifie avoir pris connaissance de toutes les informations reçues.

Date :

Signature :