

Photo
Identité



**ORGANISME DE FORMATION
ADRAR RAMONVILLE St AGNE
DOSSIER D'INSCRIPTION A LA SELECTION
POUR L'ENTREE EN FORMATION CONDUISANT
AU DIPLOME D'ETAT D'AIDE-SOIGNANT – AVEC
CONTRAT D'APPRENTISSAGE SIGNE**

Cadre réservé au centre de
formation

Dossier arrivé le :

Référence enregistrement :

Les informations que vous nous communiquez sont nécessaires à la gestion de votre dossier dans notre centre.

Cette communication ne peut se faire qu'avec votre consentement.

Les données communiquées nous permettront, le cas échéant :

- De procéder à votre inscription à la formation (auprès de l'organisme financeur)
- De mettre en place votre dossier de rémunération le cas échéant
- D'établir les différentes attestations de formation
- De vous inscrire au titre ou examen prévu dans votre parcours de formation le cas échéant
- De vous faire parvenir tout document et/ou information nécessaire au bon déroulement de votre formation.

Nos personnels des services administratifs, les formateurs, le(s) responsable(s) de votre formation, et le personnel de direction ont accès à ces informations. Ces données ne sont en aucun cas transmises à d'autres tiers que ceux concernés par la formation. Nous ne conserverons pas ces informations au-delà des délais prévus par la réglementation en vigueur.

Vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification, d'opposition, d'effacement, à la portabilité et à la limitation du traitement en vous adressant à :

M. Hubert CANTIE - Délégué à la Protection des Données (DPO) ADRAR. 2 rue Irène Joliot Curie. Parc Technologique du Canal.
31520 Ramonville St Agne.

Tel : 05 62 19 20 94 dpo@adrar-formation.com

Philippe VALERY
Directeur

SESSION VISEE

☐ Session en alternance du 27 février 2023 au 5 juillet 2024

IDENTIFICATION DU CANDIDAT

☐ Madame

☐ Monsieur

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

Date de naissance : Pays de naissance :

Ville de naissance : Département de naissance :

Nationalité :

Situation maritale (célibataire, marié.e, divorcé.e, Pacsé.e, en concubinage, veuf.ve) :

Adresse :

.....

Code postal : Ville :

Téléphone :

N° sécurité sociale :

Adresse courriel :

SITUATION PROFESSIONNELLE

Contrat d'apprentissage signé ou signature imminente

Employeur :

Nom de l'établissement :

Nom du responsable et fonction :

Adresse :

.....

Téléphone : Adresse e-mail :

Poste occupé :

Reconnaissance travailleur handicapé :

☐ OUI

☐ NON

Moyen de déplacement :

Vous êtes titulaire du permis de conduire : ☐ OUI ☐ NON

Vous disposez d'un véhicule personnel : ☐ OUI ☐ NON

Titre ou diplôme obtenu :

Bénéficient d'allègement d'une partie de la formation, les candidats admis en formation et titulaires du :

- ☐ Diplôme d'Etat d'auxiliaire de puériculture,
- ☐ Diplôme d'assistant de régulation médicale
- ☐ Diplôme d'Etat d'ambulancier (le certificat de capacité d'ambulancier n'entre pas dans ce cadre)
- ☐ Baccalauréat professionnel « accompagnement, soins, services à la personne » (ASSP)
- ☐ Baccalauréat professionnel « services aux personnes et aux territoires » (SAPAT)
- ☐ Diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social (arrêté du 29/01/2016 : spécialités « à domicile », « en structure collective », « éducation inclusive et vie ordinaire ». Les titulaires des diplômes d'Etat aide médico psychologique ou auxiliaire de vie scolaire sont titulaires de droit du DE AES 2016
- ☐ Diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social (fusion des spécialités, référentiel de 2021)
- ☐ Titre professionnel d'assistant de vie aux familles (arrêté du 11/01/2021)
- ☐ Titre professionnel d'agent de service médico-social (arrêté du 11/07/2020)

Autre diplôme ou titre obtenu :

- ☐ Aucun diplôme ou titre
- ☐ CAP ou BEP (précisez) :
- ☐ Baccalauréat Général ou technologique (précisez) :=
- ☐ Autre titre ou diplôme (précisez)

Année de sortie de formation initiale :

PIECES A JOINDRE AU DOSSIER

- ✓ **Contrat d'apprentissage**
- ✓ Un Curriculum vitae, relatant les expériences professionnelles et le cursus de formation.
- ✓ Une photo d'identité
- ✓ Une lettre de motivation manuscrite
- ✓ Une copie lisible d'une pièce d'identité en cours de validité (Carte d'identité, Passeport, Carte de séjour).
- ✓ Selon votre situation, la copie des originaux de vos diplômes ou titres traduits en français (pour information, les équivalences de diplômes sont accessibles sur le site ENIC-NARIC)
- ✓ La copie de vos relevés de résultats et appréciations ou bulletins scolaires
- ✓ Selon votre situation, les attestations de travail, accompagnées éventuellement des appréciations et/ou recommandations de l'employeur (ou des employeurs)
- ✓ Si vous êtes ressortissant hors Union européenne, une attestation du niveau de langue française égal ou supérieur au niveau B2 du cadre européen commun de référence pour les langues du Conseil de l'Europe
- ✓ Attestation de niveau de langue française égal ou supérieur au niveau B2 ou tout autre document permettant d'apprécier les capacités et les attendus relatifs à la maîtrise du français à l'oral (à fournir uniquement dans le cas où le niveau de français à l'écrit et à l'oral ne peut être vérifié à travers les autres pièces fournies)
- ✓ Autre(s) justificatif(s) valorisant un engagement ou une expérience personnelle (associative, sportive...) en lien avec la profession d'aide-soignant

PIECES A JOINDRE AU DOSSIER POUR LES CANDIDATS ASH Qualifié de la fonction publique hospitalière et les agents de services :

Les candidats ASH qualifiés de la fonction publique hospitalière et les agents de services sont directement admis en formation sur décision de la directrice de l'IFAS à ces conditions.

- *Justifier d'une ancienneté de services cumulée d'au moins un an en équivalent temps plein, effectués au sein d'un ou plusieurs établissements sanitaires et médico-sociaux des secteurs public et privé ou dans des services d'accompagnement et d'aide au domicile des personnes ;*
- *OU justifier à la fois du suivi de la formation continue de soixante-dix heures relative à la participation aux soins d'hygiène, de confort et de bien-être de la personne âgée et d'une ancienneté de services cumulée d'au moins six mois en équivalent temps plein, effectués au sein d'un ou plusieurs établissements sanitaires et médico-sociaux des secteurs public et privé ou dans des services d'accompagnement et d'aide au domicile des personnes.*

- ✓ Une copie lisible d'une pièce d'identité en cours de validité (Carte d'identité, Passeport, Carte de séjour)
 - ✓ Une photo d'identité
 - ✓ Attestation de niveau de langue française égal ou supérieur au niveau B2 ou tout autre document permettant d'apprécier les capacités et les attendus relatifs à la maîtrise du français à l'oral (à fournir uniquement dans le cas où le niveau de français à l'écrit et à l'oral ne peut être vérifié à travers les autres pièces fournies)
 - ✓ Les attestations de travail, justifiant d'au moins un an en équivalent temps plein, effectués au sein d'un ou plusieurs établissements sanitaires et médico-sociaux des secteurs public et privé ou dans des services d'accompagnement et d'aide au domicile des personnes accompagnées éventuellement des appréciations et/ou recommandations de l'employeur (ou des employeurs).
- OU**
- ✓ L'attestation du suivi de la formation continue de soixante-dix heures relative à la participation aux soins d'hygiène, de confort et de bien-être de la personne âgée ET les attestations de travail d'au moins six mois en équivalent temps plein, effectués au sein d'un ou plusieurs établissements sanitaires et médico-sociaux des secteurs public et privé ou dans des services d'accompagnement et d'aide au domicile des personnes

ATTESTATION SUR L'HONNEUR :

Je soussigné (e),

-
- Déclare avoir pris connaissance du règlement d'admission et des informations complémentaires en vue de l'entrée en formation conduisant au Diplôme d'Etat d'aide-soignant.e (documents à télécharger sur le site internet de l'ADRAR ou disponibles sur demande)
 - Déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis dans ce dossier,

Fait à :

Le :

Signature :

Ce dossier est à retourner à :

ADRAR FORMATION
Sélection Aide-soignant
Parc technologique du canal
2 Rue Irène Joliot Curie
31520 RAMONVILLE SAINT AGNE

Cadre réservé à l'organisme :

Statut	Rémunération
☐ <i>Statut DE Conseil Régional</i>	☐ <i>AREF</i>
☐ <i>Statut étudiant</i>	☐ <i>REGION ASP</i>
☐ <i>Salarié</i>	☐ <i>EMPLOYEUR</i>
☐ <i>Autre</i>	☐ <i>CIF</i>

ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR

Document à faire compléter par l'employeur

ETABLISSEMENT EMPLOYEUR

Nom ou Raison sociale

Adresse

CP

Ville

Téléphone

Mail

@

Personne à contacter en charge du dossier

N° SIRET

CODENAF/APE

OPCO

➤ ADRESSE DE FACTURATION :

.....

.....

➤ AUTORISATION DE L'EMPLOYEUR :

Je soussignée :

Directeur.trice de :

accepte de prendre en charge les frais de formation (sous réserve d'acceptation de prise en charge par l'OPCO).

Nature du contrat :

☐ Contrat de professionnalisation

☐ Contrat d'apprentissage

☐ Dispositif Pro-A

☐ Dispositif Transition Pro

☐ Plan de compétences

☐ Autre :

Autorise :

☐ Madame : ☐ Monsieur :

A suivre la formation d'Aide-soignant.

Du

Au

Fait à :

Le :

Signature et cachet de l'établissement / Fonction du signataire :