



**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**

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 mettre en place la convention de formation
- ✓ 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
- ✓ De répondre aux enquêtes inhérentes à la formation d'Apprentis (SIFA ...)

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 :

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

SESSION VISEE

Session en alternance du 9 septembre 2024 au 10 février 2026 (date limite d'inscription : 30 juin 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

Si vous êtes en cours d'emploi :

Employeur :

Adresse :

Téléphone : Adresse courriel :

Poste occupé :

Durée moyenne d'heures de travail par semaine :

Nature du contrat : CDD CDI Intérim

Reconnaissance travailleur handicapé : OUI NON

Si vous êtes demandeur d'emploi :

Identifiant (7 chiffres ,1 lettre) N°

Vous êtes inscrit au pôle emploi de :

Depuis le :

Vous bénéficiez d'une allocation : OUI NON

Allocation ARE :

Droits ouverts jusqu'au :

Allocation RSA

Allocation adulte handicapé

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 :

Bénéficiaire d'allégement 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

Obligatoire :

- 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).
- Un document manuscrit relatant, au choix du candidat, soit une situation personnelle ou professionnelle vécue, soit son projet professionnel en lien avec les attendus de la formation. Ce document n'exède pas deux pages

Selon votre situation :

- 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
- Une fiche de positionnement du prescripteur s'il y a lieu.

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
Secrétariat sélection Aide-soignant
2 rue Irène Joliot Curie
31520 RAMONVILLE SAINT AGNE

Cadre réservé à l'organisme :

| Statut | Rémunération |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> <i>Statut DE Conseil Régional</i> | <input type="checkbox"/> <i>AREF</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Statut étudiant</i> | <input type="checkbox"/> <i>REGION ASP</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Salarié</i> | <input type="checkbox"/> <i>EMPLOYEUR</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Autre</i> | <input type="checkbox"/> <i>OPCO</i> |



ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR

Document à faire compléter et signer par l'employeur

ETABLISSEMENT EMPLOYEUR

Nom ou

Raison sociale

Adresse

CP

Ville

Téléphone

Mail

@

Personne à contacter en charge du dossier

N° SIRET

CODE NAF/APE

OPCO

ADRESSE DE FACTURATION :

.....
.....

AUTORISATION DE L'EMPLOYEUR

Je soussigné.e :

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 d'apprentissage

Contrat de professionnalisation

Dispositif Pro-A

Dispositif Transition Pro

Plan de compétences

Autre

Autorise :

Madame / Monsieur (*rayez la mention inutile*)

A suivre la formation conduisant au Diplôme d'Etat d'aide-soignant.

Du

Au

Fait à :

Signature et cachet de l'établissement/fonction du signataire

Le :

.....