



**CAMPUS DU VALLON**

**DOSSIER D'INSCRIPTION à l'Institut de Formation AIDE-SOIGNANTE**  
**IFAS Campus du Vallon**  
**FORMATION PAR APPRENTISSAGE**  
**RENTREE 25 AOUT 2025**

**Institut de Formation D'Aide-Soignante**

**Campus du Vallon**

Chemin du Camp

15600 MAURS

Tél : 04.71.49.04.79

E-mail : [campusduvallon@adapei15.com](mailto:campusduvallon@adapei15.com)

**Début des inscriptions : Le lundi 10 mars 2025**

**Fin des inscriptions : vendredi 11 juillet 2025**

**Entretien de validation d'admission directe : Du lundi 26 mai au vendredi 18 juillet 2025**

**Rentrée : Le lundi 25 août 2025**



## **CAMPUS DU VALLON**

### **CONDITIONS D'ACCES A LA FORMATION :**

Selon l'arrêté du 7 avril 2020 modifié par les arrêtés successifs du 12 Avril 2021 et du 10 Juin 2021, portant diverses modifications aux conditions d'accès aux formations conduisant au diplôme d'Etat d'Aide-Soignante,

**DISPOSITIONS GENERALES :** Selon l'Article 1 : Les formations conduisant au diplôme d'Etat d'Aide-Soignante sont accessibles, sans condition de diplôme.

Les candidats doivent être âgés de dix-sept ans au moins à la date d'entrée en formation.

**DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES :** Selon l'Article 10 – Les personnes ayant déjà été sélectionnées à l'issue d'un entretien avec un employeur pour un contrat d'apprentissage sollicitent une inscription auprès de l'institut de formation.

- Le directeur de l'institut de formation procède à leur admission directe en formation au regard des documents décrivant la situation du futur apprenti (cf. paragraphe suivant) et à l'issue d'un entretien d'une durée de 15 à 20 minutes permettant d'apprécier les qualités humaines et relationnelles du candidat et son projet professionnel. (Article 2)

*Les candidats en situation de handicap peuvent demander lors du dépôt de leur dossier, un aménagement des conditions de déroulement de l'entretien, sous réserve de la production d'une notification établie par un médecin désigné par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).*

### **DOCUMENTS POUR VOTRE INSCRIPTION :**

**Vous devez nous fournir :**

- la fiche d'inscription dûment remplie
- La photocopie d'une pièce d'identité en cours de validité (carte d'identité ou passeport ou titre de séjour)
- Une lettre de motivation avec description de votre projet professionnel
- Un curriculum vitae
- Une copie du contrat d'apprentissage signé ou tout document justifiant de l'effectivité des démarches réalisées en vue de la signature imminente du contrat d'apprentissage.



**CAMPUS DU VALLON**

## ADMISSION DÉFINITIVE :

**L'admission définitive est subordonnée à la production :**

- **Au plus tard le jour de la rentrée** : d'un certificat médical émanant d'un médecin agréé par l'ARS attestant que vous n'êtes atteint(e) d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession d'aide-soignante (*Cf. fiche médicale n°1*)

- **Avant la date d'entrée au premier stage** : d'un certificat médical attestant que vous remplissez les obligations d'immunisation et de vaccination prévues par les dispositions du titre 1er du livre 1er de la troisième partie législative du code de la santé publique (*Cf. fiche médicale n°2*) :

Ce certificat doit mentionner que l'élève **est à jour des vaccinations** :

- **AntiDiphtérique**

- **antitétanique**

- **antiPoliomyélitique**

-**antiHépatite B** : 3 injections + taux d'anticorps anti-HBs supérieur à 100UI/l

et qu'il a **subi** un contrôle **Tubertest** à la tuberculine (5U) récent (datant de moins de 3 mois)

**Recommandé** : Covid 19 : schéma vaccinal complet

**L'accès en formation et l'entrée en stage en services hospitaliers et extrahospitaliers, y compris chez l'employeur, est impossible si le candidat n'a pas de couverture vaccinale.**

Il vous appartient, **dès le début de votre recherche d'employeur**, de faire vérifier votre couverture vaccinale auprès de votre médecin traitant, et de la compléter le cas échéant.

**IMPORTANT** : La vaccination contre l'hépatite B s'étend sur plusieurs mois. ***L'absence d'attestation d'immunisation rendra impossible votre entrée en formation.***

**Aucune dérogation ne sera accordée pour entrer en formation.**

**L'admission définitive en IFAS est subordonnée à la production de ces justificatifs.**

**Tout manquement à cet impératif entraînera l'arrêt immédiat de la formation pour inaptitude.**

N'hésitez pas à établir le carnet de santé électronique. Il vous permettra d'être informé par mail de vos rappels à effectuer. De plus, il peut être partagé avec tout professionnel de santé. Mes vaccins.net :

<https://www.mesvaccins.net/>



## DEROULÉ DE LA FORMATION :

La formation par la voie de l'apprentissage se déroule pendant une durée de 12 ou 18 mois.

La date de la rentrée est fixée au **25 août 2025**.

Voici les attendus et critères nationaux établis pour entrer en formation d'AP :

Attendus	Critères
Intérêt pour le domaine de l'accompagnement et de l'aide à la personne, notamment en situation de vulnérabilité	Connaissances dans le domaine sanitaire, médico-social, social ou sociétal
Qualités humaines et capacités relationnelles	Aptitude à faire preuve d'attention à l'autre, d'écoute et d'ouverture d'esprit
	Aptitude à entrer en relation avec une personne et à communiquer
	Aptitude à collaborer et à travailler en équipe
Aptitudes en matière d'expression écrite, orale	Maîtrise du français et du langage écrit et oral
	Pratique des outils numériques
Capacités d'analyse et maîtrise des bases de l'arithmétique	Aptitude à élaborer un raisonnement logique à partir de connaissances et de recherches fiables
	Maîtrise des bases de calcul et des unités de mesure
Capacités organisationnelles	Aptitudes d'observation, à s'organiser, à prioriser les activités, autonomie dans le travail



**FICHE D'INSCRIPTION SELECTION POUR LA FORMATION AIDE SOIGNANTE  
IFAS CAMPUS DU VALLON 2025**

Madame  Monsieur

Nom d'Epouse .....NOM de naissance : .....

Prénoms .....

Situation de famille :  Célibataire  Marié(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)  Concubinage  P.A.C.S.

Né(e) le ..... À ..... Age : .....

Pays ..... Nationalité.....

Numéro de sécurité Sociale .....

Adresse .....

Code postal ..... Ville .....

Adresse e-mail personnelle .....@.....

Tel fixe : ..... Tel portable : .....

**NIVEAU D'ETUDES :**

Baccalauréat : série/spécialité ..... année  
d'obtention .....

Terminale : .....

Diplôme sanitaire et/ou social : ..... année d'obtention  
.....

Dernière classe fréquentée : .....

**EXPERIENCE PROFESSIONNELLE (Y COMPRIS LES TRAVAUX SAISONNIERS)**

Activité exercée	Dates : du..... au.....	Durée	Adresse de l'employeur



**CAMPUS DU VALLON**

Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom : ..... Prénom : .....

Numéro de téléphone :

Portable : ..... Domicile : ..... Travail : .....

FINANCEMENT DE LA FORMATION :

Coordonnées de l'employeur (contrat d'apprentissage/promesse d'embauche écrite) :

.....

Présentez-vous une situation de handicap ? OUI  NON

Si oui, bénéficiez-vous d'une notification pour des aménagements spécifiques, établie par un médecin désigné par la MDPH (Maison Départementale des personnes Handicapées) de votre département de résidence ? OUI  NON

Je soussigné(e), atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document.

Fait à ....., le .....

Signature,

*Nous collectons des données personnelles vous concernant. Elles font l'objet d'un traitement informatisé par l'IFAS pour la prise en compte de votre candidature. Elles pourront être transmises à toutes personnes ou organismes participant au déroulement des épreuves de sélection. En cas de réussite à la sélection, vos nom et prénom sont diffusés par voie d'affichage dans l'enceinte de l'institut et sur son site internet. Vos données ne sont en aucun cas cédées à des tiers à des fins commerciales. Elles sont conservées par nos soins pendant une durée de 3 ans puis détruites.*

*Le Délégué à la protection des données personnelles peut être contacté au siège de l'Institut.*

*Conformément au règlement général sur la protection des données personnelles (règlement UE n° 2016/679 du 27 avril 2016), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, d'opposition pour motif légitime, de limitation et de portabilité aux données qui vous concernent.*

*Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).*



**CAMPUS DU VALLON**

## **FICHE 1 -VISITE MÉDICALE OBLIGATOIRE POUR L'ENTRÉE EN FORMATION D'AIDE-SOIGNANTE**

**Cette visite doit être réalisée par un médecin agréé par l'ARS. La liste des médecins agréés est consultable sur le site internet de chaque ARS. Pour la région Auvergne-Rhône-Alpes :**

<https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/liste-des-medecins-et-specialistes-agrees>

**Je soussigné(e) :** .....  
**Docteur en médecine agréé(e) par l'ARS,**

**Certifie que :**

**Nom de naissance :** .....

**Prénom :** .....

**Né(e) le :** ..... **A :** .....

**n'est atteint d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession aide-soignante.**

**Fait à :** ..... **Le :** .....

**Signature et cachet du médecin :**



FICHE 2 - VACCINATIONS POUR L'ENTRÉE EN FORMATION D'AIDE-SOIGNANTE

Je, soussigné(e), ..... Docteur en médecine, certifie que :

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

né(e) le ..... est à jour des vaccinations conformément à la réglementation en vigueur1 fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France.

DT POLIO (obligatoire)

1ère injection le ..... 3ème injection le .....

2ème injection le ..... Dernier rappel le .....

L'élève est-il vacciné contre la coqueluche (recommandé) ? : oui [ ] non [ ]

HEPATITE B (obligatoire)

Un dosage des anticorps anti-HBs (supérieur à 100 UI / L) a été réalisé en

Date : ..... Résultat : .....

TUBERCULOSE (obligatoire)

IDR ou TUBERTEST à 5UI effectué en Date : .....

Résultat : .....

L'élève est-il vacciné contre la tuberculose (recommandé) ? oui [ ] non [ ]

OU BIEN

L'élève présente-t-il une trace physique de vaccination ? : oui [ ] non [ ]

ROUGEOLE (recommandé)

L'élève a-t-il contracté la rougeole ? oui [ ] non [ ]

Si non, l'élève est-il vacciné contre la rougeole ? oui [ ] non [ ]

COVID (recommandé)

L'élève a-t-il contracté la covid ? oui [ ] non [ ]

Si oui, date(s) : .....

1ère injection le ..... 3ème injection le.....

2ème injection le ..... 4ème injection le.....

Fait le : ..... Signature et cachet du médecin :

1 Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnels de santé en France : https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000027833530 Arrêté du 6 mars 2007 fixant les obligations vaccinales des élèves et étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des autres professions de santé : https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000006055678 Article L. 3111-4 du code de la santé publique : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\_lc/LEGIARTI000034079710 Calendrier vaccinal et recommandations 2021 -juillet 2021 - Ministère des solidarités et de la santé : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier\_vaccinal\_090721.pdf



**CAMPUS DU VALLON**

Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD), le Campus du Vallon vous informe que les données communiquées dans ce formulaire font l'objet d'un traitement informatisé dont il est responsable.

Elles sont conservées pendant trois ans et sont destinées à gérer ta candidature et à t'informer sur les événements liés à ton projet de formation en apprentissage ou en pré apprentissage.

Ces données sont réservées au Campus du Vallon et/ou à ses organismes de formations partenaires dans la gestion des formations en apprentissage ou en pré apprentissage.

Elles sont susceptibles d'être transmises à des entreprises dans le cadre de la mise en relation candidat/employeur afin de conclure un contrat d'apprentissage. Pour exercer vos droits d'accès, de rectification, d'effacement et d'opposition au traitement de vos données personnelles, ainsi qu'un droit à la limitation et à la portabilité de vos données, vous pouvez adresser, à tout moment, un mail à [campusduvallon@adapei15.com](mailto:campusduvallon@adapei15.com)

**Les dossiers d'inscription sont à déposer soit directement soit par voie postale ordinaire à :**

**Campus du Vallon,  
Chemin du Camp,  
15600 MAURS**

 : 04.71.49.04.79

 : [campusduvallon@adapei15.com](mailto:campusduvallon@adapei15.com)