IFAS
CENTRE HOSPITALIER
LAVAL

Sélection Aide-soignante

Du 27 Février au 14 Juin 2025 minuit

Etape 1 : Télécharger le dossier de sélection

Vous devez télécharger le dossier de sélection ci -dessous ou bien le retirer au secrétariat.

Etape 2 : Transmission du dossier

- **Par mail** : Selection.ifaschlaval@chlaval.fr

ou

- **Par courrier :**

IFAS CH LAVAL
SELECTION AS Printemps 2025
33 Rue du Haut Rocher
53000 LAVAL

Etape 3 : Entretien oral

Vous recevrez une convocation pour l'entretien oral.

Etape 4 : Résultats

Publication des résultats :
le **24 juin à 10h00** - sur notre site dans l'onglet "Résultats de sélection" ou à l'affichage de l'IFAS.

Contact IFAS CH LAVAL

65 Rue du Chef de Bataillon Henri Géret - 53000 LAVAL
02-43-91-65-01
ifas@chlaval.fr

FICHE DE CANDIDATURE POUR LA SELECTION A LA FORMATION AIDE-SOIGNANT(E) PAR VOIE SCOLAIRE

IFAS CENTRE HOSPITALIER LAVAL

☐ **MADAME** ☐ **MONSIEUR**

Nom de Naissance (en Majuscules) : **Nom d'Usage** (en Majuscules) :

Prénoms (en Majuscules) :

Nationalité (en Majuscules) **:**

Date de naissance : **Age :**

Lieu de naissance (en Majuscules) **:** **Département ou Pays :**

Adresse (en Majuscules) **:**

Ville (en Majuscules) **:** **Code postal** :

Téléphone fixe : **Mobile** :

Adresse e-mail :

Merci de coller votre photographie ici

Situation familiale (à des fins statistiques) : Célibataire – Marié(e) – Pacsé(e) – Concubin(e) – Veuf(ve) *Rayer les mentions inutiles*

Demande d'aménagement des épreuves (Candidats avec reconnaissance MDPH : joindre un justificatif) oui ☐ non ☐

Diplômes **obtenus** à ce jour :

Votre situation au moment de l'inscription : (merci de cocher la case correspondante)

☐ Lycéen (préciser le niveau et la série) : _____

☐ Classes préparatoires concours (préciser l'intitulé) : _____

☐ Études ou formations universitaires ou supérieures (préciser l'intitulé) : _____

☐ Salarié : ☐ **CDD** ☐ **CDI** ☐ Salarié en Contrat Aidé (contrat emploi d'avenir…)

☐ Demandeur d'emploi : ☐ **Indemnisé** ☐ **Non indemnisé**

☐ VAE

☐ J'ai fait une demande de prise en charge par :

- Compte Personnel de Formation : ☐ oui ☐ non - CPF de Transition professionnelle : ☐ oui ☐ non
- dans le cadre des actions de formation de reconversion/promotion ou contrat de professionnalisation : ☐ oui ☐ non

☐ J'ai fait une demande de Congé de Formation Professionnelle : ☐ oui ☐ non

☐ J'accepte que mon identité paraisse à la publication des résultats sur internet

☐ Je n'accepte pas que mon identité paraisse à la publication des résultats sur interne

ATTENTION : en l'absence de cochage, les résultats seront publiés sur internet.

J'ai pris connaissance du règlement d'admission et que je ne peux m'inscrire que dans **1 seul IFAS par département**. L'inscription multiple sera contrôlée et une seule inscription sera prise en compte. Je soussigné(e) atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document et la conformité à l'original des copies des diplômes ou attestations jointes et accepte les conditions des épreuves de sélection.

Fait à : _____ le _____ Signature du candidat :

Cadre réservé à l'I.F.A.S. :

Numéro de dossier :

Dispense : ☐ ASHQ

☐ Fiche de candidature renseignée, datée et signée

☐ Pièce d'identité ou Titre de séjour (ressortissant étranger)

☐ Lettre de motivation manuscrite

☐ Curriculum Vitae

☐ Document manuscrit

☐ Copie des Diplômes, Titres ou certifications professionnelles, y compris pour une demande d'allégement de la formation

☐ Dossier scolaire avec notes et appréciations des stages

☐ Attestation de travail ou contrat de travail avec appréciations employeur

☐ Attestation sur l'honneur

☐ Attestation de niveau de langue (facultatif)

☐ Autres justificatifs

INSTITUT

IFAS CENTRE HOSPITALIER DE LAVAL

PIÈCES À RETOURNER À L'INSTITUT POUR L'INSCRIPTION À LA SÉLECTION AIDE-SOIGNANT(E) PAR VOIE SCOLAIRE

- ☐ Fiche de candidature complétée, datée et signée.
- ☐ Une photographie récente à coller sur la fiche de candidature.
- ☐ Copie de la carte d'identité (recto/verso) ou du passeport, en cours de validité,
  OU pour les ressortissants étrangers, un titre de séjour valide à l'entrée en formation et qui couvre, à terme, en intégralité la durée de la formation
- ☐ Une lettre de motivation **manuscrite qui expose un projet de formation clair et argumenté pour un exercice professionnel d'aide-soignant.**
- ☐ Un curriculum vitae.
- ☐ Un document **manuscrit** qui relate, au choix du candidat, soit une situation personnelle ou professionnelle vécue soit son projet professionnel en lien avec les attendus de la formation. **Les éléments sont analysés et ne se limitent pas à une description.** Les liens avec la formation ou le métier d'AS doivent par ailleurs apparaître. Ce document n'excède pas deux pages.
- ☐ Une **copie des diplômes, titres ou certifications professionnelles, y compris pour ceux qui permettraient des équivalences de blocs de compétences ou à des allégements de formation.**
- ☐ Pour les lycéens et les bacheliers de moins de 5 ans, la copie des relevés de résultats et appréciations ou bulletins scolaires et appréciations de stages (première–terminale).
- ☐ Selon la situation du candidat, les attestations de travail, accompagnées des **appréciations et/ou recommandations de l'employeur** (ou des employeurs). Ces appréciations peuvent se faire à partir du modèle type fourni. Elles mettent en évidence l'expérience professionnelle et qui font apparaître les liens avec les connaissances et aptitudes attendus pour suivre la formation selon l'Arrêté du 7 avril 2020 relatif aux modalités d'admission aux formations conduisant aux diplômes d'État d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture (en annexe de l'arrêté consultable sur le site www.legifrance.gouv.fr). En l'absence de ces appréciations/recommandations, le dossier est recevable mais le candidat ne peut se voir attribuer les points correspondants à ces appréciations selon les critères définis.
- ☐ Tout autre justificatif valorisant un engagement ou une expérience personnelle (associative, sportive…) en lien avec la profession d'aide-soignant.
- ☐ Lorsque le niveau de français à l'écrit et à l'oral ne peut être vérifié à travers les pièces produites, au regard notamment du parcours scolaire, une 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 maitrise du français à l'oral.
- ☐ Une attestation sur l'honneur des documents produits (cf. modèle joint).

TOUT DOCUMENT ILLISIBLE OU TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS ÉTUDIÉ

Prénom(s), Nom(s)
Adresse
Code Postal Ville
Numéro de téléphone mobile
Adresse email valide

IFAS du Centre Hospitalier de Laval
33 rue du Haut Rocher
53000 LAVAL

Objet : attestation sur l'honneur pour la constitution du dossier de candidature en IFAS

Je soussigné(e)…….., demeurant au …… atteste:

□ avoir pris connaissance de l'offre de formation proposée (voie scolaire ou voie de l'apprentissage et cursus complet ou cursus partiel) par l'IFAS et répondre aux conditions d'accès à cette offre de formation ;

□ avoir personnellement conçu et rédigé les documents du dossier de candidature en IFAS (Curriculum Vitae, Lettre de motivation, situation ou projet professionnel et éventuel document permettant d'apprécier les capacités et les attendus relatifs à la maitrise du français à l'oral).

<u>En fonction de la voie de formation retenue :</u>

□ avoir candidaté sur cette sélection de printemps 2025 par la voie scolaire auprès d'un seul IFAS dans un même département de la Région Pays de La Loire

Et/ou

□ avoir sollicité une seule inscription dans l'institut de formation de mon choix, habilité à délivrer la formation par apprentissage.
NB : seuls les candidats postulant à la fois pour une formation par la voie scolaire et par la voie de l'apprentissage peuvent candidater 2 fois sur un même département.

J'ai conscience que cette attestation pourra être produite en justice et que toute fausse déclaration de ma part m'expose à une non-recevabilité de ma candidature et à des sanctions prévues par l'article 441-1 du Code pénal.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à …….., le ……..

Nom Prénom

Signature obligatoire

ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR

CANDIDAT

Nom : Nom marital :

Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Courriel :

PERIODE D'EXERCICE PROFESSIONNEL :

Du : Au :

ENTREPRISE

N° Siret :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Fax :

Courriel :

Nom du responsable de l'entreprise :

APPRECIATIONS DE L'EMPLOYEUR

Critères	*Insuffisant*	*Moyen*	*Bon*	*Très Bon*	*Observations*
Intérêt pour le domaine de l'accompagnement et de l'aide à la personne notamment en situation de vulnérabilité					
Qualités humaines et capacités relationnelles					
Aptitudes en matière d'expression écrite, orale					
Capacités d'analyse et maîtrise des bases de l'arithmétique					
Capacités organisationnelles					

APPRECIATION GENERALE (rubrique obligatoire)

Date :

Cachet de l'entreprise Nom et signature du responsable

«à dupliquer si plusieurs employeurs».