

# **DEAS**

## **2024-2025**

**IFAS Groupe SOS SANTE**

**15, Rue Lemire**

**57500 SAINT-AVOLD**

**03-87-90-67-40**

**07-70-19-61-23**

**[secretariat-ifas-saint-avold@groupe-sos.org](mailto:secretariat-ifas-saint-avold@groupe-sos.org)**



## IFAS SAINT-AVOLD

### Sélection 2024-2025

### MODALITÉS D'INSCRIPTION

Conformément aux arrêtés du 7 avril 2020 modifié relatif aux modalités d'admission à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'Aide-Soignant.

#### CALENDRIER

Ouverture des inscriptions	Lundi 12 février 2024
Clôture des inscriptions <b><u>(Tout dossier incomplet et remis hors délai sera refusé)</u></b>	Lundi 17 juin 2024 cachet de la poste faisant foi
Modalités de retrait du dossier d'inscription	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Directement au secrétariat de 09h00 à 12h00 et de 13h00 à 15h00,</li> <li>- Il peut vous être envoyé par voie postale après en avoir formulé la demande,</li> <li>- Il peut être téléchargé sur notre site : <a href="https://www.groupe-sos.org/structure/ifas-de-saint-avold/">https://www.groupe-sos.org/structure/ifas-de-saint-avold/</a></li> </ul>
Modalités de dépôt du dossier d'inscription	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Directement au secrétariat de 09h00 à 12h00 et de 13h00 à 15h00, (en cas de fermeture du secrétariat, vous pouvez déposer votre dossier dans les boîtes aux lettres)</li> <li>- Par voie postale</li> <li>- <b>Ne pas envoyer par mail</b></li> </ul>
Nous contacter	03-87-90-67-40 07-70-19-61-23 <a href="mailto:secretariat-ifas-saint-avold@groupe-sos.org">secretariat-ifas-saint-avold@groupe-sos.org</a>
Affichage des résultats à l'IFAS	Vendredi 28 juin 2024 à 14h00 Aucun résultat ne sera communiqué par téléphone. Tous les candidats seront personnellement informés de leur résultat par courrier postal.

## **Divers :**

Vous serez destinataire dans les 10 jours qui suivent le dépôt de votre dossier COMPLET d'un courrier accusant réception de votre inscription.

Après étude du dossier, chaque candidat recevra une convocation par courrier à un entretien oral.

L'IFAS ne peut pas être tenu pour responsable en cas de défaut de réception de convocation (pour adresse incomplète, ou insuffisante, ou changement non signalé).

Le jour de la convocation à l'entretien, vous devrez présenter votre convocation accompagnée d'une pièce d'identité officielle en cours de validité avec photographie.

## **DATES DE RENTRÉE**

Date de rentrée cursus complet	Mardi 27 août 2024
Date de rentrée alternant complet	Mardi 27 août 2024
Date de rentrée cursus partiel (BAC PRO ASSP/SAPAT)	Lundi 7 Octobre 2024
Date de rentrée alternant partiel (BAC PRO ASSP/SAPAT)	A Définir

## **PLACES OUVERTES**

Cursus complet	40 places
Cursus partiel (BAC PRO ASSP/SAPAT)	20 places
Alternant complet	15 places
Alternant partiel (BAC PRO ASSP/SAPAT)	35 places

## **FRAIS DE FORMATION**

Cursus complet	6200.00 euros Prise en charge sous conditions
Cursus partiel (BAC PRO ASSP/SAPAT)	ASSP : 3500.00 euros SAPAT : 4100.00 euros Prise en charge sous conditions
Alternant complet	Gratuit pour l'alternant
Alternant partiel (BAC PRO ASSP/SAPAT)	Gratuit pour l'alternant

Selon votre situation, les frais de formation peuvent être pris en charge par des organismes financeurs (conseil régional, OPCO).

Plus de précisions sur le site : [www.grandest.fr](http://www.grandest.fr)

Les conditions d'obtention d'une bourse sont accessibles sur le site de la Région Grand Est :

<https://boursesanitaireetsociale.grandest.fr>

## CONSTITUTION DU DOSSIER D'INSCRIPTION

(Rappel : tout dossier incomplet sera refusé)


Photo d'identité (à coller à l'emplacement prévu sur la feuille d'inscription)	
Photocopie pièce d'identité recto et verso	En cours de validité
Lettre manuscrite Une page minimum et 2 pages maximum	Si lettre non manuscrite , le dossier sera rejeté
Curriculum vitae à jour	
Document manuscrit, relatant au choix : <ul style="list-style-type: none"><li>• Une situation personnelle ou</li><li>• Une situation professionnelle vécue ou</li><li>• Un projet professionnel</li></ul>	2 pages maximum Document <b>MANUSCRIT IMPERATIF</b> sinon dossier rejeté Il vous est conseillé de privilégier la situation professionnelle à la situation personnelle si vous avez une expérience de travail en milieu sanitaire ou social
Copie des bulletins scolaires (seconde, première et terminale) et appréciations de stage	Uniquement pour les cursus modulaires ou apprentissage
Copie de diplôme	Pour tous les candidats
Promesse d'embauche	Uniquement pour les cursus en apprentissage
Attestation de travail et appréciations de l'employeur ou des employeurs	Ne concerne pas les personnes en cursus scolaire mais indispensables pour les autres. Pensez à l'appréciation employeur
Attestation du niveau de langue B2	Uniquement pour les ressortissants hors de l'union européenne
Titre de séjour valide pour toute la période de formation	Uniquement pour les ressortissants hors de l'union européenne
Tout autre justificatif valorisant un engagement personnel ou expérience personnelle en lien avec la profession	
Enveloppes <b>Courrier suivi</b> : En vente <b>UNIQUEMENT</b> à la POSTE	3 enveloppes au total (mentionnées ci-dessous) <b>Libellées LISIBLEMENT à votre adresse :</b> -3 Prêt-à-Poster <b>courrier suivi sans fenêtre</b> (50g)

**Pour les personnes concernées par l'inscription en cursus complet (uniquement)**

**Le formulaire vert devra être OBLIGATOIREMENT complété**

## INFORMATION

**L'IFAS organise une journée  
« Portes Ouvertes »  
Le 08/03/2024 de 10h à 15h00**

	<b>ATTESTATION MEDICALE DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES POUR L'ENTREE EN FORMATION DE</b>	DRHS/PNM P-002 V7-03/2021
	Département des Ressources Humaines en Santé	

CETTE ATTESTATION EST A REMPLIR PAR VOTRE MEDECIN TRAITANT ET A REMETTRE AU CENTRE DE FORMATION au plus tard le .....

**Compléter impérativement les dates en précisant JJ/MM/AA**

**DIPHTERIE-TETANOS-POLIO-COQUELUCHE**

1ère injection le : ..../.../.....	1 <sup>er</sup> Rappel : ..../.../.....	Age: .....
2ème injection le : ..../.../.....	2 <sup>ème</sup> Rappel : ..../.../.....	Age: .....
3ème injection le : ..../.../.....	3 <sup>ème</sup> Rappel : ..../.../.....	Age: .....
	4 <sup>ème</sup> Rappel : ..../.../.....	Age: .....
	5 <sup>ème</sup> Rappel : ..../.../.....	Age: .....

**HEPATITE B**

La vérification de l'immunisation et de l'absence d'infection par le VHB est obligatoire pour tous les étudiants et personnels de santé relevant de la vaccination obligatoire contre le VHB.

Taux d'anticorps : .....

<b>Taux d'anticorps anti Hbs</b>	<b>&gt;100 UI/L</b>	<b>immunisé</b>
	<b>10 -100 UI/L</b>	<b>réaliser Ag HBs</b> (si Ag HBs négatif : immunisé)
	<b>&lt;10</b>	<b>non protégé :</b> Reprendre le schéma vaccinal
<b>En cas de doute : <u>CONSULTER LE MEDECIN AGREE REFERENT ARS</u></b>		

Immunisation :  Oui  Non

**FIEVRE TYPHOIDE - A vérifier avant une entrée en stage à risque**

Recommandé : pour les élèves, étudiants ou professionnels de santé ayant un stage ou une activité à risque de contamination (i.e. lors de la manipulation d'échantillons biologiques, en particulier de selles, susceptibles de contenir des salmonelles).

Le décret n° 2020-28 du 14 janvier 2020 suspend l'obligation vaccinale contre la fièvre typhoïde.



**VACCINS RECOMMANDES\***

Vaccins	Oui / Date	Non
ROR		
Rougeole		
Rubéole		
Varicelle		
Coqueluche		
Hépatite A		
Grippe (annuellement)		

\*Cf. recommandations et modalités sur <https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Recommandations-vaccinales-specifiques/Professionnels-exposes-a-des-risques-specifiques/Professionnels-de-sante>

**BCG - pour information**

Le décret n°2019-149 du 27 février 2019 suspend l'obligation de vaccination contre la tuberculose des professionnels visés aux articles R.3112-1 C et R.3112.2 du code de la santé publique.

Ainsi, la vaccination par le BCG ne sera plus exigée lors de la formation ou de l'embauche de ces professionnels dès le 1<sup>er</sup> avril 2019. Toutefois, il appartiendra aux médecins du travail d'évaluer ce risque et de proposer, le cas échéant, une vaccination par le vaccin antituberculeux BCG au cas par cas aux professionnels du secteur sanitaire et social non antérieurement vaccinés, ayant un test immunologique de référence négatif et susceptibles d'être très exposés

**ATTENTION** : le certificat d'aptitude de l'élève à l'entrée en formation dépend de ces indications.

Je soussigné(e), Docteur .....

Certifie que Mme – Mr .....

a répondu à ses obligations vaccinales selon le texte en vigueur et a reçu les vaccinations obligatoires précédentes.

**SIGNATURE DU MEDECIN :**

**CACHET :**

Pour toute information, vous pouvez vous rendre sur le site Vaccination InfoService.fr

<https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Recommandations-vaccinales-specifiques/Professionnels-exposes-a-des-risques-specifiques/Professionnels-de-sante>



**VACCINATION  
INFO SERVICE.FR**

Le site de référence qui répond à vos questions

