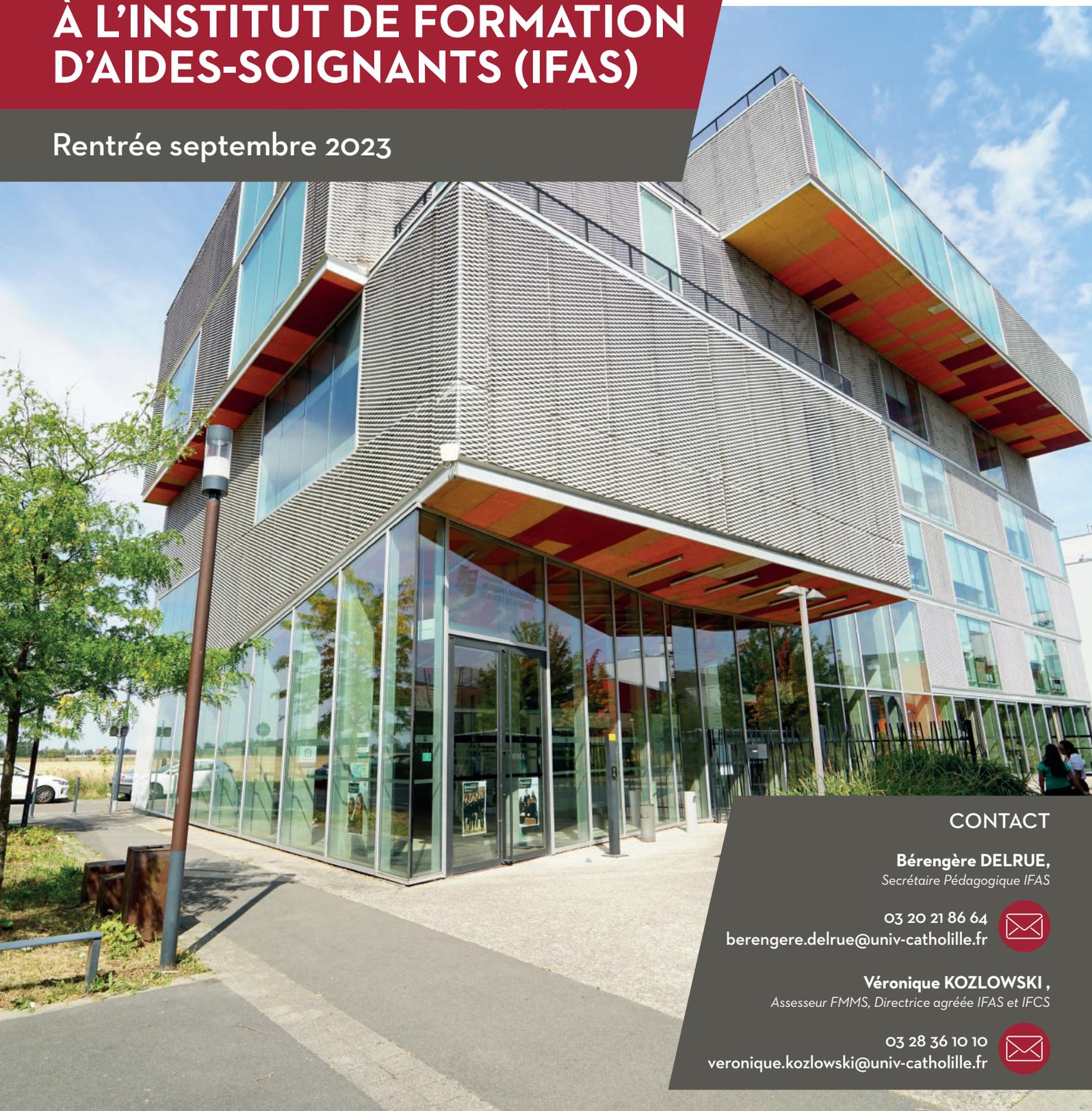




FACULTÉ DE
**MÉDECINE, MAÏEUTIQUE,
SCIENCES DE LA SANTÉ**

DOSSIER DE CANDIDATURE À L'INSTITUT DE FORMATION D'AIDES-SOIGNANTS (IFAS)

Rentrée septembre 2023



CONTACT

Béregère DELRUE,
Secrétaire Pédagogique IFAS

03 20 21 86 64
berengere.delrue@univ-catholille.fr



Véronique KOZLOWSKI,
Assesseur FMMS, Directrice agréée IFAS et IFCS

03 28 36 10 10
veronique.kozlowski@univ-catholille.fr





MODALITÉS D'INSCRIPTION À LA SÉLECTION DANS LE CADRE DU REGROUPEMENT DES IFAS DU GRAND LILLE

L'IFAS de l'Université Catholique de Lille fait partie du regroupement de 5 IFAS du Grand Lille (Valentine Labbé, Santélyls, la Faculté de Médecine, Maïeutique, Sciences de la Santé, CRF Tourcoing, CHU Lille).

Votre inscription à la sélection est **unique** pour les 5 IFAS.

Vous déposez votre dossier **UNIQUEMENT** dans l'IFAS qui constitue votre **premier choix** soit :

Via l'Espace Admission des Facultés de l'Université Catholique de Lille :
<https://espaceadmission.univ-catholille.fr>
ou

Via le formulaire papier : IFAS FMMS, Campus Humanicité,
2 rue Théodore Monod CS 40911, 59465 Lomme Cedex

Vous passerez votre entretien dans cet IFAS **entre le 12 et le 20 juin 2023**.

La sélection des candidats est effectuée par un jury de sélection sur la base d'un dossier destiné à apprécier les connaissances, les aptitudes et la motivation du candidat à suivre la formation. L'ensemble fait l'objet d'une cotation par un binôme d'évaluateurs composé d'un formateur et d'un aide-soignant. **L'entretien dure de 15 à 20 minutes.**

Les résultats seront publiés **le 23 juin 2023 à 14h** sur www.fmms.fr et dans le hall du campus Humanicité. Vous recevrez un email de résultat d'admission.

➤ **Si vous êtes sur liste principale,**
vous disposez de 7 jours calendaires pour confirmer votre inscription sur l'Espace Admission des Facultés de l'Université Catholique de Lille, soit pour **le 30 juin 2023 minuit**.
Cette inscription est définitive.

➤ **Si vous êtes sur liste complémentaire,**
vous pourrez être appelé par votre IFAS de 1^{er} choix entre **le 24 juin et le 11 juillet** en fonction des places rendues disponibles sur la liste principale.

Pour les candidats admis sur liste complémentaire et sans place dans leur IFAS de 1^{er} choix au 11 juillet, un forum sera organisé.

Les listes complémentaires des 5 IFAS seront fusionnées par ordre de mérite. Les candidats sur liste complémentaire doivent y participer : ils pourront choisir leur IFAS parmi les IFAS du regroupement ayant encore des places vacantes, ou se maintenir sur la liste complémentaire de l'IFAS de leur 1^{er} choix.

Le forum se déroulera le **12 juillet 2023 de 10 h à 12 h**, à l'Institut Gernez Rieux du CHU de Lille en Amphi A.

Lors du forum, l'inscription sera alors définitive.

En cas d'absence au forum, les candidats perdront leur rang de classement. Toutefois, ils gardent le bénéfice de la sélection pour la rentrée de septembre 2023 dans les IFAS du regroupement où il reste des places vacantes (après forum).

DATES IMPORTANTES



10 JUIN 2023 MINUIT

Clôture des inscriptions à la sélection

DU 12 AU 20 JUIN 2023

Oraux de sélection

23 JUIN 2023 À 14H00

Affichage des résultats d'admission

31 AOÛT 2023

Rentrée administrative

1^{ER} SEPTEMBRE 2023

Rentrée



LIEU DE LA FORMATION

Campus Humanicité
2 rue Théodore Monod
CS 40911 - 59465 LOMME CEDEX
03 28 36 10 10



FICHE D'INSCRIPTION À LA SÉLECTION INSTITUT DE FORMATION D'AIDES-SOIGNANTS (IFAS) Rentrée septembre 2023

Madame Monsieur

NOM :

PRENOM :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

PAYS DE NAISSANCE : NATIONALITÉ :

N° DE CARTE DE SÉJOUR (pour les étrangers) : DATE D'EXPIRATION :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

TEL. FIXE : TEL. PORTABLE :

MAIL :

DIPLÔMES OU TITRES OBTENUS

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sans diplôme | <input type="checkbox"/> Terminale BAC Pro « Services aux personnes et aux territoires » (SAPAT) |
| <input type="checkbox"/> Baccalauréat | <input type="checkbox"/> BAC Pro « Accompagnement, soins, services à la personne » (ASSP) |
| <input type="checkbox"/> Agent de services hospitaliers qualifiés de la fonction publique hospitalière ou agents de service | <input type="checkbox"/> BAC Pro « Services aux personnes et aux territoires » (SAPAT) |
| <input type="checkbox"/> AFGSU (Attestation de Formation aux Gestes et soins d'Urgence) Niveau 1 et 2 | <input type="checkbox"/> Etudiants ayant suivi une 1 ^{ère} année conduisant au Diplôme d'Etat d'Infirmier et n'ayant pas été admis en 2 ^e année
Attestation de suivi de formation précisant les résultats obtenus en : |
| <input type="checkbox"/> Diplôme d'Etat d'auxiliaire de puériculture | <input type="checkbox"/> Autre diplôme
Nom et année : |
| <input type="checkbox"/> Diplôme d'assistant de régulation médicale | <input type="checkbox"/> Titre ou diplôme étranger* permettant l'accès direct aux études universitaires dans le pays où il a été obtenu
Nom et année : |
| <input type="checkbox"/> Diplôme d'Etat d'ambulancier ou CCA | |
| <input type="checkbox"/> Titre Professionnel d'assistant(e) de vie aux familles | |
| <input type="checkbox"/> Titre Professionnel d'agent de service médico-social | |
| <input type="checkbox"/> Diplôme d'Etat d'Accompagnant Educatif et Social | |
| <input type="checkbox"/> Terminale BAC Pro « Accompagnement, soins, services à la personne » (ASSP) | |

* Le diplôme doit être traduit en français par un traducteur agréé. La démarche est à effectuer au Centre Français sur la Reconnaissance Académique et professionnelle des Diplômes chargé d'établir les attestations de reconnaissance de niveau d'études. Dépôt des demandes sur le lien : <https://phoenix.ciep.fr/inscriptions/> - service payant - délai à prévoir.

A JOINDRE AU DOSSIER :

N°	Pièces obligatoires	Validation IFAS
1	La fiche d'inscription à la sélection	<input type="checkbox"/>
2	Une photocopie d'une pièce d'identité, passeport, titre de séjour valide à l'entrée en formation	<input type="checkbox"/>
3	Une lettre de motivation manuscrite	<input type="checkbox"/>
4	Un curriculum vitae récent	<input type="checkbox"/>
5	Un document manuscrit relatant au choix : - soit une situation personnelle ou professionnelle vécue - soit son projet professionnel en lien avec les attendus de la formation Ce document ne doit pas excéder deux pages	<input type="checkbox"/>
6	La copie des originaux des diplômes ou titres traduits en français si nécessaire	<input type="checkbox"/>
7	Selon la situation du candidat, les attestations de travail, accompagnés éventuellement des appréciations et/ou recommandations de l'employeur (ou des employeurs)	<input type="checkbox"/>
8	Pour les ressortissants étrangers, une attestation du niveau de langue française requis B2	<input type="checkbox"/>

N°	Pièces facultatives	Validation IFAS
9	Attestation de suivi de préparation au concours aide-soignant	<input type="checkbox"/>
10	Copie des relevés de résultats et appréciations ou bulletins scolaires	<input type="checkbox"/>
11	Tout autre justificatif valorisant un engagement ou une expérience professionnelle (associative, sportive...) en lien avec la profession aide-soignante	<input type="checkbox"/>
12	Courrier de demande d'aménagement des épreuves de sélection si situation de handicap	<input type="checkbox"/>

A le

*Signature du candidat(e)
ou du représentant légal si le candidat(e) est mineur(e)*

ARGOS - FICHE IDENTIFICATION STAGIAIRE (FIS V2017) 2023

Numéro d'Action de Formation ARGOS >>>	
Date d'entrée en parcours de formation (JJ/MM/AAA) : >>>	_ / _ / _
ETAT CIVIL	
<input type="checkbox"/> Mr <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle NOM : _____ <input type="checkbox"/> HOMME <input type="checkbox"/> FEMME PRENOM : _____ Né(e) le (JJ/MM/AAA) : _ / _ / _____ N° sécurité sociale : _____ NOM de NAISSANCE : _____ PAYS de NAISSANCE : _____	
COORDONNEES	
Adresse : _____ _____	
Code postal : _____ Ville : _____ Tel : _____	
Email * : _____ <small>* Attention - cette adresse mail sera utilisée pour toutes les correspondances ultérieures que la Région engagera avec vous (exemple, pour des enquêtes futures)</small>	
FORMATION INITIALE ET CONTINUE	
Quel est votre diplôme le plus élevé obtenu ? <input type="checkbox"/> AUCUN DIPLOME <input type="checkbox"/> BREVET DES COLLEGES OU EQUIVALENT <input type="checkbox"/> CAP /BEP OU EQUIVALENT <input type="checkbox"/> BAC OU EQUIVALENT <input type="checkbox"/> BAC+2 - DEUG/DEUST/DUT/BTS <input type="checkbox"/> BAC+3 - LICENCE OU EQUIVALENT <input type="checkbox"/> BAC+4 - MAITRISE OU EQUIVALENT <input type="checkbox"/> BAC+5 - MASTER OU EQUIVALENT	Quelle est votre dernière classe fréquentée ? <input type="checkbox"/> Classe primaire ou non scolarisé <input type="checkbox"/> 6eme ou 5eme collège <input type="checkbox"/> 4eme ou 3eme collège <input type="checkbox"/> 1ere ou 2eme année de CAP/BEP <input type="checkbox"/> Dernière année de CAP/BEP <input type="checkbox"/> Classe 2nd ou 1ere lycée <input type="checkbox"/> Classe terminale (BAC ou BAC Pro) <input type="checkbox"/> 1ere ou dernière année de BAC + 2 <input type="checkbox"/> Dernière année de BAC + 3 <input type="checkbox"/> Dernière année de BAC + 4 ou 5
Quel est votre niveau à l'entrée en formation <input type="checkbox"/> Niveau VI : fin d'étude 6ème ou 4ème pré pro <input type="checkbox"/> Niveau V bis : fin d'études 3ème <input type="checkbox"/> Niveau V : CAP ou fin d'étude avant terminale <input type="checkbox"/> Niveau IV : Bac ou classe terminale <input type="checkbox"/> Niveau III : BTS/ DUT ou Bac + 2 <input type="checkbox"/> Niveau II : Licence ou BAC + 3 <input type="checkbox"/> Niveau I : Master ou Bac + 5 et plus	Avez-vous des difficultés pour lire et écrire au quotidien? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

SANTE**Etes-vous en situation de handicap ?** Oui Non*Si oui, avez-vous une reconnaissance officielle de handicap (attestation MDPH, allocation adulte handicapé, pension d'invalidité, carte d'invalidité...)?* Oui Non**DEPARTEMENT OU TERRITOIRE D'OUTRE-MER****Habitez-vous dans un DOM-TOM (Guadeloupe, Martinique...)?** Oui Non**FAMILLE****Vivez-vous?** Seul En couple Chez un parent**Nombre de personnes en emploi du foyer :** 0 1 2 et plus**Avez-vous un ou plusieurs enfants à charge ?** Oui Non**Vos deux parents sont-ils nés en France?** Oui Non Ne se prononce pas**LOGEMENT****Vous êtes :**

- Propriétaire
 Locataire
 Autre (hébergement familial, foyer, autres...)

Avez-vous des risques de perdre votre logement ?

- Oui Non Ne se prononce pas

ORIGINE DE LA DEMARCHE DE FORMATION**Quelle est la structure qui vous a orienté vers cette formation ?**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> APEC | <input type="checkbox"/> OPACIF |
| <input type="checkbox"/> Association d'insertion sociale | <input type="checkbox"/> Organisme de formation |
| <input type="checkbox"/> Cap Emploi | <input type="checkbox"/> PLIE - MDE |
| <input type="checkbox"/> CCAS ou UTPAS | <input type="checkbox"/> Pôle Emploi |
| <input type="checkbox"/> Opérateur compétences clés | <input type="checkbox"/> Proch'Emploi |
| <input type="checkbox"/> Démarche personnelle | <input type="checkbox"/> Structure d'insertion par l'activité économique |
| <input type="checkbox"/> Espace Info Formation | <input type="checkbox"/> Universités |
| <input type="checkbox"/> Jury post VAE | <input type="checkbox"/> Agents Région (hors Proch'Emploi) |
| <input type="checkbox"/> Missions Locales | <input type="checkbox"/> EPIDE Etablissement pour l'insertion dans l'emploi |
| | <input type="checkbox"/> Ecole de la zème chance |

MOYENS DE TRANSPORT**Quels moyens de transport utilisez-vous pour venir en formation ?**

- A PIED – A VELO
 BUS – TRAMWAY - METRO
 VOITURE – 2 ROUES MOTORISEES
 TRAIN

➤ TEMPS DE TRAJET (EN MINUTE) :

Prestation HEBERGEMENT liée à la formation**Si hébergement :****Indiquez le Code Arrondissement (liste ci-dessous) :**

AABB	Arrondissement d'Abbeville	ACHA	Arrondissement de Château-Thierry	ALEN	Arrondissement de Lens
AAMI	Arrondissement d'Amiens	ACLE	Arrondissement de Clermont	ALIL	Arrondissement de Lille
AARR	Arrondissement d'Arras	ACOM	Arrondissement de Compiègne	AMOD	Arrondissement de Montdidier
AAVE	Arrondissement d'Avesnes-sur-Helpe	ADOU	Arrondissement de Douai	AMOT	Arrondissement de Montreuil
ABEA	Arrondissement de Beauvais	ADKF	Arrondissement de Dunkerque-Flandre	APER	Arrondissement de Péronne
ABET	Arrondissement de Béthune	ADKM	Arrondissement de Dunkerque-	ASTO	Arrondissement de Saint-Omer
ABOU	Arrondissement de Boulogne-sur-Mer	Maritime		ASTQ	Arrondissement de Saint-Quentin
ACAL	Arrondissement de Calais	ALAC	Arrondissement de Laon-Chaunoy	ASEN	Arrondissement de Senlis
ACAM	Arrondissement de Cambrai	ALAL	Arrondissement de Laon-Laonnois	ASOI	Arrondissement de Soissons
				AVAL	Arrondissement de Valenciennes
				AVER	Arrondissement de Vervins

SITUATION A L'ENTREE EN FORMATION

Etes-vous allocataire de minima sociaux ?

- RSA - Revenu de Solidarité Active
 ASS - Allocation Spécifique de Solidarité
 AAH - Allocation Adulte Handicapé
 Non

SITUATION FACE AU MARCHÉ DU TRAVAIL

DEMANDEUR D'EMPLOI

INSCRIT à Pôle Emploi

N° Inscription (7 chiffres et 1 lettre) : _____

Indemnisation Pôle Emploi : Oui Non

NON INSCRIT à Pôle Emploi

Depuis combien de temps êtes-vous sans emploi ?

Nombre de mois.....

Date d'inscription

SALARIE

➤ Catégorie Socio professionnelle

- Ouvrier non qualifié
 Ouvrier qualifié
 Employé non qualifié
 Employé qualifié
 Technicien Agent de Maîtrise
 Cadre

➤ Type de contrat

- CDI
 CDD
 CDDI d'Insertion
 Contrats aidés secteur non marchand
 Contrats aidés secteur marchand
 Autres contrats aidés

➤ Temps partiel inférieur à 24 h semaine :

- Oui Non

INDEPENDANT – ARTISAN

CONGES MATERNITE CLCA

PERSONNE SANS ACTIVITE PROFESSIONNELLE ET NON DEMANDEUR D'EMPLOI

RETRAITE

SIGNATURE DU STAGIAIRE PARTICIPANT

Je soussignée(e) _____ (prénom – nom),
déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements communiqués dans ce document

J'autorise la mobilisation de mon CPF : Oui Non Si OUI, Nombre d'heures mobilisées : _____

Date : ___/___/___

Signature STAGIAIRE>

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné au suivi des parcours de formation et à l'élaboration de statistiques non nominatives. Les destinataires des données sont les services de la Direction de la Formation Permanente de la Région Hauts-de-France et l'organisme dans lequel le stagiaire suit sa formation mais aussi l'Union Européenne, Pôle Emploi, l'Agence de Services et de Paiement, la Caisse des Dépôts et Consignations pour le Compte Personnel de Formation) et les organismes chargés par la Région HDF d'une mission d'évaluation.

Les données recueillies seront également utilisées de façon anonyme à des fins de suivi et d'évaluation des opérations financées par l'Europe et plus particulièrement par le Fonds Social Européen.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au Correspondant Informatique et Libertés de la Région Hauts-de-France – 151, avenue du Président Hoover 59555 LILLE CEDEX.

SIGNATURE et Références ORGANISME de FORMATION

N° Identification stagiaire ARGOS : _____ N° Action ARGOS : _____

N° Participation stagiaire ARGOS: _____

Visa du responsable : Nom : _____

Date : ___/___/___

Signature ORGANISME>

Aide individuelle à la Formation

« Réussite au concours sanitaire et social »

Organisme de formation :

Nom du référent de la Formation :

Bénéficiaire :

Nom, prénom :

Identifiant :

Adresse

Code postal

Ville

Tel

J'ai pris connaissance que la formation « **Réussite au concours sanitaire et social** » qui se déroule du _____ au _____ fait l'objet d'un cofinancement par l'Union Européenne sur le Fonds Social Européen

Date :

Le/ la bénéficiaire