



# INSTITUTS DE FORMATION D'AIDES-SOIGNANTS DU REGROUPEMENT DU DÉPARTEMENT DE L' AISNE ORGANISANT UNE RENTRÉE EN JANVIER 2025 : LAON – CHAUNY – PRÉMONTRE

## ENTRÉE EN FORMATION AIDE-SOIGNANTE

6 JANVIER 2025

À destination des agents des services hospitaliers qualifiés de la fonction publique hospitalière ou les agents de services

En référence à l'arrêté du 7 avril 2020 modifié :

### CONDITIONS d'ACCÈS :

**Article 11 nouveau :** « Sont dispensés de l'épreuve de sélection prévue à l'article 2, les agents des services hospitaliers qualifiés de la fonction publique hospitalière et les agents de service :

1° Justifiant 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 ;

2° ou justifiant 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.

Les personnels visés aux 1° et 2° sont directement admis en formation sur décision du directeur de l'institut de formation concerné, dans les conditions prévues au II de l'article 12. »

**UN SEUL DOSSIER D'INSCRIPTION EST À ENVOYER OU À DÉPOSER AU SECRÉTARIAT DE L'IFAS DE VOTRE 1<sup>er</sup> CHOIX**

**POUR LE VENDREDI 11 OCTOBRE 2024 DERNIER DÉLAI  
(Cachet de la poste faisant foi)**

**LISTE DES INSTITUTS DE FORMATION D'AIDES-SOIGNANTS DU REGROUPEMENT  
DU DÉPARTEMENT DE L' AISNE**

CODE	I.F.A.S. agréés pour la préparation au <b>DIPLÔME d'ÉTAT d'AIDE-SOIGNANT</b>	Capacité d'accueil
LA	<p align="center">  INSTITUT de FORMATION d'AIDES-SOIGNANTS            Centre Hospitalier - 27 rue du 13 octobre 1918 – CS 40640            02001 <b>LAON</b> CEDEX    03.23.24.34.98 -  secret.ifsi@ch-laon.fr         </p>	<p align="center">42 places dont 20% réservés aux ASHQ</p>
CH	<p align="center">  INSTITUT de FORMATION d'AIDES-SOIGNANTS            Centre Hospitalier            94 rue des anciens combattants d'AFN et TOM            02303 <b>CHAUNY</b> Cédex    03.23.38.54.46 -  secretariat.ifas@ch-chauny.fr         </p>	<p align="center">32 places dont 20% réservés aux ASHQ</p>
PR	<p align="center">  INSTITUT de FORMATION d'AIDES-SOIGNANTS Bertrand SCHWARTZ            e p s m d. de l'Aisne            02320 <b>PREMONTRE</b>    03.23.23.66.92 -  ifsi@epsmd-aisne.fr         </p>	<p align="center">25 places dont 20% réservés aux ASHQ</p>



## INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

CIVILITE :  Madame  Monsieur

NOM de naissance : ..... NOM d'usage (marital) : .....

Prénom (s) : .....

**Cochez la case correspondante :**

Je justifie d'une ancienneté de services cumulée d'au moins un an en équivalent temps plein

Je justifie 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 cumulées d'au moins six mois en équivalent temps plein

### SITUATION ADMINISTRATIVE

Diplôme(s) ou Titre(s) obtenu(s)	Année d'obtention

**Vous êtes salarié(e) :**

Emploi occupé : .....

CDD  CDI  Autre contrat, précisez : .....

Employeur : .....

Adresse de l'employeur : .....

.....

Prise en charge de la formation par l'employeur  OUI  NON.

**SI OUI, FOURNIR UNE ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR**

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

Fait à ..... le : .....

Signature de l'agent

**Dossier à envoyer**

