



IFMS SENS

Centre Hospitalier
1 Avenue Pierre de Coubertin - BP 808 - 89108 SENS Cedex
☎ : 03.86.86.17.81 📠 : 03.86.86.17.87
✉ ifms@ch-sens.fr
Site internet : <http://www.ifms-sens.fr>

DOSSIER CANDIDATURE INSCRIPTION A LA SELECTION COMMUNE DES IFAS DE L'YONNE FORMATION AIDE-SOIGNANTE

5 janvier 2026

Arrêté du 07 avril 2020 relatif aux modalités d'admission aux formations conduisant aux diplômes d'Etat d'aide-soignant

Arrêté du 12 avril 2021 portant diverses modifications relatives aux conditions d'accès aux formations conduisant aux diplômes d'Etat d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture

CURSUS COURTS
Bac professionnel SAPAT
Bac professionnel ASSP



CALENDRIER SESSION janvier 2026

	Dates
Retrait des dossiers d'inscription <i>Téléchargeables sur sites internet*</i>	06/10/2025
Clôture des inscriptions <i>Envoi postal en recommandé des dossiers</i>	03/11/2025
Etudes de dossier + Entretiens de sélection	24/11/2025
Jury admission	25/11/2025 à 10h
Affichage des résultats de l'admission <i>Sur site et à l'IFMS</i>	26/11/2025 à 14h

Pour de plus amples informations, rendez-vous sur le site *www.ifms-sens.fr

Tout dossier incomplet ou envoyé après la date sera refusé
(Cachet de la poste faisant foi)

Pas de frais afférent à la sélection (arrêté du 12 avril 2021)

INFORMATIONS PRATIQUES

INSTITUTS	NOMBRE DE PLACES	FRAIS DE SCOLARITE	
		Bac pro SAPAT	Bac pro ASSP
Auxerre	13	4 615 €*	3 324 €*
Joigny	Pas de quota	6 400 €	5 800 €
Sens	12	5 070 €	3 640 €
Frais d'inscription Pour les candidats en formation initiale (sans rupture de scolarité) et pour les demandeurs d'emploi	184 €		

*+ Caution tenue de stage et badge 130 euros

(Cocher l'institut de votre choix)

☐ Auxerre

☐ Joigny – **ATTENTION** Les IFMS de Sens et Joigny sont regroupés pour cette rentrée et la formation sera entièrement dispensée à l'IFMS de Sens

☐ Sens

I - LISTE DES PIECES CONSTITUANT LE DOSSIER D'INSCRIPTION

Les photocopies doivent être lisibles

- ☐ La fiche d'inscription dûment remplie,
- ☐ Une photocopie **recto/verso** de la carte nationale d'identité ou du passeport, **en cours de validité**, et pour les ressortissants étrangers, une photocopie d'un **titre de séjour valide à l'entrée en formation**,
- ☐ Une lettre de motivation **manuscrite**,
- ☐ Un curriculum vitae,
- ☐ Un **document manuscrit** relatant, soit une situation personnelle ou professionnelle vécue, soit votre projet professionnel en lien avec les attendus de la formation. **Ce document n'excède pas deux pages**,
- ☐ La copie des originaux des diplômes ou titres traduits en français,
- ☐ Selon votre situation, la copie de vos relevés de résultats et appréciations ou bulletins scolaires,
- ☐ Pour les ressortissants étrangers, une attestation de niveau de langue française égal ou supérieur au niveau B2 du cadre européen commun de référence pour les langues du Conseil de l'Europe,
- ☐ L'autorisation d'authentification du diplôme (**Annexe 1**),
- ☐ Selon votre situation, vos attestations de travail, accompagnées éventuellement des appréciations et/ou recommandation de l'employeur (ou des employeurs) (**Annexe 2**),
- ☐ La fiche d'autorisation de diffusion des résultats complétée et signée (**Annexe 3**),
- ☐ Le justificatif n° identifiant France Travail,
- ☐ Si vous souhaitez un aménagement de l'épreuve de sélection en raison d'un handicap, fournir l'avis du médecin désigné par la CDAPH (Commission des Droits et de l'Autonomie des personnes handicapées)

II - CONDITIONS D'ADMISSION

- ⇒ Avoir 17 ans au moins à la date d'entrée en formation (il n'est pas prévu d'âge limite supérieur)
- ⇒ **Être titulaire d'un Bac pro SAPAT, Bac pro ASSP**
- ⇒ Réussir l'épreuve de sélection
- ⇒ Fournir, au plus tard, le jour de la rentrée un certificat médical d'un médecin agréé attestant que le candidat n'est atteint d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession aide-soignante
- ⇒ Remplir les obligations d'immunisation et de vaccination prévues par les dispositions du titre 1^{er} du livre 1^{er} de la troisième partie législative du code de la santé publique.

III - DEROULEMENT DE L'EPREUVE DE SELECTION

Modalités de sélection

La sélection des candidats est effectuée par un **jury de sélection** sur la base d'un **dossier et d'un entretien individuel (de 15 à 20 minutes)** destinés à apprécier les connaissances, les aptitudes et la motivation du candidat à suivre la formation d'aide-soignant(e) conformément aux attendus de la formation suivants

- Intérêt pour le domaine de l'accompagnement et de l'aide à la personne notamment en situation de vulnérabilité
- Qualités humaines et capacités relationnelles
- Aptitude en matière d'expression écrite et orale
- Capacités d'analyse et maîtrise des bases de l'arithmétique
- Capacités organisationnelles

L'ensemble fait l'objet d'une cotation par un binôme d'évaluateurs composé d'un aide-soignant en activité professionnelle et d'un formateur de l'IFMS.

Résultats

Les résultats seront affichés à l'IFMS de Sens et consultables sur le site internet.

Deux listes de classement sont établies

- ✓ une principale, en fonction du nombre de places déterminées par institut
- ✓ une complémentaire consultée en cas de désistement de candidats de la liste principale

Vous serez informé personnellement par courrier des résultats.

Vous disposez d'un **délai de sept jours ouvrés** pour confirmer par écrit votre inscription (sur liste principale ou sur liste complémentaire).

Au-delà de ce délai, vous êtes présumé avoir renoncé à votre admission et votre place est proposée au candidat inscrit en rang utile sur la liste complémentaire.

✓ Report

Le bénéfice de l'admission est valable uniquement pour la session de formation au titre de laquelle le candidat s'est inscrit.

Des reports d'entrée en formation peuvent être accordés par la Directrice de chaque institut sur demande du candidat et sous certaines conditions (sur présentation d'un justificatif)

- soit, de droit, en cas de congé pour cause de maternité, de rejet de bénéfice de la promotion professionnelle ou sociale, de rejet d'une demande de congé formation, de rejet d'une demande de mise en disponibilités ou pour la garde d'un enfant de moins de quatre ans

- soit, de façon exceptionnelle, sur la base des éléments apportés par le candidat justifiant de la survenance d'un événement important empêchant de débiter sa formation

Tout candidat bénéficiant d'un report d'admission doit, au moins trois mois avant la date de rentrée prévue, confirmer son intention de reprendre sa scolarité à ladite rentrée

	Ma situation avant l'entrée en formation	Financement du coût de formation
Je suis en formation initiale (sans rupture de scolarité) avant la formation (hors formation AES)	- je suis scolarisé - je suis une préparation au concours après mes études et avant l'entrée à l'école	- Prise en charge par le Conseil régional du coût de la formation si respect du cursus en fonction de son diplôme - Frais d'inscription à la charge de l'apprenant (en parcours complet et partiel) à hauteur de 184€ - Possibilité de déposer une demande de bourse pour les parcours complets seulement
Je suis demandeur d'emploi inscrit à Pôle Emploi	Pour les parcours complets : - je suis inscrit à Pôle emploi au plus tard la veille de l'entrée en formation toutes catégories confondues, hors contrat d'avenir - je ne suis pas titulaire d'une qualification professionnelle dans les 2 ans précédant l'entrée en formation sauf CAP Petite enfance - je n'ai pas obtenu un diplôme paramédical et/ou relevant du secteur social - je ne suis pas démissionnaire d'un CDI à temps plein ou partiel dans les 4 mois précédant l'entrée en formation - je ne suis pas en congé parental Pour les parcours partiels : - je suis titulaire d'un BAC PRO SAPAT ou ASSP + critères ci-dessus (hors formation AES) - Pour les parcours "passerelles" : je suis titulaire d'un des diplômes suivants : auxiliaire de puériculture, aide-soignant, ambulancier, assistant de vie aux familles, accompagnant éducatif et social (AMP et DEAVS), assistant de régulation médicale, agent de service medico-social	- Prise en charge par le Conseil régional du coût de la formation pour les parcours complets et partiels issus des bacs pro SAPAT/ASSP ATTENTION ! Les titulaires d'un BAC PRO SAPAT/ASSP et CAP PE pour les AP ne seront pas pris en charge sur un parcours complet - Prise en charge des formations AES par le Conseil régional dans le cadre de l'appel à projets - Frais d'inscription à la charge de l'apprenant (en parcours complet et partiel) à hauteur de 184€ - Impossibilité de déposer une demande de bourse <i>Formulaire de demande de prise à charge à retirer auprès des écoles ou sur le site internet du conseil régional</i>
Je suis sans emploi	- je ne suis pas inscrit à Pôle Emploi	Impossibilité de déposer une demande de bourse Pas de prise en charge : auto-financement possible
Je suis salarié	- je travaille dans un établissement public - je travaille dans un établissement privé	- contacter son employeur pour étudier la possibilité de la prise en charge du coût de la formation - contacter Transitions Pro Bourgogne Franche-Comté (projet de transition professionnelle) pour la prise en charge du coût de la formation

FICHE INSCRIPTION

ÉPREUVE DE SÉLECTION ENTRÉE EN INSTITUT DE FORMATION AIDE-SOIGNANT(E)

☐ Mme ☐ M.

NOM DE NAISSANCE

NOM D'USAGE

PRÉNOM(S)

SITUATION FAMILIALE

DATE DE NAISSANCE / / VILLE ET DEPARTEMENT

NATIONALITÉ

ADRESSE :

CODE POSTAL VILLE

(En cas de changement d'adresse, prévenir l'IFMS de Sens)

☎ PORTABLE

☎ DOMICILE

ADRESSE MAIL (en MAJUSCULE)@.....

SITUATION DU CANDIDAT À L'INSCRIPTION

À la date de clôture des inscriptions, je déclare être dans la situation administrative suivante

☐ Scolarisé année scolaire 2024-2025 (y compris en préparation au concours paramédical)

☐ Salarié (indiquez la date de fin de contrat pour les CDD)

☐ Demandeur d'emploi (indiquez le numéro d'identifiant France Travail)

☐ Autre situation (précisez)

DIPLÔME OBTENU

☐ Baccalauréat professionnel SAPAT (année)

☐ Baccalauréat professionnel ASSP (année)

Avez-vous bénéficié d'aménagements dans le cadre de votre scolarité ou de votre activité professionnelle ?

Oui ☐

Non ☐

Si oui : A quel type de compensation avez-vous eu droit ? (Tiers temps, prêt d'ordinateur, aménagement d'horaires)

.....
.....

Bénéficiez-vous d'une RQTH (Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé) ?

Oui ☐

Non ☐

Je soussigné(e),

.....
atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés dans ces documents.

A le

Signature

Signature du représentant légal (pour les personnes mineures) :
nom, prénom et lien de parenté

ANNEXE 1

AUTORISATION D'AUTHENTIFICATION DU DIPLÔME

Vous êtes titulaire d'un diplôme. Afin de valider votre inscription, l'Institut de Formation doit procéder à la vérification de la validité de votre diplôme auprès de l'académie ou de l'instance qui vous l'a délivré.

Pour ce faire, nous vous remercions de remplir le coupon ci-dessous et nous le retourner avec votre dossier d'inscription et la copie de votre diplôme.

✂-----

AUTORISATION POUR L'AUTHENTIFICATION DU DIPLÔME

Je soussigné(e), autorise l'Institut de Formation d'aides-soignants(e)s à procéder à la vérification de la validité de mon diplôme auprès de

¹
.....

A le

Le ou la candidate,

Signature

Représentant légal pour les mineurs,

Nom, prénom, lien et signature

¹ Noter les références -nom, adresse et téléphone- de l'académie (pour les diplômes scolaires) ou de l'instance (exemple : DRDJSCS pour les diplômes médico-sociaux) qui vous a délivré votre diplôme.

ANNEXE 2

ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR

Si le (la) candidat(e) a occupé plusieurs emplois, faire remplir l'attestation ci-dessous par **chaque employeur**.

NOM ET PRENOM DE LA OU DU CANDIDAT(E)

POSTE ET FONCTION OCCUPÉS

DURÉE DE L'EXERCICE du __/__/20__ au __/__/20__ (ou) à ce jour

Je soussigné(e), (Nom et prénom) M, Mme

Exerçant en tant que

Dans l'établissement (nom et adresse)

Certifie que : *Nom et prénom de la ou du candidat (e)*

A exercé dans ma structure du __/__/20__ au __/__/20__ (ou) à ce jour.

Pendant cette période, elle-il a fait preuve	OUI	NON
D'une motivation pour l'aide à la personne et/ou d'une relation adaptée avec les personnes prises en charge		
D'une capacité à travailler en équipe et/ou d'une prise en compte des appréciations et des conseils des professionnels		
D'une implication dans le travail quotidien		
De présentisme		

Appréciation générale détaillée

.....
.....
.....
.....

A.....le

Nom, prénom

Tampon et signature

ANNEXE 3

AUTORISATION DE DIFFUSION RÉSULTATS DE L'ÉPREUVE DE SÉLECTION AIDE-SOIGNANT

L'affichage des résultats des épreuves de sélection aide-soignant pour la rentrée de janvier 2025 est susceptible d'apparaître sur les sites internet des 4 instituts.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, nous avons besoin de votre accord.

Je soussigné(e), Mme, M.,¹ , candidat(e) à l'épreuve de sélection Aide-Soignant(e)

☐ Autorise ☐ n'autorise pas¹, la diffusion des informations dans le cadre cité ci-dessus.

Pour faire valoir ce que de droit.

A le

Le ou la candidate,
Signature

Représentant légal pour les mineurs,
Nom, prénom, lien et signature

¹ Rayer la mention inutile

ANNEXE 4



DOSSIER MÉDICAL

Uniquement en cas d'admission, des documents médicaux joints à votre dossier d'admission seront à fournir **OBLIGATOIREMENT** à l'institut de formation.

Au regard des délais, des rendez-vous et des mises à jour de vos vaccins, nous vous transmettons d'ores et déjà le dossier médical à faire remplir par un médecin agréé de l'administration de l'Yonne (liste consultable sur le site <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr>).

Depuis l'arrêté du 05 août 2021 (Art-12) relatif à la gestion de la crise sanitaire « *doivent être vaccinés, sauf contre-indication médicale reconnue, contre la covid-19...les étudiants et élèves des établissements préparant à l'exercice des professions mentionnées...* ».

La production du dossier médical, **au plus tard le jour de la rentrée, conditionnera votre admission définitive.**

**Faire obligatoirement une photocopie
de votre dossier médical une fois complété et signé.**

DOSSIER MÉDICAL ELEVE AIDE-SOIGNANT(E)

Je soussigné(e) Docteur NOM/Prénom :

Certifie que Mme/M. NOM/Prénom :

Né(e) le À

Candidat(e) à l'inscription à la filière d'étude : AIDE-SOIGNANT(E)

- Ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession et au suivi de la formation.

- A réalisé une radiologie pulmonaire obligatoire de moins d'un an OUI NON*
(Fournir le compte rendu)

- A été vacciné(e) (Fournir une photocopie du carnet de vaccination)
Contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite

Dernier rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N° lot

Contre l'hépatite B

Nom du vaccin	Date	N° lot
Sérologie Ac anti-HBs (>10UI/l)	Date	Résultats

Selon les conditions définies sur l'annexe au dos, il/elle est considéré(e) comme :

- Immunisé(e) contre l'hépatite B OUI NON*
- Non répondeur(se) à la vaccination OUI NON*

(Fournir la photocopie de la sérologie)

Pour servir et faire valoir ce que de droit.

Date du certificat :

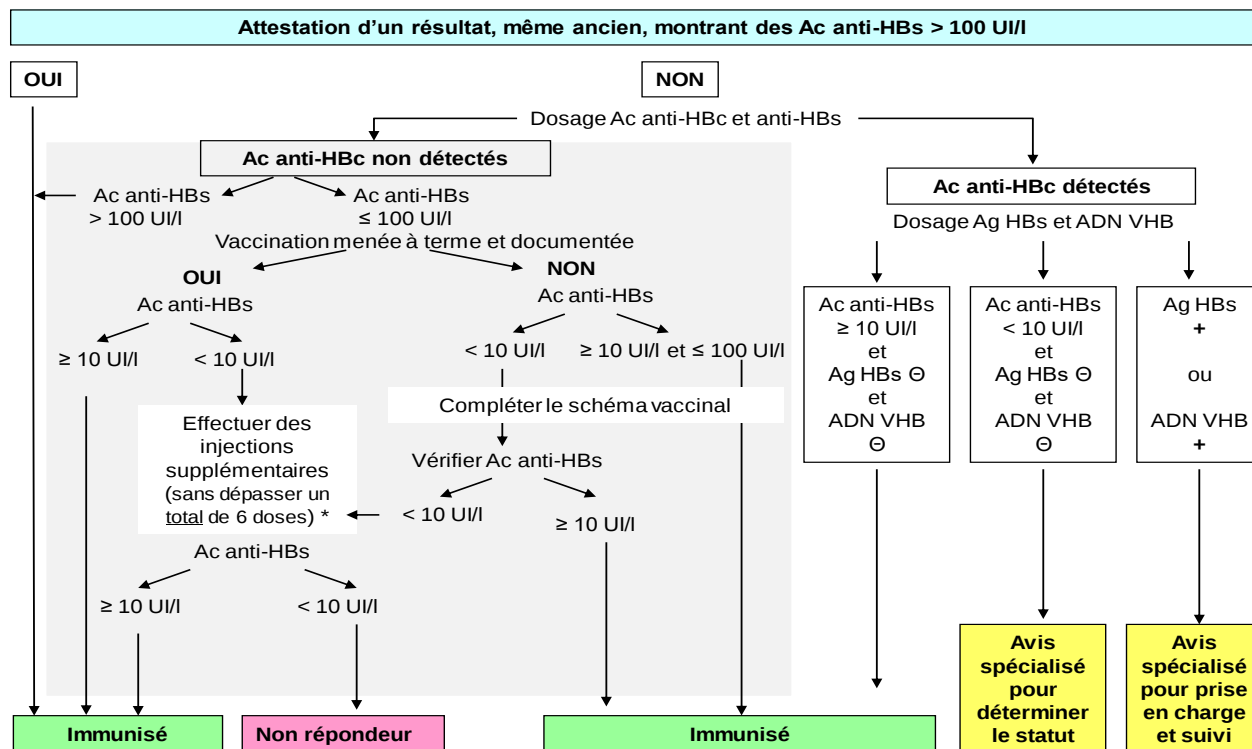
Signature et cachet du Médecin

**Rayer la mention inutile*

NB : selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour les professionnels de santé, il est recommandé d'être immunisé contre la coqueluche, la rougeole, la rubéole, la varicelle et la grippe saisonnière.

ALGORITHME POUR LE CONTROLE DE L'IMMUNISATION CONTRE L'HEPATITE B

des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 et dont les conditions sont fixées par l'arrêté du 2 août 2013



* Sauf cas particulier voir 4° de l'annexe 2 de l'arrêté

Légende : Ac : anticorps ; Ag : antigène ; VHB : virus de l'hépatite B

Textes de référence

- Articles L.3111-1, L.3111-4 et L.3112-1 du code de la santé publique (CSP)
- Arrêté du 15 mars 1991 fixant la liste des établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins dans lesquels le personnel exposé doit être vacciné, modifié par l'arrêté du 29 mars 2005 (intégration des services d'incendie et de secours)
- Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiques
- Arrêté du 6 mars 2007 relatif à la liste des élèves et étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des autres professions de santé pris en application de l'article L.3111-4 du CSP
- Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux (Titre III)
- Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L.3111-4 du CSP

Calendrier vaccinal en vigueur (cf. Site du ministère chargé de la santé : <http://www.sante.gouv.fr/vaccinations-vaccins-politique-vaccinale.html>)

A remplir par le candidat →

NOM PRENOM
ADRESSE
CP VILLE

Cadre réservé à l'administrationNuméro de dossier **Liste des pièces**

- ☐ Fiche d'inscription dûment remplie
- ☐ Photocopie recto/verso de la pièce d'identité valide, titre de séjour pour les ressortissants étrangers
- ☐ Lettre de motivation manuscrite
- ☐ CV
- ☐ Document manuscrit relatant une situation ou le projet professionnel
- ☐ Copie du diplôme
- ☐ Autorisation d'authentification du diplôme
- ☐ Selon la situation, copie des relevés de résultats et appréciations ou bulletins scolaires
- ☐ Pour les ressortissants étrangers, attestation de niveau de langue française égal ou supérieur au niveau B2
- ☐ Selon la situation, attestation de travail avec appréciations du ou des employeurs
- ☐ Autorisation de diffusion des résultats
- ☐ Justificatif n° identifiant France Travail,
- ☐ Le cas échéant, aménagement pour handicap

Votre demande d'inscription est validée : OUI ☐ NON ☐ En attente ☐

Vous devez impérativement envoyer les pièces manquantes suivantes

pour le / / dernier délai (cachet de la poste faisant foi)

Date

Cachet de l'Institut