



DOSSIER D'INSCRIPTION AIDE-SOIGNANT(E) Session 2026-2027

**Pour envoyer votre dossier
et/ou vos courriers**

IFMS
Centre Hospitalier
3 Quai de l'hôpital – BP 229
89306 JOIGNY Cedex

**Pour vous former et nous
rendre visite**

IFMS
Place Cassini
1 avenue d'Hanover
89300 JOIGNY

Tél : 03.86.92.33.66

E-MAIL : ifms@ch-joigny.fr

SITE INTERNET : ifms-joigny.fr

CALENDRIER SESSION 2025-2026

1. Inscription

Du 07/01/2026 au 08/06/2026

**Tout dossier incomplet ou envoyé après la date de clôture
(08/06/2026, caché de la poste faisant foi) sera refusé**

2. Concours d'admission

Etude de dossiers et entretiens de sélection **au fur et à mesure** de la réception des dossiers (**convocation par mail**).

Résultats affichés :

Le 26/06/2026 à 14h00

3. Formation

Début de formation : Le 31 août 2026 *

Fin de formation : Le 23 juillet 2027 *

Capacité d'accueil : 40 personnes **

**Dates indicatives se référer à vos convocations*

*** À confirmer selon le nombre de reports de la session précédente*

4. Tarif

Formation complète : 7 500 euros (Tarif 2025)

Allègements / Dispenses Contacter l'IFMS

PREPA CONCOURS 24, 25 et 26 Février 2026
(nous contacter pour inscription)

ÉPREUVES DE SÉLECTION

Arrêté du 07 avril 2020, modifié par l'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.

1. PRÉ-REQUIS

⇒ Avoir 17 ans au moins à la date d'entrée en formation (il n'est pas prévu d'âge limite supérieur)

2. ÉPREUVES DE SÉLECTION *(Extrait de l'article 2 modifié par l'arrêté du 12/04/21)*

« La sélection des candidats est effectuée par un jury de sélection sur la base **d'un dossier et d'un entretien** destinés à apprécier les connaissances, les aptitudes et la motivation du candidat à suivre la formation conduisant au diplôme d'aide-soignant. »

Les pièces constituant ce dossier font l'objet d'une cotation par un binôme d'évaluateurs composé, selon la formation concernée, d'un aide-soignant en activité professionnelle ou ayant cessé celle-ci depuis moins d'un an et d'un formateur infirmier ou cadre de santé d'un institut de formation paramédical.

L'entretien individuel d'une durée de quinze à vingt minutes est réalisé pour permettre d'apprécier les qualités humaines et relationnelles du candidat et son projet professionnel.

Attendus	Critères
Intérêt pour le domaine de l'accompagnement et de l'aide à la personne notamment en situation de vulnérabilité	Connaissances dans le domaine sanitaire, médico-social, social ou sociétal
Qualités humaines et capacités relationnelles	Aptitude à faire preuve d'attention à l'autre, d'écoute et d'ouverture d'esprit
	Aptitude à entrer en relation avec une personne et à communiquer
	Aptitude à collaborer et à travailler en équipe
Aptitudes en matière d'expression écrite, orale	Maîtrise du français et du langage écrit et oral
	Pratique des outils numériques
Capacités d'analyse et maîtrise des bases de l'arithmétique	Aptitude à élaborer un raisonnement logique à partir de connaissances et de recherches fiables
	Maîtrise des bases de calcul et des unités de mesure
Capacités organisationnelles	Aptitudes d'observation, à s'organiser, à prioriser les activités, autonomie dans le travail

3. RÉSULTATS

Les résultats seront affichés et consultables sur le site internet de l'Institut.

Deux listes de classement sont établies :

- ✓ Une liste principale, en fonction du nombre de places dans l'Institut
- ✓ Une liste complémentaire consultée en cas de désistement de candidats de la liste principale.

ATTENTION : Chaque candidat est informé personnellement par courrier de ses 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.

NB : L'admission n'est valable que pour l'année au titre de laquelle la sélection est organisée.

Des reports d'entrée en formation peuvent être accordés par la Directrice de l'IFMS où le candidat est admis, sur demande de celui-ci 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.

FICHE D'INSCRIPTION AIDE-SOIGNANT(E)

☐ Mme ☐ M.

NOM DE NAISSANCE

NOM D'USAGE

PRÉNOM(S)

DATE DE NAISSANCE / / LIEU ET DEPARTEMENT

NATIONALITÉ

NUMERO SÉCURITÉ SOCIALE :

SITUATION FAMILIALE

ADRESSE

.....

CODE POSTAL VILLE

TELEPHONE :

ADRESSE MAIL (EN MAJUSCULE) :@

TRAVAILLEUR HANDICAPÉ : oui ☐ non ☐ (fournir notification MDPH)

PERMIS DE CONDUIRE : oui ☐ non ☐

NIVEAU ET DERNIER DIPLOME OBTENU :

NOM DU DERNIER DIPLOME :

DATE D'OBTENTION :

NIVEAU DU DIPLOME :

L'Institut de Formations du Centre Hospitalier de JOIGNY, peut procéder à la vérification de la validité du diplôme.

FINANCEMENT DE LA FORMATION :

☐ Demandeur d'emploi (Identifiant France Travail obligatoire) :

☐ Auto-Financement (Echéancier possible au trésor public - **joindre un justificatif**)

☐ Continuité de scolarité (joindre le certificat)

☐ Employeur (**Joindre attestation de prise en charge avec coordonnées**)

☐ Autres (Préciser) :

PARCOURS DE FORMATION :

☐ Parcours Complet

☐ Parcours ASHQ/ASH 70heures

☐ Parcours passerelle DEAVS/TPAVF/DEAES/DEAMP

☐ Parcours passerelle DEAP / ☐ Parcours passerelle DEA

☐ Parcours partiel BAC PRO SAPAT / ☐ Parcours partiel BAC PRO ASSP

RENSEIGNEMENTS DEMANDEUR D'EMPLOI :

Numéro unique France Travail :

Date d'inscription France Travail : - - / - - / - -

Date de fin d'indemnisation : - - / - - / - -

Durée d'inscription : moins de 6 mois ☐ 6 à 11 mois ☐ 12 à 23 mois ☐ 2 ans et + ☐

Indemnisé : oui ☐ non ☐

Bénéficiaire du RSA : oui ☐ non ☐

Date de fin d'indemnisation : - - / - - / - -

AUTORISATION DE PUBLICATION DES RESULTATS :

☐ Autorise ☐ N'autorise pas ([joindre un courrier](#))

De diffuser les résultats de sélections sur le site Internet de l'IFMS et la diffusion de mon nom dans les résultats du jury final sur les sites de l'IFMS et de la DREETS (Directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités). Conformément à la loi « Informatique et Libertés » n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, nous avons besoin de votre accord.

DROIT A L'IMAGE :

☐ Autorise ☐ N'autorise pas

Dans le respect de la législation quant au droit à l'image et au droit du respect à la vie privée (article 226-1 du Code Pénal et loi n°78-17 du 6 janvier 1978), nous avons besoin de votre accord pour la diffusion de votre image dans le cadre cité ci-après : L'Institut de Formations souhaite utiliser des photos et vidéos sur lesquelles vous pourriez apparaître pour : mettre en ligne sur le réseau Intranet du Centre Hospitalier, dans le cadre des événements marquants de sa vie institutionnelle, illustrer des activités pédagogiques, communiquer sur ses activités dans les médias locaux.

Je certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus et atteste avoir réglé les frais de gestion de dossiers qui s'élève à 50€ (pour rappel, ces droits restent acquis dès réception du dossier même en cas de désistement, d'absence, de non-financement ou d'échec à la sélection sur dossier ou à l'épreuve orale).¹

Date : __ / __ / 20 __

Signature

¹ Les informations recueillies par l'IFMS font l'objet d'un traitement informatique destiné à assurer la gestion administrative des candidats. L'Agence régionale de Bourgogne, le Conseil Régional de Bourgogne, France Travail et l'IFMS sont destinataires d'informations nécessaires à l'accomplissement de leur mission. Ces données informatiques font l'objet de différentes enquêtes publiques. Conformément à la loi « Informatiques et Libertés », vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser à ifms@ch-joigny.fr

**CERTIFICAT MÉDICAL DE VACCINATIONS OBLIGATOIRE
A L'EXERCICE DE LA PROFESSION
A FAIRE REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT
ETAPE 1**

Je soussigné, Docteur

Certifie avoir examiné ce jour : M ☐, Mme ☐

Nom de naissance (de famille)¹

Nom d'usage, si différent¹

Prénoms¹ Né(e) le __ / __ / ____

Pour la vaccination contre l'hépatite, se référer aux conditions définies par le Ministère de la Santé - voir les recommandations ARS page suivante

LA. LE CANDIDAT.E	OUI	NON
EST A JOUR de ses vaccinations contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite		
A REÇU 3 vaccinations contre l'hépatite B		
A PROCÉDÉ au contrôle de sa sérologie Hépatite B		
EST IMMUNISÉ.E contre l'hépatite B selon les recommandations ARS		
EST RÉPONDEUSE.EUR à la vaccination contre l'Hépatite B		
A ÉTÉ VACCINÉ.E contre la tuberculose		

LA. LE CANDIDAT.E QUI N'EST PAS A JOUR NE POURRA SUIVRE LA FORMATION.

Nota bene : Selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour ces professionnels de santé, il est par ailleurs recommandé d'être immunisé contre la coqueluche, la rougeole, la rubéole, la varicelle et la grippe saisonnière.

Fait à Le __ / __ / ____

SIGNATURE et CACHET DU MEDECIN OBLIGATOIRES :

¹ Nom et prénom en CAPITAL.

**CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE A L'EXERCICE DE LA PROFESSION
A REMPLIR PAR UN MEDECIN AGREE PAR L'ARS
ETAPE 2**

- ☐ Aide-Soignant ☐ Auxiliaire de Puériculture ☐ Ambulancier
☐ Auxiliaire Ambulancier ☐ Brancardier

Je soussigné, Docteur....., Médecin agréé ARS, ¹

Certifie avoir examiné ce jour : M ☐, Mme ☐

Nom de naissance (de famille).....²

Nom d'usage, si différent.....²

Prénoms.....² Né(e) le __ / __ / ____

J'ATTESTE QUE LE- LA CANDIDAT-E (2 cases à cocher)



☐ PRESENTE ... ou ☐ NE PRESENTE PAS ...

... de contre-indications physique ou psychologique à l'exercice de la profession



☐ QU'IL OU ELLE EST IMMUNISE-E CONTRE L'HEPATITE B, sérologies
contrôlées, résultats selon le schéma joint (selon les directives de l'ARS)

Fait à Le __ / __ / ____

SIGNATURE et CACHET DU MEDECIN AGREÉ PAR L'ARS OBLIGATOIRES :

¹ Figurant sur la liste départementale des médecins agréés – à fournir par le candidat hors département 89.
Attention, comme le stipule d'article 4 du décret n°88-386 du 19 avril 1988 relatif aux conditions d'aptitude physique
des agents de la fonction publique hospitalière, **les médecins agréés appelés à examiner des candidats aux emplois
de la fonction publique hospitalière dont ils sont médecins traitants sont tenus de se récuser.**

² Nom et prénom en CAPITAL.



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

CONSTITUTION DU DOSSIER D'INSCRIPTION

PIÈCES OBLIGATOIRES A FOURNIR

NE PAS COCHER RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

- ☐ La fiche d'inscription dûment complétée
- ☐ 1 photographie d'identité récente (nom/prénom au dos)
- ☐ 1 photocopies recto/verso de votre carte d'identité en cours de validité
- ☐ **Pour les ressortissants hors Union Européenne**, une attestation de niveau de langue Française B2 est requise (informations : www.ifms-joigny.fr)
- ☐ Attestation de sécurité sociale
- ☐ La photocopie de l'Attestation Formation Gestes et Soins d'Urgence de niveau 2 (si moins de 4 ans)
- ☐ Un curriculum vitae
- ☐ Une lettre de motivation manuscrite
- ☐ 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 (informations : www.ifms-joigny.fr)
- ☐ La copie des diplômes ou titres traduits en Français, ou la copie de vos bulletins scolaires.
- ☐ L'autorisation d'authentification du diplôme (Annexe 1)
- ☐ Dernier Certificat de scolarité
- ☐ Attestations de travail, accompagnées éventuellement des appréciations et/ou recommandation de l'employeur (annexée)
- ☐ Tout autre justificatif valorisant un engagement ou une expérience personnelle (associative, sportive...) en lien avec la profession d'aide-soignant.
- ☐ Dossier médical (informations : www.ifms-joigny.fr)
- ☐ Notification de droit / non droit ARE - France Travail (de - 3 mois / Obligatoire pour les demandeurs d'emplois)
- ☐ Un chèque de 50 € de frais de gestion de dossiers à l'ordre suivant : REG REC IFMS CH JOIGNY.
[Ces droits restent acquis dès réception du dossier même en cas de désistement, d'absence, de non-financement ou d'échec à la sélection sur dossier ou à l'épreuve orale.](#)

Date de réception :
Commentaires :