

GRETA-CFA Aquitaine

DOSSIER DE CANDIDATURE au DEAS en Apprentissage

IFAS DU GRETA CFA AQUITAINE Agence SSOBE

Lycée la Morlette
62, rue Camille Pelletan- BP 80139
33159 CENON-Cedex

Directrice

Hélène FREZOULS

 05 57 80 37 05

 helene.frezouls@greta-cfa-aquitaine.fr

Conseillère en formation continue et apprentissage

Marilys LOUPIEN

 06 32 64 14 85

 marilys.loupien@greta-cfa-aquitaine.fr

Assistante de Formation

Agnès BERLAND

 05 57 80 37 05

 agnes.berland@greta-cfa-aquitaine.fr

SELECTION AIDE SOIGNANT RENTREE 2023 DOSSIER D'INSCRIPTION

Important !!! FORMATION CONDUISANT AU DEAS EN APPRENTISSAGE- Rentrée 2023

Préalable à l'entrée en formation conduisant au DEAS l'article 9 et à l'article 10 nouveau de l'Arrêté du 12 Avril 2021 (Candidats ayant été sélectionnés à l'issue d'un entretien avec un employeur pour un contrat d'apprentissage et sollicitant une place dans l'IFAS du GRETA CFA AQUITAINE à Cenon)

Il n'y a pas de sélection, ni de concours. Par contre un employeur s'engage à vos côtés et vous sélectionne en contrat d'apprentissage pour intégrer la formation DEAS

DOCUMENTS À JOINDRE AU DOSSIER DE CANDIDATURE

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Curriculum Vitae | <input type="checkbox"/> Photo d'identité |
| <input type="checkbox"/> Lettre de motivation | <input type="checkbox"/> Copie de la Carte Nationale d'Identité |
| <input type="checkbox"/> Copie du ou des derniers diplômes obtenus | <input type="checkbox"/> Copie de la RQTH le cas échéant |
| <input type="checkbox"/> Tout document utile éventuellement (lettre de Référence, engagement associatif) | <input type="checkbox"/> Attestation engagement employeur joint, dûment rempli |

AUTORISATION DE DIFFUSION DU DOSSIER DE CANDIDATURE DANS LE CADRE DE LA RECHERCHE D'UNE ENTREPRISE

Je soussigné(e) (nom-prénom) : _____

Déclare déposer ma candidature et autorise le GRETA-CFA AQUITAINE à transmettre mon dossier et à diffuser les documents suivants :

- CV, lettre de motivation
- Dossier de candidature, relevés de notes et/ou bulletins de notes
-

auprès d'entreprises qui en feraient la demande et qui seraient susceptibles d'être intéressées par ma candidature, lors du recrutement d'un apprenant en :

Contrat d'apprentissage

Fait à _____

Le ___ / ___ / _____

Signature du candidat

Signature du représentant légal
(Dans le cas où le candidat est mineur)

CADRE RÉSERVÉ AU GRETA-CFA AQUITAINE

Dossier reçu le ___ / ___ / _____

Complet

Incomplet

Pièces manquantes : _____

Date entretien : ___ / ___ / _____

Date passation des tests : ___ / ___ / _____

Candidat admis

Candidat refusé

Candidat en liste d'attente

Devis établi le ___ / ___ / _____

Montant _____, _____ €

Financement accordé le ___ / ___ / _____ Financement refusé le ___ / ___ / _____

DEAS- Diplôme d'Etat Aide-Soignant

COORDONNÉES DU CANDIDAT	
<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	Nom – Prénom :
Date de naissance : ___ / ___ / _____	Lieu de naissance : N° dept :
Nationalité :	Permis de conduire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Adresse :	
Code postal : _____	Ville :
 (portable) _____	 (fixe) _____
 _____ @ _____ . _____	
N° Sécurité Sociale _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Reconnaissance Qualité Travailleur handicapé (RQTH) (joindre le justificatif)

PARCOURS SCOLAIRE			
INTITULÉ DU DIPLOME	ANNÉE	Validé (obtenu)	Niveau (non validé)
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PROJET PROFESSIONNEL
Décrivez votre projet professionnel :

VOTRE RECHERCHE D'ENTREPRISE

Avez-vous entamé des démarches de recherche d'entreprise ? Oui Non

Si oui, auprès de quelles entreprises ?

Raison sociale de l'entreprise & Ville	Nom-prénom du contact	Fonction du contact	Coordonnées (Téléphone – Email)
			📞 @

Avez-vous trouvé une entreprise susceptible de vous accueillir ? Oui Non

Raison sociale :

Adresse :

CP : _____

Ville : _____

📞 _____
@ _____ @ _____ . _____

Personne à contacter :

Fonction :

SITUATION FACE A L'EMPLOI

Vous êtes :

- Demandeur d'emploi inscrit à Pôle Emploi depuis le : ____ / ____ / _____ 🔔 Identifiant : _____
- Salarié(e) en CDD Salarié(e) en CDI Salarié(e) autre, précisez : _____
- Non salarié(e) (Travailleur indépendant, profession libérale, commerçant, artisan, agriculteur, ...)
- Etudiant Scolaire Autre situation, précisez : _____

Conditions pour rentrer en formation

Le dossier sera considéré complet pour la pré-inscription en renvoyant les pièces ci-dessus en une seule fois

- Fiche Vaccinations ARS (Septembre 2022, ou avant si vaccinations à jour, remplie par le médecin traitant)

Pour entrer en formation conduisant au DEAS et être « admis », le contrat sera signé et tous les documents ci-dessus préalablement confiés à l'Administration de l'IFAS GRETA CFA AQUITAINE

- **Le démarrage du contrat d'apprentissage se fera impérativement entre le 1^{ER} Juillet et le 28 Aout 2023.**

Les futurs élèves aides-soignants seront rencontrés :

- soit le Mercredi 29 Mars 2023 à 14h, soit le Mercredi 3 Mai 2023 à 14h00.

En fonction de l'état d'avancement dans la contractualisation (signature du contrat d'apprentissage).

Vous ferez remplir à ce moment-là seulement le certificat d'aptitude par le médecin agréé, nous vous mettrons à disposition un modèle et une liste de médecins agréés ARS (ils ne le sont pas tous), et nous ne manquerons pas de vous confier l'exhaustivité des documents liés à votre admission définitive.

Rappel de la rentrée : 28 Aout 2023

Je soussigné(e) _____

- Certifie exacts les renseignements communiqués dans ce dossier,
- Certifie être informé que ce dossier de candidature ne vaut pas admission en formation.

Fait à _____, le ____ / ____ / _____

Signature du candidat

GRETA-CFA AQUITAINE

Lycée Camille Jullian - 29 rue de la Croix Blanche - CS11235 - 33074 BORDEAUX CEDEX - 📞 05 56 56 04 04

SIRET 193 300 233 00031 - Code APE 8559A - N° déclaration d'activité 7233P015633

COMPOSITION DU DOSSIER

DOSSIER ADMINISTRATIF (dernier délai : 30/06/2023)

- Dossier d'inscription joint, dûment complété
- Une pièce d'identité en cours de validité (CNI ou Passeport) - copie recto verso sur 1 seule et même page, ou un titre de séjour en cours de validité,
- Une lettre de motivation **manuscrite** avec description de votre projet professionnel
- Un CV
- Une copie du contrat d'apprentissage signé ou tout document justifiant de l'effectivité des démarches réalisées en vue de la signature imminente du contrat d'apprentissage
- 2 enveloppes pré-timbrées à 20g avec vos nom et adresse inscrits sur les enveloppes
- La copie des originaux de vos diplômes ou titres traduits en français,

Les candidats peuvent joindre tout autre justificatif valorisant un engagement ou une expérience personnelle (associative, sportive...) en lien avec la profession d'aide-soignant.

Les candidats en situation de handicap peuvent demander – lors du dépôt de dossier – un aménagement des conditions de déroulement de l'entretien.

Prenez le temps d'envoyer toutes les pièces demandées dans l'ordre établi, et en une seule fois.

DOSSIER MÉDICAL : dernier délai jour de la pré-rentrée (défini ultérieurement)

- Fiche ARS complétée par **votre médecin traitant** avec :
 - Dates des vaccinations Diphtérie-Tétanos-Polio, Diphtérie-Tétanos- Polio-Coqueluche
 - Dates des vaccinations (3 injections) contre Hépatite B, **et sérologie** taux anti-HBs >10ui
 - Date BCG, date et lecture test tuberculinique,
 - Dates vaccinations ROR (ROUGEOLE entre autres)
 - Dates vaccinations COVID19 **et certificat de vaccinations (pass sanitaire)**
- Certificat médical **émanant 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 à laquelle il se destine (honoraires à la charge du candidat) :

Liste accessible des médecins agréés : <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/medecins-agrees>

Attention : Les vaccinations obligatoires peuvent prendre 3 à 5 mois pour être mises à jour et vous autoriser à partir en stage.

Nous vous conseillons de commencer dès maintenant.

ATTESTATION ENGAGEMENT EMPLOYEUR

Préalable à l'entrée en formation conduisant au DEAS en APPRENTISSAGE, conformément à l'article 9 et à l'article 10 nouveaux de l'Arrêté du 12 Avril 2021 (Candidats ayant été sélectionnés à l'issue d'un entretien avec un employeur pour un contrat d'apprentissage et sollicitant une place dans l'IFAS GRETA CFA AQUITAINE)

Coordonnées de l'Etablissement Employeur :

Nom du Directeur/Directrice/Responsable Ressources Humaines :

Etablissement :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Coordonnées du Salarié sélectionné pour suivre la formation conduisant au DE - Aide-Soignant :

Nom d'Usage :

Prénom :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Je soussigné(e), M/MME

Assure que M/MME

Est pressenti (e) pour signer un contrat d'apprentissage, et d'obtenir une place à l'IFAS du GRETA CFA AQUITAINE). Et donne donc mon accord pour son départ en formation dans les modalités connues (demander le calendrier de la formation à agnes.berland@greta-cfa-aquitaine.fr ou au 05 57 37 80 05).

Cette personne :

- Exercera éventuellement en CDD sur les mois de Juillet et/ou d'Aout 2023,

- A été sélectionné(e) par l'établissement pour suivre la formation conduisant au DE Aide-Soignant dès la rentrée du (articles 09 et 10 nouveaux de l'Arrêté du 12 avril 2021 relatif aux conditions d'accès à la formation conduisant au DEAS, et aux allègements de formation),

- et démarrera son contrat d'apprentissage en date du... /... /2023 (démarrage fortement conseillé entre le 1^{er} Juillet et le 28 Aout 2023).

La présente *attestation* est délivrée pour faire *valoir* ce que de *droit*,

Signature et Cachet de l'établissement

- Inscription des étudiants en santé - Fiche médicale à valider par un médecin

Filière universitaire : **NOM :** **NOM de naissance :**
 Médecine
 Odontologie
 Pharmacie
 Sage-femme
ou Institut de formation : **Prénom :** **Date de naissance :** .. / .. / ..
Année d'admission : **Tél. :** **Email :**
Année d'admission : **Département de naissance :** **Code postal lieu de résidence :**
Année d'admission : **Commune de naissance ou pays si né(e) à l'étranger :**

Avant votre entrée en formation, vous devez apporter la preuve que vous êtes vacciné(e) contre différents risques infectieux. Si vous n'êtes pas à jour des vaccinations obligatoires, vous ne serez pas autorisé(e) à aller en stage. Les tableaux suivants devront être complétés par votre médecin sauf si le carnet de vaccination électronique a été créé sur www.mesvaccins.net et validé par un professionnel de santé. Cette fiche devra être communiquée, avec les résultats**, en même temps que votre dossier d'inscription (article L3111.4 du Code de la Santé Publique).

Si carnet de vaccination électronique créé et validé par un professionnel de santé : code de partage
 Le médecin n'a rien de plus à compléter. Joindre uniquement les résultats demandés sous pli confidentiel.

Diphtérie-Tétanos-Polio (dTP)* / Diphtérie-Tétanos-Polio-Coqueluche (dTPca)

Rappel dTPca si un vaccin coquelucheux n'a pas été administré dans les 5 dernières années (respecter un délai de 1 mois après le dernier dTP). Lors des rappels à âge fixe (25, 45 et 65 ans), sera réalisé systématiquement un dTPca.

Dernier rappel dTP => Date : .. / .. / Nom : Dernier rappel dTcaP => Date : .. / .. / Nom :

Hépatite B*

Joindre les résultats sérologiques quelle que soit la date**

Rappel des conditions d'immunisation :

- 1) Ac anti-HBs > 100 UI/l (quels que soient l'historique vaccinal et l'ancienneté des résultats)
- 2) Ac anti-HBs ≥ 10 UI/l et Ac anti-HBc négatif (si schéma vaccinal complet)

Les différents schémas complets :

- soit classique (3 doses) : 2 doses à 1 mois d'intervalle, la 3^{ème} au moins 5 mois après la 2^{ème} dose
- soit à l'adolescence (de 11 à 15 ans) : 2 doses espacées de 6 mois } avec un vaccin contre l'hépatite B dosé à 20 µg
- soit accéléré (à titre exceptionnel) : 3 doses en 21 jours, rappel à 1 an

- Première dose => Date : .. / .. / Nom :

- Deuxième dose => Date : .. / .. / Nom :

- Troisième dose => Date : .. / .. / Nom :

- Injections supplémentaires => Date : .. / .. / Nom :

=> Date : .. / .. / Nom :

=> Date : .. / .. / Nom :

Covid-19*

Antécédent de COVID => Date : .. / .. / Première dose => Date : .. / .. / Deuxième dose => Date : .. / .. / Rappel => Date : .. / .. /

Rougeole-Oreillons-Rubéole (ROR)

Personnes nées avant 1980 :

- Antécédent de rougeole => Date : .. / .. /
- Pas d'antécédent de rougeole ou doute => vaccination 1 dose recommandée sans contrôle sérologique préalable

Personnes nées depuis 1980 :

- vaccination 2 doses recommandées quels que soient les ATCD

Schéma vaccinal :

- Première dose => Date : .. / .. / Nom :

- Deuxième dose => Date : .. / .. / Nom :

Varicelle

Antécédent de maladie
 Pas d'antécédent ou doute

Si pas d'antécédent ou doute => Sérologie à faire
 Joindre le résultat**

Si sérologie négative => Vaccination recommandée

- Première dose => Date : .. / .. / Nom :

- Deuxième dose => Date : .. / .. / Nom :

Méningocoque C

Vaccination recommandée jusqu'à l'âge de 24 ans inclus => Date : .. / .. / Nom :

Tuberculose (vaccination non obligatoire à compter du 1^{er} avril 2019) recueillir uniquement des éléments ci-dessous

BCG

=> Date : .. / .. /

Test tuberculique (IDR) quelle que soit la date de réalisation

(une valeur de référence post-vaccinale est indispensable)

- Taille de l'induration en mm :

Je, soussigné Dr _____ certifie que les renseignements inscrits ci-dessus sont exacts.

Fait le :

Signature et cachet du praticien :

* Obligatoire

** Nous vous rappelons que tous les éléments demandés doivent être joints sous pli confidentiel.