

GRETA-CFA Aquitaine

DOSSIER DE CANDIDATURE au DEAS- Rentrée 2023 ASH/AGENTS DE SERVICE

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

Assistant de Formation
Agnès BERLAND
 05 57 80 37 05

 agnes.berland@greta-cfa-aquitaine.fr

SELECTION AIDE SOIGNANT RENTREE 2023 DOSSIER D'INSCRIPTION

Dossier de candidature à renvoyer – en une seule fois – avant le 9 juin 2023

Important !!!! Préalable à l'entrée en formation conduisant au DEAS conformément aux Articles 11 et 12 nouveaux de l'Arrêté du 12 Avril 2021

- ***Vous justifiez d'une ancienneté de service cumulée d'au moins 1 an en équivalent temps plein effectué au sein d'un ou plusieurs établissements sanitaires et médico-sociaux des secteurs publics et privés ou dans les services d'accompagnement et d'aide au domicile des personnes.***
- ou***
- ***Vous justifiez à la fois du suivi de la formation continue de 70h relative à la participation aux soins d'hygiène, de confort et de bien-être de la personne âgée et d'une ancienneté de service cumulés d'au moins 6 mois en équivalent temps plein effectué au sein d'un ou plusieurs établissements sanitaires et médicaux-sociaux des secteurs publics et privé ou dans les services d'accompagnement et d'aide au domicile des personnes.***

DOCUMENTS À JOINDRE AU DOSSIER DE CANDIDATURE

- | | |
|--|---|
| ☐ Curriculum Vitae | ☐ Photo d'identité |
| ☐ Lettre de motivation | ☐ Copie de la Carte Nationale d'Identité |
| ☐ Copie du ou des derniers diplômes obtenus | ☐ Copie de la RQTH le cas échéant |
| ☐ Tout document utile éventuellement (lettre de Référence, engagement associatif) | ☐ Attestation engagement employeur joint 1607h, dûment complétée |

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 publier mes résultats, mon identité sur son site internet

- Oui
- Non

Tout oubli vaudra autorisation

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 : ____ / ____ / ____

☐ Candidat admis

☐ Candidat refusé

Devis établi le ____ / ____ / ____

Montant _____, ____ €

☐ Financement accordé le ____ / ____ / ____ ☐ Financement refusé le ____ / ____ / ____

DEAS- Diplôme d'État Aide-Soignant

COORDONNÉES DU CANDIDAT

☐ Madame ☐ Monsieur		Nom de naissance – Prénom :
Date de naissance : ____ / ____ / ____		Lieu de naissance :N° dept :
Nationalité :		Permis de conduire : ☐ Oui ☐ Non
Adresse :		
Code postal : ____	Ville :	
 (portable) _____	 (fixe) _____	
 _____ @ _____ . _____		
N° Sécurité Sociale _ _ _ _ _		☐ Reconnaissance Qualité Travailleur handicapé (RQTH) (joindre le justificatif)

PARCOURS SCOLAIRE

INTITULÉ DU DIPLÔME	ANNÉE	Validé (obtenu)	Niveau (non validé)
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐

Pour les ressortissants étrangers : N'oubliez pas de faire traduire vos diplômes

VOTRE SITUATION EN 2023 (au moment de votre inscription)

LA PRISE EN CHARGE DE LA FORMATION

- Organisme (type TRANSITIONS PRO), précisez ses coordonnées

Raison sociale : Public Privé
 Nom et fonction du Référent :

 Adresse :

 CP : Ville :

 Téléphone : Email :

Employeur via :

- Dispositif Pro A
- Contrat d'apprentissage :

Raison sociale :
 • Public
 • Privé
 Nom et fonction du Référent RH :

 Adresse :

 CP : Ville :

 Téléphone : Email :

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 ☐ Salari(e) autre, précisez : _____
- ☐ Non salarié(e) (Travailleur indépendant, profession libérale, commerçant, artisan, agriculteur, ...)
- ☐ Etudiant ☐ Scolaire ☐ Autre situation, précisez : _____

CONDITIONS POUR ENTRER EN FORMATION

Renvoyer un dossier complet, constitué des pièces listées à la page suivante

J'ai bien noté que tout dossier incomplet sera refusé et non traité, le cas échéant non convoqué pour un entretien de positionnement.

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 - CS 11235 - 33074 BORDEAUX CEDEX - ☎ 05 56 56 04 04
SIRET 193 300 233 00031 - Code APE 8559A - N° déclaration d'activité 7233P015633

DOSSIER ADMINISTRATIF (dernier délai : 09/06/2023)

- ☐ 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**,
- ☐ Un CV
- ☐ 2 enveloppes pré-timbrées à 20g avec vos nom et adresse inscrits sur les enveloppes
- ☐ Selon la situation du candidat, copie des originaux de vos diplômes ou titres traduits en français,
- ☐ Attestation du niveau de langue française : B2 ou document permettant d'apprécier les capacités et les attendus relatifs à la maîtrise du français à l'oral (cf. Arrêté du 12 avril 2021)

Lorsque le niveau de français à l'écrit et à l'oral ne peut être vérifié à travers les pièces produites ci-dessus, au regard notamment de leur parcours scolaire, de leurs diplômes et titres ou de leur parcours professionnel, les candidats joignent à leur dossier 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.

A défaut, ils produisent tout autre document permettant d'apprécier les capacités et les attendus relatifs à la maîtrise du français à l'oral.

- ☐ Les attestations de travail, accompagnées éventuellement des appréciations et/ou recommandations de l'employeur (ou des employeurs)
- ☐ Attestation(s) employeur(s) justifiant une ancienneté de services cumulée d'au moins 1 an en équivalent temps plein, effectués en structure ou à domicile.

OU

- ☐ Attestation de suivi à la fois de la formation des 70h 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 6 mois en équivalent temps plein effectués au sein d'un ou plusieurs établissements sanitaires et médico-sociaux publics ou privés ou au domicile.

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>

ATTESTATION EMPLOYEUR

Préalable à l'entrée en formation conduisant au DEAS conformément **aux Articles 11 et 12 nouveaux** de l'Arrêté du 12 Avril 2021 (candidats avec plus d'un an d'expérience en tant qu'ASH ou agents de service Dans les établissements sanitaires, ou médico-sociaux, des secteurs public ou privé, ou dans des services d'accompagnement et d'aide au domicile des personnes

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 :

Prénom :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Je soussigné(e), M/MME

Assure que M/MME

Salarié (e) dans notre établissement depuis le/...../..... :

- A bien exercé en tant qu'Agent de Service hospitalier ou Agent de service (ou employé pour le privé) durant plus de 1607 Heures,

- A été sélectionné(e) par l'établissement pour suivre la formation conduisant au DE Aide-Soignant dès la rentrée de septembre 2023 (articles 11 et 12 nouveaux de l'Arrêté du 12 avril 2021 relatif aux conditions d'accès à la formation conduisant au DEAS).

Je donne donc mon accord pour son départ en formation et :

→ atteste la validation à terme de sa demande de Congé de Formation et assure les coûts de formation *dans le cadre de la Formation Professionnelle continue* (dispositif de la Pro A, apprentissage, etc...)

OU :

→ atteste la validation à terme de sa demande de Congé de Formation sur la plateforme de prise en charge financière Transition Pro ou le cas échéant via notre OPCO (OPCO Santé, ...)

La présente *attestation* est délivrée pour servir et *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
Prénom : Date de naissance : .. / .. /
Tél. : Email :
ou Institut de formation : 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 tuberculinique (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.