

Inscription à Institut de Formation Aide-soignant (IFAS) Marcelle Pardé 2025

INFORMATIONS SUR LES CONDITIONS D'INSCRIPTION

1. CONDITIONS D'ACCÈS A LA FORMATION

- Être âgé(e) de 17 ans au moins à la date d'entrée en formation
- Être titulaire du baccalauréat professionnel ASSP ou SAPAT

2. MODALITÉS D'INSCRIPTION

→ Cette formation est **gratuite** pour les **personnes en poursuite d'études**

Reste à charge la formation aux gestes et soins d'urgence II (FGSU) : environ 200 euros



- **Les candidats à la formation en apprentissage doivent se rapprocher du GRETA de l'AIN** : Madame Hélène Julliard- Téléphone : 06 47 91 40 77

Les personnes en situation de demande d'emploi/ affiliées à France Travail (Pôle Emploi) ne pourront être acceptées dans notre institut.

→ Le Dossier d'inscription doit être impérativement déposé au **lycée professionnel Marcelle Pardé** aux heures d'ouverture du secrétariat de l'établissement ou transmis à L'IFAS par voie postale.

2 types de cursus peuvent être envisagés

| FORMATION PARCOURS PARTIEL Initiale | FORMATION PARCOURS PARTIEL Apprentissage |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">➤ Être Elève titulaire du baccalauréat ASSP ou SAPAT➤ Déposer ou envoyer le dossier d'inscription complet➤ Participer à un entretien de sélection➤ Attendre la diffusion des résultats | <ul style="list-style-type: none">➤ Être Elève titulaire du baccalauréat ASSP ou SAPAT➤ Contacter le GRETA de l'AIN➤ Déposer un dossier d'inscription complet➤ Trouver un employeur➤ Inscription en formation hors sélection |

3. CALENDRIER DES EPREUVES DE SELECTION SESSION 2025

| | |
|--|---|
| Date d'ouverture des inscriptions et dépôt des dossiers | Lundi 3 février 2025 |
| Date de clôture des inscriptions | Mercredi 28 mai 2025 |
| Date des entretiens | Du lundi 10 mars 2025 au vendredi 6 juin 2025 |
| Date des résultats des épreuves de sélection | Vendredi 13 juin à 14h |
| Réunion de pré-rentree | Vendredi 28 août |
| Début de la formation | Lundi 2 septembre |

**Attention : tout dossier incomplet ne sera pas traité.
Vous devez contrôler l'ensemble des pièces à fournir avant de l'envoyer.**

Votre dossier est à transmettre à l'IFAS au plus tard le

Mercredi 28 mai 2025

Par voie postale à l'adresse suivante :
(Cachet de la poste faisant foi)

Institut de Formation Aide-Soignant
Lycée professionnel Marcelle Pardé
47 Av. Alsace Lorraine,
01000 Bourg-en-Bresse

Ou à déposer à l'accueil de l'établissement au plus tard le Mercredi 28 mai 2025

4. CAPACITE D'ACCUEIL

Pour la sélection 2025, le nombre de places est de **20** dont 5 places pour les candidats relevant de la formation en apprentissage.

5. MODALITE DE SELECTION

L'inscription aux épreuves de sélection est gratuite.

Convocation aux épreuves : Chaque candidat recevra en temps utile une convocation par mail précisant la date et le lieu des épreuves. Il devra se présenter muni d'une pièce d'identité en cours de validité et de sa convocation.

Déroulement des épreuves de sélection : La sélection des candidats est effectuée par **un jury de sélection sur la base** :

- **Du dossier de candidature**
- **D'un entretien** : L'entretien d'une durée de 15 à 20 minutes est réalisé pour permettre d'apprécier les qualités humaines et relationnelles du candidat et son projet professionnel

L'ensemble fait l'objet d'une notation par un jury composé d'un aide-soignant et d'un formateur infirmier ou cadre de santé de l'IFAS.

Une note inférieure à 10/20 à cette épreuve est éliminatoire.

6. RÉSULTATS

Au vu des notes obtenues à l'épreuve de sélection, le jury d'admission établit un classement des candidats reçus et détermine :

- Une liste principale

Chaque candidat est informé personnellement par mail de ses résultats. Il dispose d'un délai de 3 jours ouvrés (à compter de la publication des résultats) pour valider son inscription à l'IFAS en cas d'admission sur la liste principale. Pour ce faire, il devra

« Envoyer un mail à l'adresse suivante : Lydie.Seon@ac-lyon.fr dans lequel il confirme son inscription à l'IFAS Marcelle Pardé ». Au-delà de ce délai, il est présumé avoir renoncé à son admission et sa place est proposée à un candidat inscrit sur la liste complémentaire.

- Une liste complémentaire

Tout candidat appelé sur cette liste valide son inscription par écrit au mail suivant : Lydie.Seon@ac-lyon.fr

A défaut de réponse, ou en cas de refus du candidat la place est attribuée au candidat suivant ; le candidat est alors présumé avoir renoncé à son admission (il perd sa place).

- Une liste de candidats non admis

7. AFFICHAGE DES RESULTATS

Les résultats seront consultables :

- Par affichage à l'entrée du lycée professionnel Marcelle Pardé
- Sur le site du lycée professionnel Marcelle Pardé

L'affichage des résultats se fait dans le respect des conditions en vigueur de communication des données personnelles des candidats.

Aucun résultat ne sera communiqué par téléphone.

8. ADMISSION DÉFINITIVE

L'inscription définitive est subordonnée à la présentation des documents suivants au **plus tard** le jour de la rentrée:

- Une attestation d'assurance responsabilité civile.**
- Un certificat médical** attestant que l'élève remplit les obligations d'immunisation et de vaccination (précisant les dates) conforme à la réglementation en vigueur pour les professionnels de santé (ci-joint au dossier).
- Un certificat médical d'aptitude** 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 (ci-joint au dossier).



Il faut plusieurs mois pour être immunisé

Ces vaccinations sont obligatoires, aucune dérogation ne pourra être accordée.

La mise en stage est conditionnée par ces vaccinations

9. LISTE DES PIÈCES A FOURNIR POUR LE DOSSIER D'INSCRIPTION

| PIÈCES À FOURNIR obligatoirement | |
|--|--|
| Toutes les photocopies doivent être au format A4 | |
| | Fiche d'inscription complétée, datée et signée |
| | Copie d'une pièce d'identité en cours de validité |
| | Attestation de responsabilité civile nominative en cours de validité |
| | Une lettre de motivation manuscrite |
| | Un curriculum vitae |
| | Un document manuscrit relatant, au choix du candidat, soit une situation personnelle ou professionnelle vécue, soit son projet professionnel en lien avec les attendus de la formation. Ce document n'excède pas 2 pages |
| PIÈCES À FOURNIR selon la situation du candidat | |
| | La copie des originaux de ses diplômes (obligatoire pour bénéficier des dispenses de modules dans le cadre d'un parcours partiel) |
| | Les attestations de travail, accompagnées éventuellement des appréciations et/ou recommandations de l'employeur + l'attestation du Greta |
| | Pour les ressortissants étrangers, un titre de séjour valide à l'entrée en formation |
| | Pour les ressortissants hors union européenne, une attestation du niveau de langue française requis B2 et un titre de séjour valide pour toute la période de la formation |
| | Pour les candidats en situation de handicap : attestation prouvant que vous pouvez bénéficier d'un 1/3 temps ou tout autre aménagement |
| PIÈCES À FOURNIR pour les lycéens et étudiants | |
| | Les photocopies des bulletins scolaires de première et ceux de terminale en votre possession |
| | Les appréciations de l'ensemble des PFMP ou stages |
| | La photocopie du relevé des notes du Baccalauréat |

Tous les candidats peuvent joindre tout autre justificatif valorisant un engagement ou une expérience personnelle.



FICHE D'INSCRIPTION

IFAS Marcelle Pardé

Rentrée Septembre 2025

Je m'inscris sur la liste (cochez la case correspondant à votre profil)

Formation parcours partiel initiale Formation parcours partiel apprentissage

| | |
|---|--|
| Nom | |
| Prénom | |
| Nom marital (d'épouse) | |
| Nom de naissance | |
| Date et lieu de naissance | |
| Nationalité | |
| Adresse | |
| Code postal | |
| Ville | |
| Téléphone portable | |
| Adresse mail obligatoire | |
| Situation actuelle | <input type="checkbox"/> Elève/étudiant Etablissement et classe : <input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Autre: |
| Êtes-vous en situation de Handicap , | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (dys, déficience auditive, visuelle...) |
| Avez-vous des enfants ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, combien ? |
| Centres d'intérêts (tous domaines confondus, loisirs, sport...) | |
| Possédez-vous le permis B ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non, comment envisagez-vous de vous rendre sur les lieux de stage? |

Pour les candidats en poursuite d'étude : formation suivie

| Année | Dernière classe fréquentée | Lieu | Validation ou diplôme obtenu |
|-------|----------------------------|------|------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Je soussigné(e)
renseignements mentionnés sur ce document.

atteste sur l'honneur l'exactitude des

J'accepte que mes résultats soient publiés sur Internet : Oui Non

Fait à....., le

| Signature du candidat | Nom, Prénom et signature du représentant légal si le candidat est mineur |
|-----------------------|--|
| | |

A fournir à la rentrée sous réserve d'admission à l'IFAS

CERTIFICAT MEDICAL DE VACCINATIONS

Conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France

Je soussigné Docteurcertifie que
 Madame, Monsieur (nom et prénoms):
 Date de Naissance :/...../.....

Candidat(e) à l'inscription en formation aide-soignant, a été vacciné(e):

Contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite :

| Dernier rappel effectué | | |
|-------------------------|------|--------|
| Nom du vaccin | Date | N° lot |
| | | |

Contre l'hépatite B:

| Vaccination contre hépatite B | |
|---|----------------------|
| | Première injection: |
| | Deuxième injection: |
| | Troisième injection: |
| Taux AC HBs Si taux > 100 UI/l : immunisé Si taux entre 10 et 100 UI/l : recherche Ac anti HBS Si taux < 10 UI/l : non répondeur à la vaccination | Dosage: |

Selon l'article L.3111-4 et dont les conditions sont fixées par l'arrêté du 2 août 2013, il/elle est considéré (e) comme :

- Immunisé(e) contre l'hépatite B: Oui Non
- Non répondeur(se) à la vaccination : Oui Non

Selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour les professionnels de santé, **il est recommandé d'être immunisé contre la coqueluche, la rougeole, la varicelle, la tuberculose et la grippe saisonnière.**

Signature du candidat

Signature et cachet du Médecin

A fournir à la rentrée sous réserve d'admission à l'IFAS

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE

A REMPLIR PAR UN MEDECIN AGREE PAR L'ARS DE VOTRE REGION

Pour trouver un médecin agréé dans la région Auvergne Rhône Alpes (Ain) :
<https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/media/66421/download?inline>

Je soussigné Docteur (médecin agréé)

Atteste, après l'avoir examiné(e) ce jour, que :

Madame, Monsieur (nom, prénoms):

Date de naissance :/...../.....

N'estatteint(e)d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession aide-soignant.

Date, signature et cachet du médecin