

# DOSSIER D'INSCRIPTION

Aux épreuves de sélections pour l'admission à la formation d'Aides-Soignants

**IFAS CENTRE HOSPITALIER D'ANTIBES JUAN -LES-PINS**

**SECRETARIAT : ☎ 04 97 24 75 11**

**OUVERTURE : du lundi au vendredi : de 8h30 à 13h30**

**FAX : 04 97 24 75 16**

**Email : [secretariat.ifas@ch-antibes.fr](mailto:secretariat.ifas@ch-antibes.fr)**

## **INFORMATION CONCOURS AIDE SOIGNANT 2010/2011**

- ☉ Inscription : dossiers disponibles à partir du 5/12/2011
- ☉ Clôture des inscriptions : 2 mars 2012
- ☉ Epreuve écrite d'admissibilité : 15 mars 2012
- ☉ Affichage des résultats d'admissibilité : 13 avril 2012
- ☉ Epreuve orale d'admission : du 2 au 7 mai 2012
- ☉ Affichage des résultats définitifs : fin mai 2012
- ☉ Montant des frais d'inscription : 60 euros

### **}{ FRAIS D'INSCRIPTION ET COUT DE LA FORMATION:**

Lors du dépôt du dossier, les candidats doivent s'acquitter du montant des droits d'inscription aux épreuves d'admission qui s'élèvent à 60 euros payables par chèque bancaire ou postal libellé à l'ordre du TRESOR PUBLIC (un reçu vous sera alors délivré).  
Ils demeurent acquis à l'école quelle que soit la cause d'empêchement éventuel à concourir.

**Le coût de la formation débutant en septembre 2012 a été fixé à 3 500 euros**

**Aucun chèque n'est restitué ou remboursé après la clôture des inscriptions.**

## DOSSIER D'INSCRIPTION

### *PIECES A FOURNIR :*

- la fiche d'inscription dûment remplie, à détacher (en annexe : identité et adresse à renseigner en caractère d'IMPRIMERIE).
- la photocopie de la carte d'identité nationale en cours de validité (le cas échéant permis de conduire ou passeport).
- la lettre d'inscription manuscrite (modèle ci-joint, en annexe).
- photocopie de diplôme(s) ou de tout document admis en équivalence.  
(se munir des originaux le jour de l'inscription)
- 2 enveloppes autocollantes, format 11x22, libellées à vos nom et adresse, avec **accusés de réception** libellés à l'adresse de l'Institut de Formation.
- 1 enveloppe autocollante, format 11x22, libellée avec vos nom et adresse.
- 1 enveloppe grand format, 22,9x32,4, libellée avec vos nom et adresse.

### **Il est inutile d'affranchir les enveloppes**

- 3 photos d'identité
- 1 photocopie de l'Attestation Sécurité Sociale.
- 1 photocopie de l'attestation Assurance Responsabilité Civile

*Toute photocopie devra être lisible et porter la mention manuscrit  
«Certifiée conforme à l'original, datée et signée»*

**le dossier complet est à  
déposer directement au secrétariat de l'Institut  
du lundi au vendredi : de 8h30 à 13H30**

**AVANT LE 2 mars 2012**

**TOUT DOSSIER INCOMPLET A LA CLOTURE DES INSCRIPTIONS  
AUX EPREUVES DE SELECTION ANNULE LA PARTICIPATION**

*Si une semaine avant les épreuves vous n'avez pas reçu votre convocation, veuillez nous  
téléphoner.*

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Nom :

Prénom :

Sexe :

Féminin

Masculin

Date et lieu de naissance :

Nationalité :

Adresse :

Téléphone fixe :

portable :

adresse mail :

Situation familiale :

Niveau scolaire :

Diplôme(s) obtenu(s) et année d'obtention : (**en ce qui concerne le baccalauréat marquer la série concernée**).

<b>Diplômes obtenus</b>	<b>Série concernée</b>	<b>Année d'obtention</b>

Emplois occupés précédemment :

Métiers Exercés	Qualification	Etablissement	dates

Votre situation actuelle (cochez la bonne réponse)

Etes-vous imposable ?

- Oui  
 Non

Demandeur d'emploi :

- Oui  
 Non

Si oui depuis quelle date : .....n°d'identifiant : .....

Agence Locale pour l'Emploi de\* : .....

( \*préciser la ville)

Etes-vous bénéficiaire des ASSEDIC :

- Oui  
 Non

Au titre de l'ARE (Allocation Retour Emploi)

- Oui jusqu'au .....
- Non

Au titre de l'A.S.S. (Allocation de Solidarité Spécifique)

- Oui  
 Non

Etes-vous allocataire ou ayant droit au RMI :

- Oui  
 Non

Percevez-vous l'allocation du RMI :

- Oui  
 Non

Vous êtes salarié :

Type de contrat : .....  
(CDD, CDI,...)

Date de fin de contrat (sauf pour les CDI) : .....

## MODELE DE LETTRE

Coordonnées du candidat

A l'attention de Madame GARCIA Maria  
Directrice IFAS  
Centre Hospitalier d'Antibes Juan-Les-Pins  
RN 7  
06606 Antibes cedex

à \_\_\_\_\_, le

Madame la Directrice,

J'ai l'honneur de solliciter mon inscription aux épreuves de sélection pour l'admission à l'Institut de Formation d'Aides-Soignants du Centre Hospitalier d'Antibes Juan-les-Pins session 2012-2013.

Je vous prie d'agréer, Madame la Directrice, l'expression de mes respectueuses salutations.