

DOSSIER D'INSCRIPTION

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

SESSION 2010/2011

IFAS CENTRE HOSPITALIER D'ANTIBES JUAN -LES-PINS

SECRETARIAT : ☎ 04 97 24 75 11

OUVERTURE : du lundi au vendredi : de 9h30 à 13h30

FAX : 04 97 24 75 16

Email : secretariat.ifas@ch-antibes.fr

INFORMATION CONCOURS AIDE SOIGNANT 2010/2011

- ☞ Inscription : dossiers disponibles à partir du 1er/12/2009
- ☞ Clôture des inscriptions : 5 mars 2010
- ☞ Epreuve écrite d'admissibilité : 22 mars 2010
- ☞ Affichage des résultats d'admissibilité : 29 avril 2010
- ☞ Epreuve orale d'admission : du 17 au 21mai 2010
- ☞ Affichage des résultats définitifs : 10 juin 2010
- ☞ 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 2010 a été fixé à 3 300 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.
- 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 9h00 à 13h30**

AVANT LE 5 mars 2010

**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 :

Situation familiale :

Niveau scolaire :

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

Diplômes obtenus	Série concernée	Année d'obtention

Emplois occupés précédemment :

Métiers Exercés	Qualification	Etablissement	dates

Votre situation actuelle (cochez la bonne réponse)

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 2010-2011.

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

**CERTIFICAT MEDICAL POUR L'ENTREE A L'ECOLE
D'AIDES SOIGNANTS**

Je soussigné Dr, certifie que M,
âgé(e) deans, est à ce jour cliniquement indemne de toute affection grave et qu'il
(elle) ne présente aucune contre-indication physique ou psychique à l'exercice de la
profession d'aide-soignant(e).

RESULTAT D'IDR :

Date (une IDR de moins de 3 mois est demandée) :/...../..... ; Résultat en mm =

RECAPITULATIF DES VACCINATIONS OBLIGATOIRE :

- Vaccination contre l'hépatite B :

	Date	Type (ex : EngerixB)	N° de lot si disponible
1 ^{er} injection			
2 ^{em} injection			
3 ^{em} injection			
Rappel (s'il y a lieu)			

En cas de vaccination incomplète ou effectuée après 25 ans un dosage de l'AcHbs et de l'AgHbs est nécessaire :

Date sérologie :/...../..... Résultat : Ac Hbs = ; Ag Hbs =

- Vaccination par le BCG :

	Date	Type de vaccin	N° de lot si disponible
1 ^{er} injection			
Rappel			

- Vaccination DTP : Nombre d'injections vaccinales :

	Date	Type de vaccin	N° de lot si disponible
Dernier rappel			

MALADIES INFANTILES :

- Varicelle : Oui Non Inconnu
- Oreillon : Oui Non Inconnu Vaccination
- Rougeole : Oui Non Inconnu Vaccination
- Rubeole : Oui Non Inconnu Vaccination

Certificat remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

Le/...../.....

Cachet du médecin et signature