

# **NOTICE ET DOSSIER D'INSCRIPTION CANDIDAT DISPENSE DE LA SELECTION FORMATION CONDUISANT AU DIPLOME D'ETAT D'AIDE-SOIGNANT**

## **SÉLECTION 2026 POUR LA RENTRÉE DE JANVIER 2027**

En application de l'arrêté du 7 avril 2020 modifié relatif aux modalités d'admission à la formation conduisant au diplôme d'État d'aide-soignant, ce dossier est spécifique aux ASHQ et Agents de service répondant aux exigences réglementaires suivantes :

Article 11 – « *Sont dispensés de l'épreuve de sélection, les agents des services hospitaliers qualifiés de la fonction publique hospitalière et les agents de service :*

**1° justifiant d'une ancienneté de services cumulée d'au moins un an en équivalent temps plein**, effectués au sein d'un ou plusieurs établissements sanitaires et médico-sociaux des secteurs public et privé ou dans des services d'accompagnement et d'aide au domicile des personnes ;

**2° ou justifiant à la fois du suivi de la formation continue de soixante-dix heures 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 six mois en équivalent temps plein**, effectués au sein d'un ou plusieurs établissements sanitaires et médico-sociaux des secteurs public et privé ou dans des services d'accompagnement et d'aide au domicile des personnes. »

*Les personnels visés aux 1° et 2° sont directement admis en formation sur décision du directeur de l'institut de formation concerné, dans les conditions prévues au II de l'article 12 »*

Article 12 – « *II. – Un minimum de 20 % des places autorisées par la Région, par institut de formation ou pour l'ensemble du groupement d'instituts de formation, est réservé aux agents relevant de la formation professionnelle continue visés à l'article 11, quels que soient les modes de financement et d'accès à la formation visée. (...)* »

## Table des matières

1 – PRESENTATION DE L'INSTITUT .....	3
2 – MODALITES, CONDITIONS D'INSCRIPTION ET QUOTA .....	3
2.1 Prérequis .....	3
2.2 Dépôt du dossier d'inscription.....	3
2.3 Calendrier.....	3
2.4 Personne en situation de handicap .....	3
2.5. Quota.....	3
3 – RESULTAT .....	3
4 – CONSTITUTION DU DOSSIER .....	4
5 – ANNEXES .....	6
<b>Annexe 1 Conditions médicales relatives à l'entrée en formation .....</b>	<b>6</b>
<b>Annexe 2 Equivalence de compétences et allègements de formation .....</b>	<b>7</b>
<b>Annexe 3 Prise en charge financière de la formation aide-soignante 2027 .....</b>	<b>8</b>

# **1 – PRESENTATION DE L'INSTITUT**

<b>IFSI/IFAS CENTRE HOSPITALIER DE ROANNE</b>	<b>PLACES DISPONIBLES</b>	<b>JOURNEE PORTES OUVERTES</b>
35 bis rue Albert Thomas 42300 ROANNE ☎ 04 77 23 79 80 Courriel : <a href="mailto:ifsi.accueil@ch-roanne.fr">ifsi.accueil@ch-roanne.fr</a> Site: <a href="http://www.ch-roanne.fr/formation/ifsi">http://www.ch-roanne.fr/formation/ifsi</a>	<b>51 places dont <u>20 % minimum</u> réservées aux ASHQ de la Fonction Publique Hospitalière et aux agents de service dispensés de la sélection</b>	<b>Samedi 31 janvier 2026 de 9 h à 13 h</b>

## **2 – MODALITES, CONDITIONS D'INSCRIPTION ET QUOTA**

### 2.1 Prérequis

**Répondre aux exigences réglementaires rappelées en page 1.**

### 2.2 Dépôt du dossier d'inscription

Le dossier d'inscription doit être soit :

- déposé dans la boîte aux lettres extérieure de l'institut de formation ;
- remis au secrétariat aux horaires d'ouverture ;
- transmis par voie postale.

**Aucun envoi dématérialisé n'est autorisé.**

### 2.3 Calendrier

Ouverture des inscriptions : **lundi 12 janvier 2026**  
Clôture des inscriptions : **vendredi 5 juin 2026 à 16 h**  
Publication et affichage  
des résultats d'admission : **vendredi 26 juin 2026 à 10 h**  
Rentrée prévue le : **lundi 4 janvier 2027**

### 2.4 Personne en situation de handicap

Nos locaux sont accessibles aux personnes à mobilité réduite.

Sous réserve d'être admis en formation, des aménagements peuvent être proposés.

Pour toute interrogation, vous pouvez contacter notre référent handicap : [ifsi.accueil@ch-roanne.fr](mailto:ifsi.accueil@ch-roanne.fr)

### 2.5. Quota

Un minimum de 11 places<sup>1</sup> est réservé aux ASHQ et Agent de service. Toutefois, si le nombre d'inscriptions est supérieur au nombre de places proposées, une priorité sera accordée aux candidats ayant le plus d'ancienneté dans ce poste et une liste complémentaire sera établie.

En cas d'égalité, le candidat le plus âgé sera prioritaire.

## **3 – RESULTAT**

A l'issue de la sélection, le jury établit des listes de classement (principale et complémentaire).

Les listes sont affichées à l'institut et consultables sur le site internet<sup>2</sup> à compter du :

**VENDREDI 26 JUIN 2026 à 10 h**

Les résultats sont envoyés par courrier le jour-même. Aucun résultat ne sera communiqué par téléphone.

En cas de réussite, nous vous informons que l'admission définitive en institut de formation est subordonnée à des conditions médicales strictes rappelées en annexe 1.

<sup>1</sup> Les reports accordés les années antérieures sont inclus dans le nombre de places disponibles annoncé.

<sup>2</sup> Pour le site internet : sauf avis contraire de votre part.

## **4 – CONSTITUTION DU DOSSIER**

### **FICHE DE CONTRÔLE DES DOCUMENTS FOURNIS (à retourner avec votre dossier) CONTRÔLE A FAIRE PAR LE CANDIDAT**

Toutes les photocopies doivent être faites en format A4

**NOM DE NAISSANCE :** .....

**NOM D'USAGE (nom d'épouse) :** .....

Nom utilisé dans la vie courante lorsqu'il diffère du nom de naissance : nom de son époux ou épouse, double nom...)

**PRÉNOM :** .....

#### **JUSTIFICATIFS OBLIGATOIRES**

☐ Copie de la pièce d'identité en cours de validité (carte nationale d'identité française recto verso ou passeport délivré en France) ou pour les ressortissants étrangers, copie du titre de séjour valide à l'entrée en formation

☐ Lettre de motivation manuscrite

☐ Curriculum vitae

☐ La fiche administrative dûment complétée (page 5)

☐ 1 photo récente à coller sur la fiche administrative

☐ Attestation·s employeur·s **justifiant d'une ancienneté de services cumulée d'au moins un an en équivalent temps plein**, effectués au sein d'un ou plusieurs établissements sanitaires et médico-sociaux des secteurs public et privé ou dans des services d'accompagnement et d'aide au domicile des personnes, en tant **qu'agent de service hospitalier qualifié et/ou agent de service** (l'ancienneté doit être réunie au 05/06/2026)

OU

☐ Attestation **justifiant du suivi de la formation continue de soixante-dix heures** relatives à la participation aux soins d'hygiène, de confort et de bien-être de la personne âgée **ET** d'une **attestation justifiant d'une ancienneté de services cumulée d'au moins six mois** en équivalent temps plein, effectués au sein d'un ou plusieurs établissements sanitaires et médico-sociaux des secteurs public et privé ou dans des services d'accompagnement et d'aide au domicile des personnes

☐ Copie du diplôme si vous êtes titulaire d'un des diplômes permettant un allègement de formation (cf. annexe 2)

**Dans le cas d'un financement de formation par votre employeur ou un organisme :**

☐ Annexe 3 : prise en charge financière de la formation aide-soignante 2027



**TOUT DOSSIER INCOMPLET A LA DATE DE CLOTURE DES INSCRIPTIONS  
SERA IRRECEVABLE.**

**IFAS CH DE ROANNE**  
**Formation aide-soignante**  
**Rentrée de Janvier 2027**

Photo  
Obligatoire

**FICHE ADMINISTRATIVE ASHQ / AGENT DE SERVICE**

*Veillez compléter toutes les rubriques de cette fiche sous peine de rejet*



**LES DONNEES CI-DESSOUS DOIVENT ETRE STRICTEMENT CONFORMES A VOTRE  
PIECE D'IDENTITE**

CIVILITE : Mme ☐ M. ☐

NOM DE NAISSANCE \_\_\_\_\_  
En majuscules

NOM D'USAGE \_\_\_\_\_  
En majuscules  
*Nom utilisé dans la vie courante lorsqu'il diffère du nom de naissance*

Prénoms \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / ..... à \_\_\_\_\_

Nationalité \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
N° et rue

Code postale \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Adresse mail \_\_\_\_\_  
écrire lisiblement

Diplôme obtenu permettant un allègement de formation et année d'obtention :  
(cf. annexe 2)

Autorisez-vous l'IFAS à publier votre nom lors de la publication des résultats de sélection ?

☐ OUI ☐ NON

Je soussigné·e ..... déclare avoir  
pris connaissance de l'ensemble des modalités d'inscription et atteste sur l'honneur l'exactitude des  
renseignements mentionnés sur ce document.

A : ..... Le : .....

**SIGNATURE DU CANDIDAT**

*Les informations mentionnées dans ce document font l'objet d'un traitement informatisé. Elles sont indispensables à la prise en compte de votre candidature. Elles pourront être transmises à toutes personnes ou organismes participant au déroulement des épreuves de sélection. Conformément à l'article 27 de la loi du 6 janvier 1978, chaque candidat bénéficie du droit d'accès et de rectification au dossier informatique le concernant. Ces droits peuvent être exercés à tout moment auprès de l'IFAS d'inscription. Par ailleurs, vos nom et prénom pourront être diffusés sur l'Internet. Vous pouvez vous y opposer à tout moment. Le responsable du traitement informatique de vos données est le Directeur général du Centre Hospitalier et par délégation le directeur de l'IFAS. Le délégué à la protection des données personnelles peut être contacté au travers du lien : <http://www.qhtloire.fr.rqpd> ou à l'adresse mail : [rqpd-dpd@chu-st-etienne.fr](mailto:rqpd-dpd@chu-st-etienne.fr).*

## **5 – ANNEXES**

### **Annexe 1 Conditions médicales relatives à l'entrée en formation**

L'admission définitive dans un IFAS est subordonnée à<sup>3</sup> :

- 1)** La production au plus tard le jour de la rentrée, d'un certificat médical émanant d'un médecin agréé par l'ARS 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
- 2)** La production avant la date de début du premier stage d'un certificat médical, attestant que l'élève remplit les obligations d'immunisation et de vaccination prévues par la réglementation en vigueur pour les professionnels de santé : pour certaines, cela nécessite un délai de plusieurs mois.

**Ces vaccinations sont obligatoires.**

**Aucune dérogation ne pourra être accordée.**

**Vous devez faire vérifier par votre médecin votre couverture vaccinale dès votre inscription à la sélection.**

Aucune information médicale ne doit être transmise à l'institut de formation lors de la phase de sélection.

---

<sup>3</sup> (Cf. article 2 de l'arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation)

## Annexe 2 Equivalence de compétences et allègements de formation

Sous réserve d'être admis à suivre la formation dans les conditions fixées par l'arrêté du 7 avril 2020 modifié, des équivalences de compétences, de blocs de compétences ou des allègements partiels ou complets de certains modules de formation sont accordées aux élèves titulaires des titres ou diplômes suivants :

- diplôme d'Etat d'auxiliaire de puériculture ;
- diplôme d'assistant de régulation médicale ;
- diplôme d'Etat d'ambulancier ;
- bac professionnel SAPAT ;
- bac professionnel ASSP ;
- titre professionnel d'assistant de vie aux familles ;
- titre professionnel d'agent de service médico-social ;
- diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social (qui inclus le DEAVS et le DEAMP).

**UNIQUEMENT POUR LES CANDIDATS QUI AURONT UN STATUT SALARIÉ A L'ENTRÉE EN FORMATION**

Je soussigné·e : .....

Né·e le : .....

Domicilié·e : .....

envisage la prise en charge financière suivante pour le coût de ma formation (à titre indicatif en 2026 un parcours complet de formation s'élève à 7 770 €) :

☐ PERSONNELLE

☐ EMPLOYEUR

☐ ANFH

☐ TRANSITION PRO

☐ COMPTE PERSONNEL DE FORMATION

Fait à :

Le :

Signature du candidat précédée de la mention "lu et approuvé" :