

**Institut de Formation d'Aides-Soignants**  
**29 avenue du Mal de Lattre de Tassigny CO 60034 54035 NANCY Cédex**  
Secrétariat ☎ 03 83 85 16 72 Fax 03 83 85 97 01  
Horaires : lundi au jeudi de 7 h45 à 16 h45 et vendredi jusqu'à 16 h  
Adresse mail : [ifas@chru-nancy.fr](mailto:ifas@chru-nancy.fr)  
Site : <http://campus.chru-nancy.fr>

## **FORMATION AIDE-SOIGNANTE Rentrée de janvier** **2022**

### ❖ DOSSIER D'INSCRIPTION

**OUVERTURE DES INSCRIPTIONS : DU 01/09/2021 AU 08/10/2021**

**Dossier à télécharger sur notre site : <http://campus.chru-nancy.fr> ou à retirer au secrétariat de l'IFAS (1<sup>er</sup> étage) 31 rue Lionnois Nancy**

Les dossiers dûment complétés doivent être envoyés en recommandé avec avis de réception (obligatoire) à l'adresse suivante :

IFAS du CHRU de NANCY  
29 Avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny  
CO 60034  
54 035 NANCY Cédex

ou déposés directement au secrétariat de l'IFAS **au plus tard le 08/10/2021** (pendant les heures d'ouverture).

**La sélection se fera cette année sur dossier, complétée par un entretien.**

Les conditions d'admission sont fixées par les arrêtés ministériels du 7 avril 2020 et du 5 février 2021. **Inscription gratuite.**

**Date des entretiens oraux à l'IFAS : entre le 18 octobre et le 10 novembre 2021**

**L'affichage des résultats se fera le 17 novembre 2021 à l'IFAS et sur le site internet <http://campus.chru-nancy.fr> onglet IFAS, sauf avis contraire du candidat notifié par écrit.**

Aucun résultat ne sera donné par téléphone.

Les candidats sont informés par écrit de leurs résultats.

**Nombre de places ouvertes à la sélection : 73 en cursus complets ou cursus modulaires (BAC ASSP et SAPAT) ou cursus partiels (uniquement DEAES<sub>1</sub>, DEAMP<sub>2</sub>, DEAVS<sub>3</sub>, MCAD<sub>4</sub>) tout confondu.**

**Nombre de places en apprentissage : 2 places pour bac ASSP uniquement.**

Pour tout renseignement, n'hésitez pas à contacter le secrétariat au 03 83 85 16 72 ou le CFA dont nous dépendons au 03 83 41 62 70

1 DEAES Diplôme d'Etat d'Accompagnement Educatif et Social

2 DEAMP Diplôme d'Etat d'Aide Médico Psychologique

3 DEAVS Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale

4 MCAD Mention Complémentaire à Domicile

## **MODALITES FINANCIERES DE PRISE EN CHARGE DE LA FORMATION**

### **Coût de la formation :**

Cursus complet : 6200€ + 100€ de frais de dossier

DEAES, DEAMP, DEAVS, MCAD : 4808€ +100€ de frais de dossier

Les conditions de prise en charge par la Région Grand Est et frais de scolarité sont consultables sur le site :

<https://www.grandest.fr/wp-content/uploads/2021/03/flyer-conditions-de-prise-en-charge-fss.pdf>

Si vous avez une question ou rencontrez une quelconque difficulté, n'hésitez pas à :

- joindre la région par mail à l'adresse suivante : [ffs@grandest.fr](mailto:ffs@grandest.fr)

- vous rapprocher de votre conseiller Pôle Emploi ou de votre employeur

## **MODALITES VACCINALES**

Vous devez consulter le document complet rédigé par le SUMPPS sur notre site :

<http://campus.chru-nancy.fr/images/CAMPUS/IFAS/2020/2020-2021-RECOMMANDATIONS-VACCINALES-CHRU.pdf>

Ce document doit être présenté à votre médecin traitant lors de votre consultation.

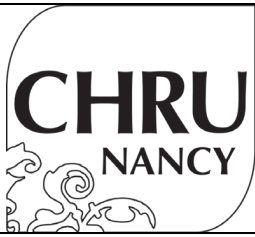
**Concernant la vaccination contre l'hépatite B, si vous n'avez pas commencé la vaccination à la date des résultats d'admission (le 17 novembre 2021), seul le schéma accéléré (3 doses en 21 jours) vous permettra de pouvoir aller en stage en février 2022 et d'être présenté au jury d'Etat.**

**COMPOSITION DU DOSSIER** : fournir les pièces listées dans ce tableau.



**Tout dossier incomplet ou transmis en dehors du délai requis sera rejeté**

<b>PIECES A FOURNIR</b>	<b>COMMENTAIRE</b>
<i>Pièce d'identité</i>	<i>En cours de validité</i>
<i>Lettre de motivation <b>manuscrite</b> Une page minimum et 2 pages maximum</i>	<b>Si lettre non manuscrite, dossier non étudié</b>
<i>Curriculum vitae</i>	
<i>Document <b>manuscrit</b>, relatant au choix :</i> <ul style="list-style-type: none"><li><i>• une situation personnelle ou</i></li><li><i>• une situation professionnelle vécue</i></li><li><i>• ou son projet professionnel</i></li></ul>	<i>2 pages au maximum</i> <b>Si document non manuscrit, dossier non étudié</b> <i>Conseil : privilégiez la situation professionnelle à la situation personnelle si vous avez eu une expérience de travail en milieu sanitaire ou social</i>
<i>Copie des originaux de diplômes</i>	<b>Uniquement pour les bacs ASSP SAPAT, AES, AMP et AVS .</b>
<i>Attestations de travail et <b>appréciations de l'employeur ou des employeurs</b></i>	<i>Ne concerne pas les personnes en cursus scolaire mais indispensables pour les autres. Pensez à l'appréciation employeur</i>
<i>Attestation du niveau de langue française égale ou supérieure à B2</i>	<b>Uniquement pour les ressortissants hors de l'union européenne</b>
<i>Titre de séjour valide pour toute la période de formation</i>	<b>Uniquement pour les ressortissants hors de l'union européenne</b>
<i>Tout autre justificatif valorisant un engagement personnel ou une expérience personnelle en lien avec la profession</i>	<i>facultatif</i>



CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE  
 Institut de Formation d'Aides-Soignants  
 29 avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny  
 CO n° 60034 - 54035 NANCY Cédex



A retourner à l'IFAS

**FORMULAIRE D'INSCRIPTION**  
**Promotion 2021/2022**

**NOM D'USAGE :** ..... **Prénom :** .....

**NOM DE FAMILLE :** .....

**Date de naissance :**

jour	mois	année

**Département de naissance :** .....

**Ville de naissance :** ..... **Nationalité :** .....

**N° Sécurité Sociale**

							clé
--	--	--	--	--	--	--	-----

**SITUATION FAMILIALE :** .....  
 (célibataire, marié(e), pacsé(e), concubinage...)

**Adresse :**  
 .....  
 .....

**CP :** ..... **VILLE :** .....

**Tél Fixe :** .....

**Tél port :** .....

**Adresse mail :** .....

**Votre situation avant l'entrée en formation**

Etudiant(e)  Demandeur d'emploi  Salarié(e)  CDD   
 Identifiant Pôle Emploi.....  CDI

Autre : .....

Si salarié ( e ), prise en charge financière de la formation prévue par :

Employeur  O.P.C.O (ANFH, Transition Pro...)  Fin de CDD (date prévue).....  
 Rupture conventionnelle (date prévue).....

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce formulaire.

Fait à ..... le .....

Signature  
(Si candidat mineur signature de son représentant légal)

**Pour tous les candidats**, joindre en plus des documents demandés dans le tableau, les pièces suivantes :

- ♦ Formulaire d'inscription ci-dessus
- ♦ 2 enveloppes autocollantes à l'adresse du candidat :  
1 → format 16 cm x 23 cm (poids : 50 g) affranchies au tarif en vigueur  
1 → format 21 cm x 29,7 cm (poids : 100 g) affranchie au tarif en vigueur