



**INSTITUT DE FORMATION D'AIDES-SOIGNANTS  
JEAN ERRECART  
Route des écoles  
64120 SAINT-PALAIS**

*Version : 08/01/2025*

**DOSSIER D'INSCRIPTION  
Admission Rentrée Août 2025**

**Début des inscriptions : 10 Février 2025**

**Clôture des inscriptions : 20 Juin 2025**

**Résultats : 07 Juillet 2025 à 14H**

**Rentrée : 25 Août 2025**

Contacts :

Institut Jean ERRECART

305, Routes des écoles

64120 SAINT PALAIS

*E-mail :*

[ifas.errecart@orange.fr](mailto:ifas.errecart@orange.fr)  
[christelle.uhalde@cneap.fr](mailto:christelle.uhalde@cneap.fr)

# SOMMAIRE

CALENDRIER DES EPREUVES .....	3
MODALITES D'INSCRIPTION.....	4
DISPOSITION GENERALE - Arrêté du 7 avril 2020 .....	5
EPREUVES DE SELECTION .....	7
PRISE EN CHARGE FINANCIERE DE LA FORMATION .....	8
INFORMATIONS IMPORTANTES .....	9
INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES .....	10
RGPD et DROIT A L'IMAGE .....	11
SITUATION HANDICAP .....	12
FICHE INSCRIPTION 1.....	13
PARCOURS COMPLET.....	13
FICHE INSCRIPTION 2.....	14
PARCOURS PARTIEL (BAC PRO ASSP & SAPAT).....	14
FICHE INSCRIPTION 3 .....	15
AUTRES PARCOURS PARTIELS (AMP, Ambulancier, AP.....)	15

## CALENDRIER DES EPREUVES

	IFAS
Mise en ligne des dossiers d'inscription	Dossier en ligne <a href="http://www.lycee-errecart.com/ifas-inscription-et-admission-formation-aide-soignant/">http://www.lycee-errecart.com/ifas-inscription-et-admission-formation-aide-soignant/</a>
Ouverture des inscriptions	Lundi 10 février 2025
Clôture des inscriptions	Vendredi 20 juin 2025
Entretiens	Juin – début juillet 2025

Publication des résultats	<b>07 juillet 2025 à 14H</b> Chaque candidat sera personnellement informé de ses résultats par mail. <b>AUCUN RESULTAT NE SERA DONNE PAR TELEPHONE</b>
Confirmation des candidats	<b><u>Au plus tard le 16 juillet 2025</u></b> <i>Art.8 du 7 avril 2020 : délai de sept jours ouvrés pour valider son inscription en institut de formation en cas d'admission sur liste principale</i>

RENTREE	<b><u>Lundi 25 août 2025 à 09H</u></b>
---------	--

A l'issue de la sélection par dossier, le jury établit une liste de classement de candidats admis par ordre de mérite :

- Une liste principale classe les trente-deux premiers candidats
- Une liste complémentaire classe les autres candidats

## MODALITES D'INSCRIPTION

1. TELECHARGER EN LIGNE, le dossier d'inscription **version papier**
2. Envoi du dossier COMPLETE et COMPLET **par voie postale exclusivement** et au plus tard le 30 juin 2024 minuit (cachet de la poste faisant foi) à :

**Institut JEAN ERRECART**



Secrétariat IFAS

305, Route des écoles

64120 SAINT-PALAIS



### Accusé de réception du dossier d'inscription

Afin de ne pas encombrer nos lignes téléphoniques, si vous voulez vous assurer que votre dossier de candidature a bien été reçu par nos services, merci de nous le transmettre en **recommandé avec accusé de réception.**

Pour information aux candidats :

Nombre de places	Pour SEPTEMBRE 2024	IFAS
Autorisation Conseil Régional	Quota	32

## DISPOSITION GENERALE – Arrêté du 7 avril 2020

Les formations conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant et au diplôme d'Etat d'auxiliaire de puériculture sont accessibles, sans condition de diplôme, par les voies suivantes :

1. La formation initiale, dans les conditions fixées par le présent arrêté ;
2. La formation professionnelle continue, sans conditions d'une durée minimale d'expérience professionnelle, dans les conditions fixées par le présent arrêté ;
3. La validation des acquis de l'expérience professionnelle, dans les conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.


Les candidats doivent être âgés de dix-sept ans au moins à la date d'entrée en formation.

### Constitution du dossier :

- **Fiche d'inscription à remplir en lettres capitales (ne pas plier) : parcours complet ou partiel (Cf pages 10 et 12)**



*La rubrique diffusion des résultats sur Internet **non renseignée** vaut **accord** de diffusion ;*

- Photocopie d'une pièce d'identité recto et verso en cours de validité : Carte d'Identité ou Passeport. Le permis de conduire n'est pas recevable.
- Pour les candidats étrangers hors Union Européenne, une attestation du niveau de langue française requis C1, et un titre de séjour en cours de validité pour toute la période de la formation.
- Photocopie des diplômes détenus.
- Certificat(s) du ou des employeurs attestant de l'exercice professionnel de l'intéressé : **le temps de travail doit être précisé.**
- Attestations de formations continues
  -  Pour les salariés intérimaires ou multi-employeurs, **fournir une attestation unique par employeur (bulletins de salaires non acceptés)**
- Selon la situation du candidat, la copie des originaux de ses diplômes ou titres traduits en français: reconnaissance des diplômes étrangers en France reconnus par ENIC NARIC.
- Les relevés de résultats, appréciations de stages et/ou bulletins scolaires pour les candidats en terminale ou titulaire du baccalauréat (ASSP/SAPAT)
- Attestation France Travail

- Curriculum vitae
  
- Lettre de motivation **manuscrite**
  
- 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 deux pages**
  
- 3 photos d'identité récentes
  
- Copie de la carte d'Assuré social
  
- Le document RGPD et droit à l'image dûment complété et signé.
  
- Un chèque de **100 € libellé à l'ordre de l'Institut Jean Errecart** ; au titre des droits d'inscription à la formation **dès votre admission**
  
- Photocopies : **permis de conduire + Carte grise + attestation d'assurance**

Les candidats peuvent joindre tout autre justificatif valorisant un engagement ou une expérience personnelle (associative, culturelle, sportive, professionnelle...) en lien avec la profession d'aide-soignant.

**Pour les ASHQ, pièces complémentaires à joindre au dossier :**

Sélection par l'employeur et admission directe en formation sur décision du directeur d'IFAS

- **ASHQ justifiant d'un an d'ancienneté** = Attestation de travail justifiant d'une ancienneté de services cumulés d'au moins 1 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
  
- **ASHQ justifiant de 6 mois d'ancienneté et ayant suivi 70 heures de formation continue relative à la participation aux soins d'hygiène, de confort, et de bien-être de la personne âgée** = Attestation justifiant à la fois du suivi de la formation continue de 70 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 cumulés d'au moins 6 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.

## EPREUVES DE SELECTION

Les candidats déposent leur dossier directement auprès de l'institut ou envoient leur dossier par voie postale. Si vous souhaitez vous assurer de la bonne réception du courrier, merci de nous l'envoyer **en recommandé avec accusé de réception.**

Chaque candidat est informé personnellement par courrier de la date de son entretien et de ses résultats définitifs.

Il dispose d'un **délai de sept jours ouvrés pour valider son inscription** en institut de formation en cas d'admission en liste principale.

**Au-delà de ce délai, il est présumé avoir renoncé** à son admission et sa place est proposée au candidat inscrit en rang utile sur la liste complémentaire.

Le bénéfice d'une autorisation d'inscription dans l'une des formations visées au premier alinéa de l'article 1er n'est valable que pour l'année scolaire pour laquelle le candidat a été admis.

Le titre 1er relatif aux « Conditions d'accès à la formation » de l'arrêté du 22 octobre 2005 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant et de l'arrêté du 16 janvier 2006 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'auxiliaire de puériculture est abrogé.

## PRISE EN CHARGE FINANCIERE DE LA FORMATION



Afin de préparer au mieux votre projet, **prenez contact avec votre conseiller-ère en évolution professionnelle (CEP)** en amont de toute démarche.

- Dispositif gratuit et personnalisé.
- Contact CIBC Sud Aquitaine : 09 72 01 02 03

Suivant votre statut, vous pourrez être financé par :

### Le Conseil Régional Nouvelle Aquitaine

Les candidats doivent **OBLIGATOIREMENT**, au moment de l'entrée en formation, être soit :

- Demandeur d'emploi
- Sortir du cursus scolaire

**Et être inscrits à France Travail.**

### Un OCPO si vous êtes (sous conditions) :

- Apprenti.e du secteur privé
- Salarié.e du secteur privé (Pro A) => si évolution ASH vers AS
  - Pour le pro A, les dossiers doivent être monté dès le 1<sup>er</sup> trimestre de l'année civile (janvier-mars).

**Rapprochez-vous rapidement de votre employeur.**

### Par TRANSITION PRO si vous souhaitez (sous conditions) :

- Une reconversion (employeur secteur privé)
- Créer le **dossier au minimum 4 mois avant le début de la formation** et le finaliser 3 mois avant le début de la formation.
  - Exemple : Si la formation débute le 2 septembre, création du dossier au plus tard le 02 mai et finalisation au plus tard le 02 juin.*

### Salarié.e du secteur public

- Rapprochez-vous de votre employeur**



## INFORMATIONS IMPORTANTES

### ADMISSION DEFINITIVE

**L'admission définitive est subordonnée à des vaccinations obligatoires** :Ainsi, le candidat devra produire :

- Au plus tard le jour de la rentrée, un certificat médical émanant d'un médecin agréé 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
- Au plus tard le jour de la rentrée, **un certificat médical attestant qu'il remplit les obligations d'immunisation et de vaccination** prévues le cas échéant par les dispositions du titre Ier du livre Ier de la troisième partie législative du code de la santé publique.

Confère Annexe ci-dessous : liste des vaccinations conformes à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France (cf. article 44 de l'arrêté du 21 avril 2007 modifié).

Ne pourront être **admis** au 1<sup>er</sup> stage, que les élèves pouvant **justifier des deux premières doses** relatives à la vaccination contre **l'hépatite B**, sachant qu'il faut **1 mois entre chaque injection**.

Pour toutes les vaccinations, en plus de la fiche médicale, des **justificatifs** ou **photocopies ducarnet de santé** devront être fournis.

**N'attendez pas les résultats de la sélection, pour vous mettre à jour de vos vaccinations !**

**Faites vérifier vos vaccins par un médecin car être correctement vacciné peut prendre plusieurs mois et compromettre la mise en stage.**



**La vaccination anti-covid est obligatoire depuis le 5 Août 2021**

Dans le cas d'une admission, une preuve vous sera demandée confirmant la réalisation des trois injections contre le COVID 19 (sauf si vous l'avez contracté) = **PASS sanitaire obligatoire**

## INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

- Des frais de tenues professionnelles d'environ 80€ sont à prévoir.
- Durant la scolarité, l'hébergement de l'élève n'est pas assuré par l'Institut.
- L'élève a la possibilité de prendre un repas par jour de formation au self du lycée, pour un prix d'environ : 6€80 par repas.

*Les conditions de ventes sont consultables sur : [Conditions Générales de Ventes \(lycee-errecart.com\)](http://lycee-errecart.com)*

## RGPD et DROIT A L'IMAGE



Document à joindre, complété et signé, à votre dossier d'inscription

---

### RGPD

---

L'Institut Errecart s'engage dans tous les cas à ne pas utiliser, louer, vendre, céder ou mettre à disposition d'un tiers à fin d'autres usages le contenu du présent formulaire. Les données saisies sont envoyées aux organismes associés à la formation. Toute personne pourra exercer ses droits de retrait, de rectification ou de portabilité des données la concernant dans le cadre de la RGPD, en s'adressant directement par courrier à l'établissement, seul responsable de la tenue et de la saisie des informations. <http://www.lycee-errecart.com/conformite-rgpd/>

- J'ai pris connaissance des dispositions concernant la RGPD

---

### DROIT A L'IMAGE

---

Je soussigné (NOM, Prénom) Mme, M. \_\_\_\_\_ né.e le \_\_\_\_\_ demeurant

---

Dans le cadre des enseignements de l'IFAS de l'Institut Jean Errecart, la classe ou l'apprenant.e pourra être photographié.e ou filmé.e.

Ces images pourront être reproduites et exploitées dans le cadre de ses activités (cours, activités pédagogiques, visites d'études, cérémonies, photo de classe, portes ouvertes, événements etc...). Ces photos pourraient faire l'objet d'une diffusion éventuelle sur le site de l'Institut Jean Errecart ou d'autres supports (plaquettes, panneaux pédagogiques, site web, presse...). Dans ce cadre :

- J'autorise la publication de photos et/ou vidéo de ma propre personne.
- Je n'autorise pas la publication de photos et/ou vidéo de ma propre personne.

Fait le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Signature de l'apprenant

## SITUATION HANDICAP



Document à joindre, complété et signé, à votre dossier d'inscription

- Je n'ai pas de besoin particulier.
- J'ai des besoins particuliers et que je souhaite un accompagnement personnalisé.
  - Exemples : durant ma scolarité, j'ai pu avoir un PPRE, PAP, PPS ou j'ai une RQTH, BOETH...

Si oui, préciser :

Si vous souhaitez une prise en compte de vos besoins d'adaptations et/ou d'aménagements, vous devrez signaler votre situation, à l'Institut Jean Errecart, **lors de votre admission** auprès de la **référente handicap** :

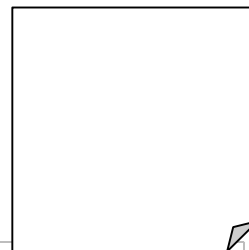
- Claire Collado Larramendy
- 06 77 97 04 21
- [claire.larramendy@cneap.fr](mailto:claire.larramendy@cneap.fr)

Fait le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Signature de l'apprenant

## FICHE INSCRIPTION 1

### PARCOURS COMPLET



<b>NOM (MAJUSCULE)</b>			
<b>NOM D'USAGE (MAJUSCULE)</b>			
Prénom(s)			
Date de naissance		Lieu de naissance	
Permis B	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON • Date d'obtention du permis de conduire :		
Adresse postale			
Code Postal		Ville	
N° de téléphone fixe		N° de Portable	
Adresse mail			

Niveau scolaire	
Diplôme(s) obtenu (s)	
Durée totale de votre expérience professionnelle <i>(toutes activités confondues, en mois)</i>	

SITUATION ACTUELLE - COCHEZ LA CASE CORRESPONDANTE			
<input type="checkbox"/> <b>Elève</b> Etudes suivies (filière)		Etablissement & Ville	
<input type="checkbox"/> <b>Etudiant</b> Etudes suivies		Etablissement & Ville	
<input type="checkbox"/> <b>Salarié</b>	<input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD	<input type="checkbox"/> Secteur public <input type="checkbox"/> Secteur privé	
• Nom et adresse de l'employeur			
• Emploi actuel et <u>ancienneté en mois</u>			
<input type="checkbox"/> <b>Demandeur d'emploi</b> ⇔ <input type="checkbox"/> fournir une attestation			
<input type="checkbox"/> <b>Chômage</b>			
• Dernière activité – <u>ancienneté en mois</u>			

Je, soussigné(e) \_\_\_\_\_  
atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus.

A : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

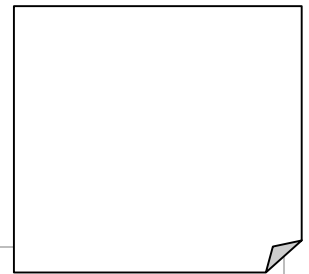
**Signature :**



Diffusion des résultats sur internet :  
 Accord  Refus

## FICHE INSCRIPTION 2

### PARCOURS PARTIEL (BAC PRO ASSP & SAPAT)



<b>NOM</b> (MAJUSCULE)			
<b>NOM D'USAGE</b> (MAJUSCULE)			
Prénom(s)			
Date de naissance		Lieu de naissance	
Permis B	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON • Date d'obtention du permis de conduire :		
Adresse postale			
Code Postal		Ville	
N° de téléphone fixe		N° de Portable	
Adresse mail			

Niveau scolaire	
Diplôme(s) obtenu (s)	
Durée totale de votre expérience professionnelle (toutes activités confondues, en mois)	

**Si BAC ASSP, je souhaiterais me former par apprentissage :  OUI  NON**

Situation Actuelle - Cochez la case correspondante			
<input type="checkbox"/> <b>Elève</b> Etudes suivies (filière)		Etablissement & Ville	
<input type="checkbox"/> <b>Etudiant</b> Etudes suivies		Etablissement & Ville	
<input type="checkbox"/> <b>Je suis en Terminale du BAC PRO Accompagnement, Soins et Services à la Personne (ASSP) ou BAC PRO Services Aux Personnes et Aux Territoires (SAPAT) et je m'engage en parcours partiel</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Je suis titulaire du BAC PRO Services Aux Personnes et Aux Territoires (SAPAT) ou BAC PRO Services Aux Personnes et Aux Territoires (SAPAT) et je m'engage en parcours partiel</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Autres (précisez) :</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Salarié</b>	<input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD	<input type="checkbox"/> Secteur public <input type="checkbox"/> Secteur privé	
• Nom et adresse de l'employeur			
• Emploi actuel et ancienneté en mois			
<input type="checkbox"/> <b>Demandeur d'emploi</b> <input type="checkbox"/> <b>fournir une attestation</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Chômage</b>			
• Dernière activité – ancienneté en mois			

Je, soussigné(e) \_\_\_\_\_  
atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus.

A : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

**Signature :**

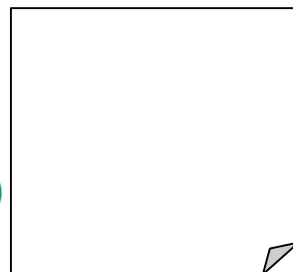


Diffusion des résultats sur internet :

Accord  Refus

## FICHE INSCRIPTION 3

### AUTRES PARCOURS PARTIELS (AMP, Ambulancier, AP....)



<b>NOM</b> (MAJUSCULE)			
<b>NOM D'USAGE</b> (MAJUSCULE)			
Prénom(s)			
Date de naissance		Lieu de naissance	
Permis B	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON • Date d'obtention du permis de conduire :		
Adresse postale			
Code Postal		Ville	
N° de téléphone fixe		N° de Portable	
Adresse mail			

Niveau scolaire	
Diplôme(s) obtenu (s)	
Durée totale de votre expérience professionnelle (toutes activités confondues, en mois)	

SITUATION ACTUELLE - COCHEZ LA CASE CORRESPONDANTE			
<input type="checkbox"/> <b>Elève</b> Etudes suivies (filière)		Etablissement & Ville	
<input type="checkbox"/> <b>Etudiant</b> Etudes suivies		Etablissement & Ville	
<input type="checkbox"/> <b>Autres</b> (précisez)			
<input type="checkbox"/> <b>Salarié</b>	<input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD	<input type="checkbox"/> Secteur public <input type="checkbox"/> Secteur privé	
• Nom et adresse de l'employeur			
• Emploi actuel et <u>ancienneté en mois</u>			
<input type="checkbox"/> <b>Demandeur d'emploi</b> ⇔ <input type="checkbox"/> fournir une attestation			
<input type="checkbox"/> <b>Chômage</b>			
• Dernière activité – <u>ancienneté en mois</u>			

Je, soussigné(e) \_\_\_\_\_  
atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus.

A : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

**Signature :**



Diffusion des résultats sur internet :  
 Accord  Refus

