

INSTITUTS DE FORMATION D'AIDES-SOIGNANTS DU REGROUPEMENT DU DEPARTEMENT DE L' AISNE

ENTREE EN FORMATION AIDE-SOIGNANTE

24 AOÛT 2026

**A destination des agents des services hospitaliers
qualifiés de la fonction publique hospitalière ou les
agents de services**

En référence à l'arrêté du 7 avril 2020 modifié :

CONDITIONS d'ACCES :

Article 11 : « Sont dispensés de l'épreuve de sélection prévue à l'article 2, 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 cumulés 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. »

**UN SEUL DOSSIER D'INSCRIPTION EST A ENVOYER OU A
DEPOSER AU SECRETARIAT DE L'IFAS
DE VOTRE 1^{er} CHOIX**

**POUR LE MARDI 16 JUIN 2026 DERNIER DELAI
(Cachet de la poste faisant foi)**

**LISTE DES INSTITUTS DE FORMATION D'AIDES-SOIGNANTS DU REGROUPEMENT
DU DEPARTEMENT DE L'AISNE**

CODE	I.F.A.S. agréés pour la préparation au DIPLOME d'ETAT d'AIDE-SOIGNANT	Capacité d'accueil
LA	<p>☒ INSTITUT de FORMATION d'AIDES-SOIGNANTS Centre Hospitalier - 27 rue du 13 octobre 1918 – CS 40640 02001 LAON CEDEX</p> <p>☎ 03.23.24.34.98 - ✉ secret.ifsi@ch-laon.fr</p>	33 places dont 20% réservés aux ASHQ
CH	<p>INSTITUT de FORMATION d'AIDES-SOIGNANTS Centre Hospitalier 94 rue des anciens combattants d'AFN et TOM 02303 CHAUNY Cédex</p> <p>☎ 03 23 38 54 46 - ✉ secretariat.ifas@ch-chauny.fr</p>	27 places dont 20% réservés aux ASHQ
PR	<p>☒ INSTITUT de FORMATION d'AIDES-SOIGNANTS Bertrand SCHWARTZ e p s m d. de l'Aisne 02320 PREMONTRE</p> <p>☎ 03.23.23.66.92 - ✉ ifsi@epsmd-aisne.fr</p>	24 places dont 20% réservés aux ASHQ
SQ	<p>☒ INSTITUT de FORMATION d'AIDES-SOIGNANTS Centre Hospitalier - B.P. 608 / 1 avenue Michel de l'Hospital 02321 SAINT QUENTIN CEDEX</p> <p>☎ 03.23.06.73.38 - ✉ ifsi@ch-stquentin.fr</p>	41 places dont 20% réservés aux ASHQ
SS	<p>☒ INSTITUT de FORMATION d'AIDES-SOIGNANTS Centre Hospitalier - 46 Avenue du Général De Gaulle 02209 SOISSONS CEDEX</p> <p>☎ 03.23.75.72.56 - ✉ secretariat.ifsi@ch-soissons.fr</p>	43 places dont 20% réservés aux ASHQ
CT	<p>☒ INSTITUT de FORMATION d'AIDES-SOIGNANTS Centre Hospitalier – 19 Ter Rue Jules Maciet 02400 CHATEAU THIERRY</p> <p>☎ 03.23.84.20.02 - ✉ secretariat.ifsi-ct@ch-soissons.fr</p>	20 places dont 20% réservés aux ASHQ

**DOSSIER D'INSCRIPTION des
AGENTS des SERVICES HOSPITALIERS QUALIFIES de la FONCTION
PUBLIQUE HOSPITALIERE ET LES AGENTS DE SERVICE**

Cochez la case correspondante :

- Je justifie d'une ancienneté de services cumulée d'au moins un an en équivalent temps plein
- Je justifie 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 cumulées d'au moins six mois en équivalent temps plein

NOM de naissance :

NOM d'usage (marital) :

PRENOM(S) :

Jour / Mois / Année

DATE de NAISSANCE : / ___ / ___ / ___ Sexe : M F

LIEU de NAISSANCE :CODE POSTAL : / ___ / ___ / ___ / ___ /

ADRESSE :

.....

CODE POSTAL / ___ / ___ / ___ / ___ / VILLE.....

TELEPHONE / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / PORTABLE / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ /

EMAIL (**en Majuscules**)

NOM et ADRESSE de l'établissement d'origine

L'agent autorise le service organisateur à publier son nom et prénom sur Internet dans le cadre de la diffusion des résultats : OUI NON

**COLONNE RESERVEE à
l'ADMINISTRATION**

Dossier Complet

OUI () NON ()

/ ___ / ___ / 2026

TAMPON de l'IFAS

Documents à fournir dans l'ordre ci-dessous POUR LE 16 JUN 2026 AU PLUS TARD :			
	Vérification par :		
	Candidat		IFSI
Carte d'identité ou passeport ou titre de séjour en cours de validité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Curriculum vitae à jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diplômes (Précisez lesquels AINSI que l'année d'obtention) - -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lettre de motivation manuscrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attestation de l'employeur précisant la date d'exercice de l'agent en qualité d'ASHQ ainsi que le temps de travail (Temps complet ou temps partiel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attestation de l'employeur relative à la prise en charge du coût de formation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attestation de formation ASH 70 H (si cela est le cas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CHOIX DES INSTITUTS DE FORMATION D'AIDES-SOIGNANTS :

Indiquez **obligatoirement les 6 codes des Instituts** dans l'ordre de vos préférences (non modifiable)
(Si les 6 IFAS n'apparaissent pas, votre dossier sera considéré incomplet)

/ ___ / / ___ / / ___ / / ___ / / ___ / / ___ /
1^{ER} choix 2^{ème} choix 3^{ème} choix 4^{ème} choix 5^{ème} choix 6^{ème} choix

L'agent soussigné certifie sur l'honneur avoir donné des renseignements exacts.

Date du : / ___ / ___ / 2026

Signature de l'agent :

Dossier à envoyer

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

CIVILITE : Madame Monsieur

NOM de naissance : NOM d'usage (marital) :

Prénom (s) :

Cochez la case correspondante :

Je justifie d'une ancienneté de services cumulée d'au moins un an en équivalent temps plein

Je justifie 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 cumulées d'au moins six mois en équivalent temps plein

SITUATION ADMINISTRATIVE

Diplômes ou Titre obtenus	Année d'obtention

Vous êtes salarié(e) :

Emploi occupé :

CDD CDI Autre contrat, précisez :

Employeur :

Adresse de l'employeur :

.....

Prise en charge de la formation par l'employeur OUI NON.

SI OUI, FOURNIR UNE ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR

Je soussigné(e), atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document.

Fait à le :

Signature de l'agent

