

Dossier d'inscription à l'entrée en Formation Aide-Soignante Promotion 2026-2027

Inscription sur RDV, veuillez contacter le secrétariat au
04 67 35 31 83, le dossier sera à rapporter complet et conforme pour
validation de votre inscription.

Dates inscriptions :

20/07/2026

21/07/2026

22/07/2026

Nous contacter :

IFMS du CHB
21 boulevard Kennedy
34 500 BEZIER

Tél : 04 67 09 21 60

Mail : ifms@ch-beziers.fr

Site : www.ifsibeziers.fr

Informations Pratiques :

- Une photo sera réalisée le jour de votre inscription administrative, merci d'adapter votre tenue.
- L'Institut de Formation aux Métiers de la Santé sera fermé :

Du 03/08/2026 au 16/08/2026 inclus

- En cas de désistement, de demande d'informations, de report d'entrée en formation, d'envoi de documents ou toute autre question, merci de nous adresser un mail à l'adresse suivante :

ifms@ch-beziers.fr

- La rentrée scolaire aura lieu le 31 Aout 2026 pour la formation Aide-Soignante.
- Le règlement intérieur, le projet pédagogique et le déroulé calendaire de l'IFMS pour 2026-2027 seront mis en ligne sur notre site internet au plus tard le vendredi 21 août 2026, vous devrez en prendre connaissances pour la rentrée.

Comme indiqué dans le dossier d'inscription à la sélection, votre vaccination contre l'hépatite B doit être à jour au plus tard avant l'entrée en stage.
En cas contraire, votre formation sera suspendue.

Aucun stationnement n'est autorisé dans l'enceinte de l'établissement

ainsi que sur les parkings privés ou commerçants alentours, sous peine de mise en fourrière.

LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR



TOUTES LES PIÈCES DEMANDÉES SONT ATTENDUES LORS DE VOTRE INSCRIPTION ADMINISTRATIVE.

DANS LE CAS CONTRAIRE, VOTRE INSCRIPTION SERA CONFIRMÉE UNIQUEMENT À RÉCEPTION DE LA TOTALITÉ DES PIÈCES.

FICHES DU DOSSIER D'INSCRIPTION À TÉLÉCHARGER, À COMPLÉTER, À SIGNER ET À FOURNIR

- ☐ Fiche d'inscription (page 5 et 6)
- ☐ Fiche de renseignement de prise en charge financière de formation (page 11)
- ☐ Fiche de renseignement pour les stages (page 15)
- ☐ Certificat médical d'aptitude complété, signé et tamponné par un **Médecin Agréé validé par l'ARS** (modèle page 9)
NB : les listes des médecins agréés sont disponibles sur les sites des ARS de votre Département ou site notre site internet à l'onglet infos pédagogiques
- ☐ Attestation d'assurance responsabilité civile (modèle page 7)
- ☐ Fiche de renseignement pour les allègements ASHQ/Agent de service (**obligatoire pour tous**, page 13)
- ☐ Dossier du service de santé au travail, à *faire compléter et signer par votre Médecin Traitant* (page 19 à 21)

DOCUMENTS À FOURNIR

- ☐ 2 photocopies **sur une feuille au format A4** de votre pièce d'identité avec photo, recto/verso **en cours de validité** : Carte Nationale d'Identité ou Passeport pour les candidats français ; Carte de séjour avec la mention « Autorisé à travailler » pour les candidats étrangers (La présence en formation est possible uniquement durant la validité du titre de séjour)
Pour information, vous ne pourrez être présenter au Diplôme d'Etat sans pièce d'identité valide au moment de la diplomation, nous vous conseillons donc de faire renouveler dès maintenant votre pièce d'identité si celle-ci n'est plus valide à la date de fin de formation.
- ☐ 1 attestation de **désinscription ou de non-inscription de Parcoursup** fournie automatiquement au candidat sur la plateforme (que vous y soyez inscrit ou pas)
- ☐ 2 copie de votre / vos diplôme(s) obtenu(s), le cas échéant (ainsi que l'attestation délivrée par le site : <https://diplome.gouv.fr/sanddiplome/login> confirmant la validité de votre diplôme)
Merci de vous présenter avec l'original de votre/vos diplômes

SELON VOTRE SITUATION, MERCI DE FOURNIR OBLIGATOIREMENT L'UN DES JUSTIFICATIFS SUIVANTS :

- ☐ Un certificat de scolarité (année 2025-2026)
- ☐ Ou une « Notice d'inscription à France Travail » et un « Avis de situation » disponible sur votre espace personnel France Travail
- ☐ Ou une attestation d'accord de financement pour une autre prise en charge (employeur / OPCO / financement personnel / autre)

LE CAS ECHEANT

- ☐ Attestation des 2 parents ou du tuteur/tutrice légal.e pour les élèves mineures/mineurs à l'entrée en formation (page 17)
- ☐ **Si vous en êtes titulaire**, 1 copie de l'Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgences Niveau 2 (AFGSU) datant de moins de 4 ans.

AUCUNE PHOTOCOPIE NE SERA REALISEE SUR PLACE.

FICHE D'INSCRIPTION FORMATION AIDE-SOIGNANT.E

PROMOTION 2026-2027

(MERCI D'ECRIRE LISIBLEMENT EN MAJUSCULE)

INFORMATIONS DURANT LA SCOLARITE

Madame ☐ Monsieur ☐

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :Autres Prénoms :

Né.e le :à :N°dép :

Nationalité :

Adresse :

Code Postal :Ville :

Numéro de Plaque d'immatriculation :

Régime d'assurance maladie :

CPAM : ☐oui ☐non **Autre :** ☐oui ☐non à préciser :

Portable : ____/____/____/____/____ Fixe : ____/____/____/____/____

Merci de créer, pour la durée de la formation, une adresse mail selon le modèle suivant :
nomdenaissance.prénom.ifas@gmail.com (à inscrire ci-dessous)

Email :ifas@gmail.com (ECRIRE EN MAJUSCULE)

- Avez-vous besoin d'un aménagement de temps de formation ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, fournir le justificatif de reconnaissance MDPH.

DIPLOME(S) A L'INSCRIPTION

- | | |
|---|---------------------|
| ☐ Baccalauréat ASSP | Année d'obtention : |
| ☐ Baccalauréat SAPAT | Année d'obtention : |
| ☐ Diplôme d'Aide Médico-Psychologique | Année d'obtention : |
| ☐ DE Auxiliaire de Puériculture | Année d'obtention : |
| ☐ Diplôme d'Accompagnant Educatif et Social | Année d'obtention : |
| ☐ Diplôme D'auxiliaire de Vie Sociale | Année d'obtention : |
| ☐ Titre Professionnel d'Assistant de Vie aux Familles | Année d'obtention : |
| ☐ Titre professionnel d'Agent de Service Médico-Social | Année d'obtention : |
| ☐ Diplôme d'Ambulancier | Année d'obtention : |
| ☐ Diplôme d'Assistant de Régulation Médicale | Année d'obtention : |
-
- | | |
|---|--------------------------|
| ☐ Autre diplôme niveau IV (à préciser) : | Année d'obtention : |
| ☐ Diplôme sanitaire et social niveau V : | Année d'obtention : |
| ☐ Mention complémentaire d'aide à domicile | Année d'obtention : |
| ☐ Candidat inscrit en terminale : Série : | Année d'obtention : 2026 |
| ☐ Baccalauréat : Série : | Année d'obtention : |
| ☐ Année d'obtention : | Année d'obtention : |
| ☐ Autres (à préciser) : | Année d'obtention : |
| ☐ Sans diplôme | |

Titulaire de l'AFGSU de niveau II : ☐non ☐oui, date :

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom et Prénoms Personne 1 :

Lien (père / mère / conjoint / autre à préciser) :

Adresse :

.....

Code Postal : Ville :

Portable : ____/____/____/____/____ Fixe : ____/____/____/____/____

Nom et Prénoms Personne 2 :

Lien (père / mère / conjoint / autre à préciser) :

Adresse :

.....

Code Postal : Ville :

Portable : ____/____/____/____/____ Fixe : ____/____/____/____/____

ATTESTATION DE RESPONSABILITE CIVILE (MODELE)

Je soussigné Société
(Nom de la Compagnie d'assurance) atteste que M. / Mme. (NOM et Prénoms de l'assuré/assurée)
.....
est assuré/assurée dans le cadre de ses études d'Aide-Soignante et ce durant l'année scolaire
2026-2027 tant lors **des stages que des :**

- ☐ Trajets occasionnés par ceux-ci ;
- ☐ Accidents corporels causés aux tiers ;
- ☐ Accidents matériels causés aux tiers ;
- ☐ Dommages immatériels.

Nom du contrat d'assurance

.....

Numéro de contrat

.....

Fait à

.....

Le

.....

Cachet et signature de la Compagnie
d'Assurance

En l'absence de ces mentions, votre Responsabilité Civile ne pourra être acceptée. Nous vous prions donc de vous présenter, le jour de l'inscription, muni(e) d'une attestation d'assurance les incluant explicitement

NE RIEN INSCRIRE SUR CETTE PAGE

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE

Je, soussigné/soussignée Docteur/Docteure.....,
médecin agréé du département deatteste que
M.....
ne présente pas de contre-indication physique ou psychologique à l'exercice de la
profession **d'Aide-Soignante**.

Fait à

Le

Signature et cachet du Médecin Agréé validé par l'ARS

**NE RIEN INSCRIRE SUR
CETTE PAGE**

Fiche de renseignements de prise en charge financière de la Formation AS Promotion 2026-2027

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénoms :

N° de sécurité sociale avec clef :

CURSUS DE LA FORMATION AS 2026-2027

- ☐ Complet
- ☐ Allègement diplôme : Année :
- ☐ ASH.Q/Agent de service
- ☐ Diplôme le plus élevé détenu à ce jour par l'élève : Année : Niveau : ...
- ☐ Aucun diplôme détenu à ce jour

STATUT A L'ENTREE EN FORMATION A LA DATE DE LA RENTREE DU 31/08/2026

- ☐ Poursuite de Scolarité
- ☐ Demandeur d'emploi
 - o Date d'inscription :/...../.....
 - o N° identifiant France Travail :
 - o Indemnisation : oui ☐ non ☐
- ☐ Salarié.e en CDI ou Fonctionnaire en activité
- ☐ Salarié.e en CDI ou Congé sans solde ou fonctionnaire en disponibilité
- ☐ Contractuel, CDD en activité
- ☐ Contractuel, CDD en congé sans solde
- ☐ CDI, CDD en congé parental
- ☐ Autres :

COUT PEDAGOGIQUE DE LA FORMATION PRISE EN CHARGE PAR

- ☐ La Région
- ☐ Employeur / OPCO
 - o Nom :
 - o Adresse :
 - o Téléphone :
 - o Personne de contact au RH :
 - o Adresse mail RH, service formation (OBLIGATOIRE) :@.....
- ☐ Financement personnel (virement bancaire/CB)
 - o Montant :

CADRE RESERVE A L'IFMS

- ☐ Kairos
- ☐ Bourses o Oui / Non
- ☐ PPH o CHB / CH
- ☐ Transition Pro
- ☐ OPCO
- ☐ Autres
- ☐ Financement personnel

Le signataire atteste la sincérité de tous les renseignements portés sur le présent document et s'engage à informer l'IFMS de tout changement.

Fait à :

Le :

Signature :

NE RIEN INSCRIRE SUR
CETTE PAGE

Allègement ASHQ

Nom de Naissance :

Nom d'usage :

Prénoms :

Dans le cadre des allègements de formation, conformément à l'article 15 du chapitre 3 de l'arrêté du 10 juin 2021, relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'aide-soignant, vous pouvez bénéficier d'un allègement de votre parcours et formation.

« art15-les agents des services hospitaliers qualifiés de la fonction publique hospitalière et les agents de service mentionnés [au 2° de l'article 11 de l'arrêté du 7 avril 2020](#) modifié susvisé sont dispensés de la réalisation d'une période de stage de cinq semaine mentionnée à l'article 3 du présent arrêté. »

« [2°](#) les agents des services hospitaliers qualifiés de la fonction publique hospitalière et les agents de service justifiant à la fois du suivi de 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 établissement sanitaire et médico-sociaux des secteurs public et privé ou dans des services d'accompagnement et d'aide au domicile des personnes. »

☐ Je confirme avoir suivi la formation de 70 heures pour les ASHQ/ASH/agent de service, **avant août 2022** et avoir au minimum 6 mois d'ancienneté dans une structure de soins*

durée d'exercice :

Lieu d'exercice :

☐ Non concerné

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations.

Date :/...../.....

Signature :

*** joindre obligatoirement l'attestation de formation des 70 heures**

NE RIEN INSCRIRE SUR CETTE PAGE

Fiche de renseignements pour les stages AS 2026-2027

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénoms:.....

Adresse à l'inscription :

.....

Adresse durant la formation :

.....

Afin de construire un parcours de stage favorisant au mieux votre formation, merci de compléter le tableau ci-dessous (**expérience professionnelle/stage dans le domaine sanitaire et/ou social et/ou médico-social d'au moins 3 mois**) :

Profession	Etablissement	Service	Temps d'exercice (mois et année)
Exemple : AS	Centre Hospitalier de Béziers	Urgences	3 ans et 4 mois

Les stages sont :

- Organisés et planifiés par l'IFMS,
- S'effectuent sur l'Hérault et les départements limitrophes, **Vous devez donc être autonome dans vos déplacements,**
- Les horaires correspondent aux horaires de service (matin, soir, nuit, coupé, week-end ...). **Vous devez donc vous rendre disponible sur les horaires organisés par le service,**

Je soussigné, atteste avoir pris connaissance des informations relatives aux stages et m'engage à être autonome lors de ma formation, tant pour venir en cours que pour me rendre sur mes lieux de stage. J'atteste de la véracité de la complétude de ce document.

Fait à :

Le :

Signature :

NE RIEN INSCRIRE SUR CETTE PAGE

ATTESTATION DES PARENTS / TUTEUR LEGAL POUR UN ELEVE MINEUR LE JOUR DE LA RENTREE

Nom et Prénom de l'élève :

Nous soussignés :

Le père : Nom

Prénom

Adresse postale :

Numéro de téléphone :

La mère : Nom Prénom

Adresse postale :

Numéro de téléphone :

Le tuteur/tutrice légal (le cas échéant) :

Nom Prénom

Adresse postale :

Numéro de téléphone :

- ☐ Acceptons que notre enfant, mineur le jour de la rentrée, effectue les vaccinations obligatoires (cf. se rapporter au passeport médical p.19-22) ;
- ☐ Autorisons la Direction de l'IFMS à déclencher la prise en charge médicale immédiate de notre enfant, mineur le jour de la rentrée, en cas d'accident du travail et/ou en cas d'urgence ;
- ☐ Attestons que notre enfant, mineur le jour de la rentrée, sera autonome pour effectuer ses stages qui se situent sur l'ensemble de la Région (ex. Languedoc Roussillon) dont les horaires de début et fin de journée de stage peuvent être variables et peuvent se dérouler sur les 7 jours de la semaine.

Fait à :

Le :

Le père

Fait à :

Le :

La mère

Fait à :

Le :

Le tuteur/tutrice légal (le cas échéant)

Signature

Signature

Signature

NE RIEN INSCRIRE SUR CETTE PAGE

PARTIE A RESTITUER POUR LE SERVICE DE SANTE AU TRAVAIL

DOSSIER SERVICE DE SANTE AU TRAVAIL ELEVES AS

Merci de consulter dès à présent votre médecin traitant avec ce document, pour mise à jour des vaccinations.

LE PASSEPORT MEDICAL (page 20) est à faire remplir par votre médecin traitant.

Le jour de l'inscription à l'IFMS, merci d'apporter :

- La **fiche de renseignements** remplie (page 20)
- Le **PASSEPORT MEDICAL** complété par **votre Médecin Traitant** (page 21)
- Les photocopies des **pages vaccinations** et la photocopie de la **page Maladies Infantiles** du carnet de santé
- Les résultats de la **sérologie complète de l'Hépatite B** (prise de sang à faire)

Pour tous renseignements vous pouvez joindre le **Service de Santé au Travail** :

- ☒ 04 67 35 70 13 Secrétariat
- ☐ 04 67 35 74 29 Section infirmière (Infirmière Vanessa STERN)
- ☒ 04 67 35 74 29 Section Aide-Soignante ou Auxiliaire de Puériculture (Infirmière Corinne BERTIGNON)

Formation Aide-Soignant.e - Promotion 2026-2027

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Nom (de naissance) :

Nom d'usage :

Prénoms :

Sexe : Femme ☐ Homme ☐

Né(e) le :

Ville : N° Dép :

Pays :

Nationalité :

Célibataire ☐ Concubinage ☐ Séparé.e ☐ Divorcé.e ☐ Marié.e ☐ Veuf / Veuve ☐

Adresse durant votre scolarité :

.....

Téléphone :

Mail :

Numéro de sécurité Sociale :

Enfants : (Nom, Prénom, Date de naissance)

.....

Avez-vous une Reconnaissance Travailleur Handicapé – **RQTH** ? oui ☐ non ☐

Si oui du au

Rentrée en **Promotion Professionnelle Hospitalière** ? oui ☐ non ☐

Si oui, Employeur

.....

Section d'étude : ☒ **Aide-Soignant.e 2026-2027**

Formation Aide-Soignant.e - Promotion 2026-2027

PASSEPORT MEDICAL

(à faire remplir par votre Médecin Traitant)

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénoms : Date de Naissance :

Section : ☒ Aide-Soignant.e

La vaccination Hépatite B (OBLIGATOIRE) 3 injections sont nécessaires et une immunisation obligatoire avant le départ en stage	1^{ère} injection, date : 2^{ème} injection, date : 3^{ème} injection, date : Injection(s) supplémentaire(s) :
Sérologie de l'Hépatite B (OBLIGATOIRE) Faire la sérologie de l'hépatite B après la 3^{ème} injection (attendre au moins 6 semaines après cette 3^{ème} injection)	Sérologies, date : Résultats : Ag HBS : Ac anti-HBS : Ac anti-HBC :
Rappel DTP ou DTPC (si rappel à faire, privilégier le DTPC)	Date : Nom du vaccin :
La vaccination BCG n'est plus obligatoire Merci de noter la date en cas de vaccination	Date BCG :
Tubertest ou IDR datant de moins de 3 mois (si négatif, ne pas refaire de BCG)	Date tubertest : Résultat (en mm) :
ROR(vaccination recommandée) Nécessaire pour l'aptitude en pédiatrie, maternité et crèche	Date ROR 1^{ère} injection : 2^{ème} injection : Contre-indication en cas de grossesse
Maladies infantiles contractées (noter la date si connue)	Varicelle : ☐ oui ☐ non ; Date : Rougeole : ☐ oui ☐ non ; Date : Rubéole : ☐ oui ☐ non ; Date : Oreillons : ☐ oui ☐ non ; Date :

A réalisé(e) une sérologie Hépatite B le/...../..... et est considéré(e), selon les conditions définies au verso, comme :

- **immunisé(e) contre l'Hépatite B** ☐oui ☐non

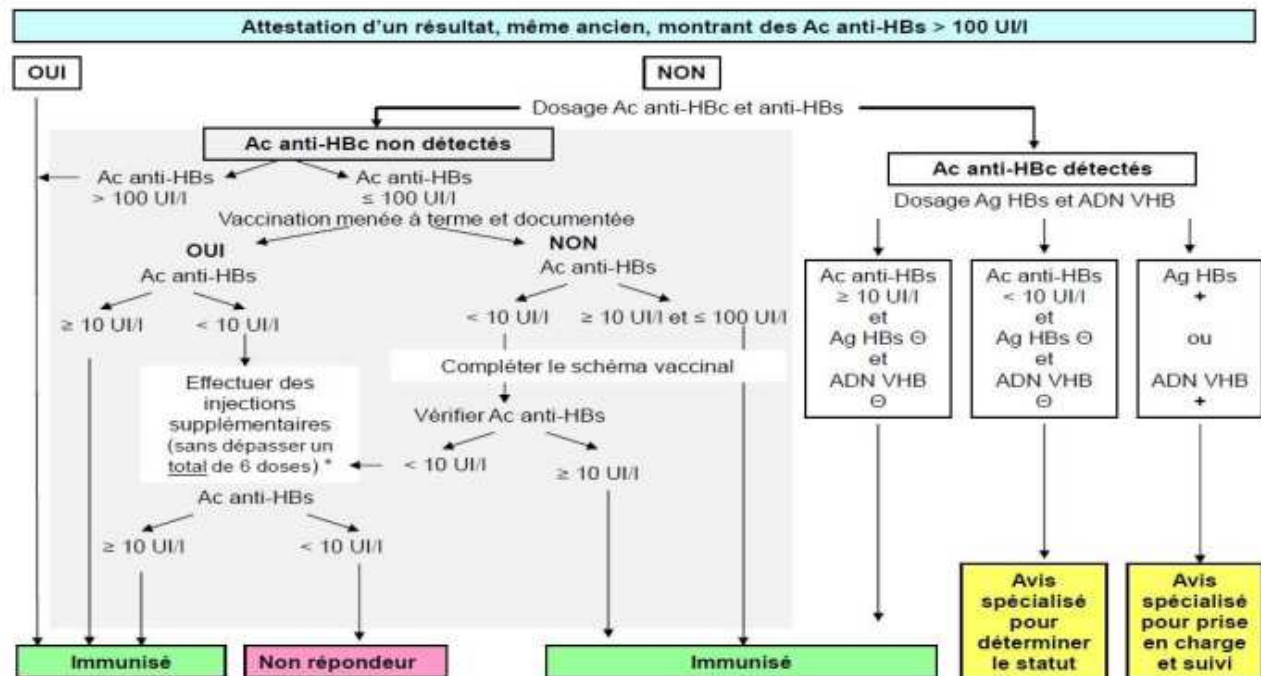
- **non répondeur(se) à la vaccination (après l'administration de 6 doses)** ☐oui ☐non

Fait à, le.....Signature et cachet :

Tout apprenant ne répondant pas à ces obligations vaccinales ne sera pas admis en stage. Il Convient de procéder dans les plus brefs délais aux vaccinations obligatoires et/ou à une sérologie Hépatite B avant l'entrée en stage.

Formation Aide-Soignant.e - Promotion 2026-2027

Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 et dont les conditions sont fixées par l'arrêté du 2 août 2013



* Sauf cas particulier voir 4° de l'annexe 2 de l'arrêté

Légende : Ac : anticorps ; Ag : antigène ; VHB : virus de l'hépatite B