

Dossier d'inscription Institut de Formation D'Aide-Soignant en alternance

En référence à l'arrêté du 7 avril 2020 modifié par les arrêtés du 12 avril 2021
et le 10 juin 2021 relatif aux modalités d'admission en IFAS



INFORMATIONS PERSONNELLES



NOM :

Prénom :

Âge: |_|_|

Date de naissance : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

Nationalité :

Nom de jeune fille :

N° de sécurité sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Situation familiale :

Nombre d'enfants : |_|_|

Adresse :

Code postal : |_|_|_|_|_| Ville :

Téléphone Portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Fixe : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

E - mail :

Votre situation :

Afin de vous offrir un accompagnement personnalisé, merci de nous préciser si vous êtes porteur d'un handicap, afin que celui-ci n'impacte pas votre apprentissage, tant sur le plan théorique que pratique.

- RQTH :

☐ oui ☐ non

- Troubles dyslexiques et autres troubles des apprentissages :

☐ oui ☐ non

Travaillez-vous actuellement ?

Oui ☐ Non ☐

Êtes-vous demandeur d'emploi inscrit à France Travail ?

Oui ☐ Non ☐

- Si oui, N° identifiant France Travail :
- Date d'inscription à France Travail :



FORMATIONS

Vous êtes :

- ☐ Titulaire d'un BAC, lequel
- ☐ Titulaire d'un ☐ BAC PRO ASSP ou ☐ BAC SAPAT
- ☐ Titulaire d'un CAP ou BEP sanitaire et sociale, lequel
- ☐ Titulaire d'autres diplômes, lesquels.....
- ☐ Titulaire d'un diplôme étranger permettant l'accès à l'université
- ☐ En cours de formations ou d'études, lesquels
- ☐ Sans diplômes, ni titres



CONDITIONS D'ADMISSION

- ☐ Avoir conclu un contrat d'apprentissage auprès d'un établissement de santé
- ☐ Être reconnu apte à exercer le métier d'aide-soignant par un médecin agréé
- ☐ Fournir un certificat médical de vaccination : DT POLIO - Hep B - IDR à la Tuberculine
- ☐ Avoir entre 17 et 29 ans

Pour les candidats de plus de 29 ans merci de bien vouloir vous rapprocher de l'IFAS pour étude particulière de votre cas



PIÈCES À FOURNIR

- ☐ Une photocopie d'une pièce d'identité ou d'un titre de séjour
- ☐ Un curriculum vitae
- ☐ 4 photos d'identité récente dont une à accrocher en haut de ce dossier
- ☐ Certificat d'aptitude délivré par un médecin agréé
- ☐ Copie des diplômes
- ☐ Si absence de diplôme, fournir l'attestation niveau B2 Français
- ☐ Un document manuscrit relatant votre projet professionnel en lien avec la formation aide-soignant (*motivation, parcours personnel, ce qui vous a amené à candidater au sein de l'IFAS*) 2 pages attendues
- ☐ Attestation fonction ASHQ si obtenue
- ☐ L'attestation d'autorisation de diffusion des résultats sur internet (ci - joint)
- ☐ Chèque de Caution de 50€ à l'ordre de l'IFAS CFA Fondation Alia pour la tenue professionnelle

NB : Aucun frais d'inscription

DATE DE CLÔTURE DES INSCRIPTIONS : 12 juin 2026

(Cachet de la poste faisant foi)

AFFICHAGE DES RESULTATS : 1^{er} Juillet 2026 à 14h

RENTREE : 26 août 2026

DOSSIER À RETOURNER À L'ADRESSE SUIVANTE :

IFAS Fondation Alia

47 Place Saint François de Sales

74130 BONNEVILLE

/!\TOUT DOSSIER INCOMPLET OU MAL RENSEIGNÉ SERA REJETÉ

Fait à

Le

Signature du candidat

AUTORISATION DE DIFFUSION DES RÉSULTATS D'ADMISSION À L'ENTRÉE EN FORMATION D'AIDE SOIGNANT PAR APPRENTISSAGE

Je soussigné(e)
(Nom de naissance + Prénom)

Né(e) le : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|

À

☐ Autorise

☐ N'autorise pas

**L'Institut de formation d'Aide-Soignant de la fondation Alia à
diffuser les résultats d'admissibilité et / ou d'admission sur le site
internet de la Fondation Alia**

Fait à

Le

Signature

*Les résultats d'admission seront communiqués sur le site internet et affiché à
l'IFAS, le mercredi 1^{er} juillet 2026 à 14H*