



## IMPORTANT – À LIRE ATTENTIVEMENT AVANT DE DÉPOSER VOTRE DOSSIER D'INSCRIPTION

- Date limite de dépôt du dossier :

**18 JUIN 2026 À 17H**

Dossier d'inscription pour la rentrée du 31 Août 2026

**Pour les AGENTS DE SERVICES HOSPITALIERS qualifiés de la fonction publique hospitalière ou les agents de services merci de remplir le feuillet n°5**

- Transmission des informations

Toutes les informations importantes (convocations, planning, consignes) vous seront transmises par mail.

Seuls les candidats ne disposant pas de mail recevront les documents par courrier, sur demande expresse.

- Règlement d'admission

Le règlement complet d'admission est disponible sur notre site internet.

Il est impératif de le lire attentivement avant de déposer votre dossier.

- Dépôt du dossier d'inscription (le retrait de dossiers en version papier est possible)

Votre dossier complet doit inclure toutes les pièces justificatives demandées.

**Les documents doivent être scannés et regroupés en un seul fichier PDF.**

Le fichier est à transmettre via le formulaire dédié ou par mail selon les consignes.

- Vaccinations pour l'entrée en formation et suivi médical des apprenants

Voir feuille numéro 7

**MERCI DE VÉRIFIER L'EXACTITUDE DE VOS INFORMATIONS ET DE BIEN RESPECTER LES CONSIGNES POUR ÉVITER TOUT REJET DE VOTRE DOSSIER.**



# DOSSIER D'INSCRIPTION AU DEAS

ACDEMES  
ACCOMPAGNEMENT COMPÉTENCES DÉVELOPPEMENT MÉTIERS DE LA  
SOLIDARITÉ

RENTRÉE AIDE-SOIGNANT(E) SEPTEMBRE 2026

CADRE RÉSERVÉ ACDEMES :

<input type="checkbox"/> FORMATION CONTINUE	<input type="checkbox"/> FORMATION INITIALE	
<input type="checkbox"/> RS1	<input type="checkbox"/> ARE	AUTRE :...
<input type="checkbox"/> PÉRIMÈTRE	<input type="checkbox"/> HORS PÉRIMÈTRE	
<input type="checkbox"/> PARCOURS COMPLET	<input type="checkbox"/> PARCOURS PARTIEL	
<input type="checkbox"/> AGENT DE SERVICE HOSPITALIER		

## INFORMATIONS PERSONNELLES

- NOM DE NAISSANCE : .....
- NOM D'USAGE : .....
- PRÉNOM : .....
- DATE DE NAISSANCE : .....
- LIEU DE NAISSANCE : .....
- NATIONALITÉ : .....
- GENRE :    HOMME  FEMME
- NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE : .....
- CAISSE D'AFFILIATION ET ADRESSE :  
.....

## COORDONNÉES

- ADRESSE POSTALE: .....
- CODE POSTAL: .....
- VILLE : .....
- TÉLÉPHONE PORTABLE : .....
- TÉLÉPHONE FIXE (SI APPLICABLE) : .....
- EMAIL (EN MAJUSCULE) : .....



## SITUATION ADMINISTRATIVE ET PROFESSIONNELLE

- STATUT ACTUEL :

- ÉTUDIANT(E)
- SALARIÉ(E)
- DEMANDEUR(EUSE) D'EMPLOI
- SERVICE CIVIQUE

AUTRE : .....

- DERNIÈRE CLASSE SUIVIE :

- PRIMAIRE, 6IÈME, 5IÈME, 4IEME, CPA, CCPN OU CLIPA
- 3ÈME OU PREMIÈRE ANNEE DE CAP OU BEP
- 2NDE, 1ÈRE ANNÉE DE CAP OU BEP
- TERMINALE
- 1ÈRE OU 2ÈME ANNEE DE DEUG, DUT, BTS, ECOLE SANITAIRE OU SOCIALE
- CLASSE DE 2IEME OU 3IEME CYCLE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR

- DATE À LAQUELLE VOUS AVEZ QUITTÉ VOTRE FORMATION INITIALE  
(DERNIÈRE CLASSE SUIVIE) : .....

- DIPLÔME OBTENU LE PLUS ÉLEVÉ : .....

- DATE D'OBTENTION : .....

- PROFESSION ACTUELLE (SI APPLICABLE) : .....

- ADRESSE DE L'EMPLOYEUR :

.....

- TYPE DE CONTRAT : .....

### VOUS ETES ACTUELLEMENT OU AVEZ EFFECTUE UN SERVICE CIVIQUE

- DATE DE DEBUT : .....

- DATE DE FIN : .....



## SITUATION ADMINISTRATIVE ET PROFESSIONNELLE

- VOUS ÊTES BÉNÉFICIAIRE DU RSA
- INSCRIT À FRANCE TRAVAIL
- DEMANDE D'INSCRIPTION EN COURS
- NUMÉRO FRANCE TRAVAIL : .....

DATE D'INSCRIPTION : .....

VOUS ÊTES INDEMINISÉ

ARE

ASS

AUTRE : .....

DATE DE DÉBUT DE L'INDEMNISTATION

DATE DE FIN DE L'INDEMNISATION

VOUS N'AVEZ JAMAIS TRAVAILLÉ

VOUS AVEZ UN FINANCEMENT D'ENTREPRISE

VOUS BÉNÉFICIEZ D'UN FINANCEMENT DE RECONVERSION

VOUS BÉNÉFICIEZ D'UN FINANCEMENT CPF

## SITUATION FAMILIALE

CÉLIBATAIRE

MARIÉ(E)

PACSÉ(E)

DIVORCÉ(E)

UNION LIBRE

SÉPARÉ(E)

VEUF(VE)

- NOMBRE D'ENFANTS À CHARGE : .....



## INFORMATIONS SPÉCIFIQUES (SI APPLICABLE)

- BESOINS PARTICULIERS (HANDICAP, ACCESSIBILITÉ ETC..)

OUI

NON

- SI OUI, PRÉCISEZ : .....

.....

## PIÈCES JOINTES À FOURNIR *Si vous êtes ASHQ, reportez vous directement au feuillet 5 ci-dessous*

COPIE D'UNE PIÈCE D'IDENTITÉ

CURRICULUM VITAE (CV)

LETTRE DE MOTIVATION MANUSCRITE

DIPLÔME OBTENU (COPIE)

ATTESTATION DE SITUATION FRANCE TRAVAIL (SI APPLICABLE )

ATTESTATION DE DROIT À L'ASSURANCE MALADIE

EXTRAIT DU CASIER JUDICIAIRE B3

CERTIFICAT MÉDICAL ET VACCINATIONS **(VOIR PAGE 7 "INFORMATIONS")**

DOCUMENT MANUSCRIT DE DEUX PAGES **(VOIR PAGE 7 "INFORMATIONS")**

## DÉCLARATION ET SIGNATURE

JE SOUSSIGNÉ(E)

CERTIFIE QUE LES INFORMATIONS FOURNIES DANS CE DOCUMENT SONT EXACTES ET COMPLÈTES.

JE M'ENGAGE À INFORMER L'ORGANISME DE FORMATION DE TOUT CHANGEMENT DE SITUATION POUVANT AFFECTER MA CANDIDATURE.

• FAIT À : .....

• SIGNATURE DU CANDIDAT :

• LE : .....



# FEUILLET 5

## Agent de Service Hospitalier Qualifié

### PIÈCES JOINTES À FOURNIR

- COPIE D'UNE PIÈCE D'IDENTITÉ
- CURRICULUM VITAE (CV)
- LETTRE DE MOTIVATION MANUSCRITE
- DIPLÔMES OBTENUS (COPIE)
- ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR PRÉCISANT LES DATES D'EXERCICE DE L'AGENT EN QUALITÉ D'ASHQ AINSI QUE LE TEMPS DE TRAVAIL (TEMPS COMPLET OU TEMPS PARTIEL)
- ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR RELATIVE À LA PRISE EN CHARGE DU COÛT DE FORMATION
- ATTESTATION DE FORMATION ASH 70H (LE CAS ÉCHÉANT)
- CERTIFICAT MÉDICAL ET VACCINATIONS (**VOIR PAGES 7 "INFORMATIONS"**)
- EXTRAIT DU CASIER JUDICIAIRE B3

### DÉCLARATION ET SIGNATURE

JE SOUSSIGNÉ(E)

CERTIFIE QUE LES INFORMATIONS FOURNIES DANS CE DOCUMENT SONT EXACTES ET COMPLÈTES.

JE M'ENGAGE À INFORMER L'ORGANISME DE FORMATION DE TOUT CHANGEMENT DE SITUATION POUVANT AFFECTER MA CANDIDATURE.

• FAIT À : .....

• SIGNATURE DU CANDIDAT :

• LE : .....



## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR L’AFFICHAGE DES RÉSULTATS

- NOM ET PRÉNOM : .....
- ADRESSE : .....
- TÉLÉPHONE : .....
- ADRESSE MAIL : .....
- FORMATION SUIVIE (INTITULÉ ET DATES) : .....

### OBJET DU FORMULAIRE

JE, SOUSSIGNÉ(E), AUTORISE ACDEMES À AFFICHER LES RÉSULTATS  
D’ADMISSION DU CONCOURS POUR LA FORMATION DU DIPLÔME D’ÉTAT  
AIDE-SOIGNANT :

- SUR LE SITE INTERNET
- AU CENTRE DE FORMATION

DATE ET SIGNATURE :



## INFORMATIONS

### ARRÊTÉ DU 7 AVRIL 2020 RELATIF AUX MODALITÉS D'ADMISSION AUX FORMATIONS CONDUISANT AUX DIPLÔMES D'ETAT D'AIDE-SOIGNANT ...



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



La sélection des candidats est effectuée par un jury de sélection sur la base d'un dossier et d'un entretien destinés à apprécier les connaissances, les aptitudes et la motivation du candidat

*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 ;*

*Un entretien d'une durée de quinze à vingt minutes est réalisé pour permettre d'apprécier les qualités humaines et relationnelles du candidat et son projet professionnel.*



Selon la formation à laquelle ils s'inscrivent, les candidats peuvent joindre tout autre justificatif valorisant un engagement ou une expérience personnelle (associative, sportive...) en lien avec la profession d'aide-soignant

**ATTENTION**

**L'admission définitive est subordonnée :**



1° A la production, au plus tard le jour de la rentrée, d'**un certificat médical émanant d'un médecin agréé** (liste sur demande) 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 ;

2° A la production, avant la date d'entrée au premier stage, d'**un certificat médical attestant que l'élève 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.



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 cumulée 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...**



Une question??????

**info@acdemes.fr**