



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

- Date limite de dépôt du dossier :

19 OCTOBRE 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) JANVIER 2027

CADRE RÉSERVÉ ACDEMES :		
☐ FORMATION CONTINUE	☐ FORMATION INITIALE	
☐ RS1	☐ ARE	AUTRE :...
☐ PÉRIMÈTRE	☐ HORS PÉRIMÈTRE	
☐ PARCOURS COMPLET	☐ PARCOURS PARTIEL	
☐ 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'INDEMNISATION :

DATE DE FIN DE L'INDEMNISATION :

☐ VOUS N'AVEZ JAMAIS TRAVAILLÉ

☐ VOUS AVEZ UN FINANCEMENT D'ENTREPRISE

☐ VOUS BENEFICIEZ D'UN FINANCEMENT DE RECONVERSION

☐ VOUS BENEFICIEZ 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

☐ CERTIFICAT MÉDICAL ET VACCINATIONS **(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 :

NOM et Prénom:

Dans le cadre d'intervention relatif au financement des formations sanitaires et sociales par la Région Hauts-de-France applicable à compter de septembre 2024 conformément à la Délibération n°2024.00419

La Région Hauts-de-France finance les parcours de formation des personnes répondant aux statuts suivants à la date de clôture des dossiers d'inscription aux épreuves de sélection ou concours :

Merci de cocher votre statut, la condition correspondante et fournir les justificatifs demandés

ÉLÈVE OU ÉTUDIANT

Cochez la situation qui vous concerne :

- ☐ Je suis élève ou étudiant en poursuite d'études sans interruption.
À fournir : certificat de scolarité N
- ☐ J'ai achevé ma formation initiale depuis moins d'un an (juin N-1 à septembre N).
À fournir : certificat de scolarité N-1
- ☐ J'ai un contrat de travail étudiant.
À fournir : certificat de scolarité N-1
- ☐ Mon service civique répond aux conditions de délai indiquées.
À fournir : certificat de scolarité N-1 + attestation de service civique

2. DEMANDEUR D'EMPLOI

Cochez votre statut :

- ☐ Inscrit à France Travail
- ☐ Non inscrit à France Travail
- ☐ Indemnisé par l'assurance chômage
- ☐ Non indemnisé par l'assurance chômage

Puis cochez la situation correspondante :

- ☐ Sans contrat de travail ou avec un contrat précaire jusqu'à l'entrée en formation
À fournir : justificatif France Travail
- ☐ En contrat de travail compatible avec le bon déroulement de la formation
À fournir : copie du contrat de travail
- ☐ Démissionnaire d'un CDI dans le cadre d'une démission légitime
À fournir : justificatif France Travail

Sont exclus de ce dispositif : Les titulaires d'un CDD ou d'un contrat de mission ; les agents du service public ; les fonctionnaires ; les travailleurs non-salariés.



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"**)

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



Les candidats rédigent sur place, le même jour et avant le passage de l'entretien, un document manuscrit d'environ dix lignes. Ne sont pas concernés les candidats qui, à la date prévue de clôture des inscriptions, remplissent l'une des conditions suivantes :



1° Etre titulaire du diplôme national du baccalauréat délivré par une autorité française ;

2° Etre titulaire de l'équivalence du grade de baccalauréat ;

3° Etre inscrit en classe de terminale pour l'année scolaire en cours.

Ce document manuscrit, qui complète le dossier mentionné au premier alinéa, relate, au choix du candidat et en lien avec les attendus de la formation, soit :

1° Une situation personnelle ou professionnelle vécue ;

2° Son projet professionnel.



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