

## DOSSIER DE CANDIDATURE – RENTREE JANVIER 2026

FORMATION PROFESSIONNELLE ET CONTINUE

### AIDE-SOIGNANT(E) - DEAS

Types de parcours proposés :

- Complet
- Partiel

Dossier à envoyer au centre de sélection

GRETA 94 IFAS ARMAND GUILLAUMIN  
SITE JJ ROUSSEAU  
13 Rue Lebrun – 94400 Vitry sur Seine

Pour toutes informations : 01.56.74.14.64



#### DOSSIER A ENVOYER AU CENTRE DE SELECTION PAR VOIE POSTALE OU DEPOT DANS LE CENTRE DE SELECTION CONTRE ACCUSE DE RECEPTION

Modalités de sélection selon l'Arrêté du 7 avril 2020 modifié par les arrêtés des 12 avril 2021, du 10 juin 2021, de l'instruction du 10 mai 2023 et de l'arrêté du 9 juin 2023, portant diverses modifications relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux et aux formations conduisant aux diplômes d'Etat d'aide-soignant

Dépôt des dossiers de candidature	Du lundi 7 juillet au vendredi 3 octobre 2025
Date limite de réception du dossier de candidature	Vendredi 3 octobre 2025 (23h59 délai de rigueur)
Jury de sélection	Du lundi 8 septembre au mercredi 12 novembre 2025 Convocation envoyée par mail (vérifiez les mails indésirables)
Date d'affichage des résultats	Mardi 18 novembre 2025 à 10 heures
Validation des inscriptions par les candidats	Jusqu'au jeudi 27 novembre 2025 inclus
Date de démarrage des formations	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 16 Février 2026 parcours complet</li> <li>➤ 18 mai 2026 parcours partiel</li> </ul>

#### Nombre de places ouvertes à la sélection pour les sessions de JANVIER 2026

Site de formation :	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 15 places parcours complet (sélection réservée aux salariés uniquement) (dont 4 places réservées ASHQ et agents de service en poste)</li> <li>➤ 20 places parcours partiel – multi-financement (dont 3 places réservées ASHQ et agents de service en poste)</li> </ul>
---------------------	---

Nombre d'heures de formation et tarifs <b>PARCOURS COMPLET</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 770 heures en centre de formation Soit 770 h x 12 € = 9 240 €</li> <li>➤ 770 heures en stage</li> </ul>
---	--

Tarifs des PARCOURS PARTIELS	<b>12 €</b> (Contactez le Greta pour connaître le nombre d'heures et le coût de formation en fonction des modules à valider)
------------------------------	---

N° du dossier AS :

**Site de formation : GRETA 94 site Jean-Jacques Rousseau à  
VITRY SUR SEINE**

Photo

**Informations Importantes :**

Toute incomplétude constatée dans le dossier sera sanctionnée lors de la notation. Nous vous conseillons donc de lire attentivement les consignes.

Vous devez compléter personnellement ce dossier de façon manuscrite

## RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Madame

Monsieur

Nom de naissance :

Nom d'usage :  
(Pour les femmes mariées)

Prénom :

### Cochez la case du cursus auquel vous candidatez :

PARCOURS COMPLET (sans allègement) – **SELECTION RESERVEE AUX SALARIES UNIQUENEMENT**

REDOUBLEMENT

POST VAE

Précisez les modules à valider (joindre la copie de décision de jury VAE) :

.....  
.....  
.....

CURSUS PARTIEL : DIPLOME - TITRE permettant un allègement de formation :

- Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Puériculture référentiel 2006 et 2021
- BAC Professionnel ASSP référentiel 2011
- BAC Professionnel SAPAT référentiel 2011
- Titre Professionnel Auxiliaire de Vie aux Familles (ADVf)
- Titre Professionnel Agent de Service Médico-Social (ASMS)
- Diplôme d'Etat Accompagnant Educatif et Social référentiel 2016 et équivalences : DEAMP, DEAVS, MCAD et référentiel 2021
- Assistant de Régulation Médicale (ARM) référentiel 2019
- Diplôme d'Etat Ambulancier référentiel 2006

Candidats dispensés de l'épreuve de sélection et directement admis en formation sur décision du directeur de l'institut de formation, en fonction des places disponibles (*contactez directement le centre de formation*) :

- ASHQ et Agent de Service (**actuellement en poste**)
- POST VAE
- REDOUBLLEMENT

## VOUS ÊTES AGENT DE SERVICE HOSPITALIER QUALIFIÉ (ASHQ) DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE ou AGENT DE SERVICE

### Modalités de candidature

**Accès direct sur décision du directeur de l'institut de formation pour les agents des services hospitaliers qualifiés (ASHQ) 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.

Vous êtes dispensé des épreuves de sélection uniquement si vous êtes :

**Salarié :** (*complétez la page 8 du dossier de candidature*)

- CDI ou titulaire de la fonction publique
- CDD actuellement en poste
- Sous statut mixte : CDD + Demandeur d'Emploi

Type de financement : Transitions Pro, plan de développement des compétences, individuel payant pour les personnes ayant uniquement un maintien du salaire)

Vous devez contacter le centre de formation pour obtenir le formulaire « attestation employeur » à transmettre à votre employeur. Ce dernier attestera des conditions d'accès et la totalité des prérequis correspondant aux attendus nationaux de l'ARS pour votre entrée en formation DEAS.

En l'absence de ce document, vous serez soumis aux épreuves de sélection.

**Les demandeurs d'emploi ne sont pas dispensés des épreuves de sélections** (*complétez la page 6 du dossier de candidature*)

## RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_  
(Obligatoire)      Adresse électronique : \_\_\_\_\_  
(Obligatoire)

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Lieu de Naissance : \_\_\_\_\_ Département : \_\_\_\_

N° de Sécurité Social : \_\_\_\_\_

Situation Familiale : \_\_\_\_\_ Nombre d'enfants : \_\_\_\_\_

## VOTRE PARCOURS DE FORMATION

Dernière formation suivie et/ou diplôme obtenu (intitulé précis)	Etablissement ou organisme de formation	Année d'obtention ou NO (Non Obtenu)

## VOTRE EXPERIENCE PROFESSIONNELLE (dont formation en alternance et stage sur les 3 dernières années)

Structure / employeur	Année	Durée	Poste / fonction

Etes-vous travailleur handicapé ? (Réponse facultative)

OUI\*       NON       Dossier en attente

\* Si vous avez obtenu une reconnaissance en qualité de travailleur handicapé (RQTH), une notification de la MDPH (PCH, PPS...) merci de fournir une photocopie du document ou une attestation médicale précisant des mesures dérogatoires.

Avez-vous suivi une formation aux Gestes et Soins d'Urgence (FGSU) de niveau 2 au cours des 2 dernières années ?

OUI\*     NON

\* Si oui, joindre une copie de l'attestation FGSU

## VOTRE SITUATION VIS-A-VIS DE L'EMPLOI

### VOUS ÊTES DEMANDEUR D'EMPLOI

Merci de nous préciser comment sera financée la formation :

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Individuel payant (autofinancement) | <input type="checkbox"/> France Travail (ex Pôle Emploi) |
| <input type="checkbox"/> Compte Personnel de Formation (CPF) | <input type="checkbox"/> (préciser) :                    |

Numéro d'identification France Travail (ex Pôle Emploi) : \_\_\_\_\_

Ville de l'agence France Travail à laquelle vous êtes rattachée : \_\_\_\_\_

Dernière date d'inscription à France Travail : \_\_\_\_\_

Nature de l'indemnité perçue :

- |  |                              |
|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aucune ( <i>fournir une attestation de non-rémunération délivrée par France Travail</i> ) |                              |
| <input type="checkbox"/> Allocation de Retour à l'Emploi (ARE) –   | Date de fin de droit ? _____ |
| <input type="checkbox"/> Allocation Spécifique de Solidarité (ASS)   |                              |
| <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____  |                              |
| <input type="checkbox"/> Vous n'êtes plus indemnisé(e) par France Travail depuis le : _____                        |                              |
| <input type="checkbox"/> Vous bénéficiez du RSA depuis le : _____  |                              |
| <input type="checkbox"/> Vous ne bénéficiez d'aucun revenu depuis le : _____                                       |                              |
| <input type="checkbox"/> Autres cas _____  |                              |

### VOUS ÊTES DEMANDEUR D'EMPLOI DE MOINS DE 26 ANS

Vous êtes inscrit à la mission locale  OUI date d'inscription : \_\_\_\_\_  NON

Adresse de la mission locale : \_\_\_\_\_

Nom de votre conseiller : \_\_\_\_\_

Vous êtes inscrit à France Travail :  OUI  NON  
*Si OUI remplissez la partie « vous êtes demandeurs d'emploi »*

## VOUS ÊTES SALARIÉ

### Merci de nous préciser comment sera financée la formation :

- Plan de développement des compétences (ex plan de formation/employeur)  
 Reconversion ou la promotion par alternance (PRO-A) (ex-période de professionnalisation)  
 Projet de Transition Professionnelle (PTP ex CIF).  
 Compte Personnel de Formation (CPF).  Autre (préciser) : \_\_\_\_\_

En CDD du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  En Contrat Aidé du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

En CDI (à temps partiel  ou à temps complet )  Autre (précisez) \_\_\_\_\_

Date de début du CDI : \_\_\_\_\_

Nom de l'employeur : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_

Contact au sein de l'entreprise : \_\_\_\_\_ Fonction : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_

Avez-vous fait une demande de dossier Projet de Transition Professionnelle ? (PTP ex CIF)

- OUI  NON

**Si Non :** Prenez rapidement contact avec l'organisme financeur pour obtenir un dossier, renseignez-vous auprès du service RH de votre entreprise

Avez-vous pris contact auprès de nos services pour constituer votre dossier PTP ?

OUI date du 1<sup>er</sup> rendez-vous : \_\_\_\_\_  NON

**Si Non :** merci de contacter le plus rapidement possible notre Chargé de Recrutement au **01.45.16.19.19** Mail : [marine.durand@ac-creteil.fr](mailto:marine.durand@ac-creteil.fr), qui enregistrera votre demande.

**Date limite de dépôt du dossier complet auprès de Transition Pro pour les parcours complets est le 16 Novembre 2025.** La demande d'autorisation d'absence auprès de votre employeur, doit être faite en amont de cette date, soit avant le 16 Octobre 2025.

**Date limite de dépôt du dossier complet auprès de Transition Pro pour les parcours partiels est le 18 Février 2026.** La demande d'autorisation d'absence auprès de votre employeur, doit être faite en amont de cette date, soit avant le 18 Janvier 2026.

**Rappel : Vous devez constituer votre dossier au plus vite pour tenir compte des délais de traitement des organismes financeurs**

## ENGAGEMENT DU CANDIDAT

Je soussigné(e), (Nom, Prénom) \_\_\_\_\_ certifie exacts les renseignements communiqués dans ce dossier et documents fournis.

Je donne mon accord pour la collecte et l'exploitation de mes données personnelles. J'ai bien noté que je peux demander la rectification ou la suppression de ces données à tout moment.

Je prends note que le dossier de sélection (dans son intégralité) reste propriété du centre de formation du **Greta 94**. Il ne pourra en aucun cas être restitué quel que soit les résultats.

Je prends note que l'autorisation d'inscription est valable pour la session pour laquelle je candidate.

Cochez votre choix pour l'autorisation de publications des résultats :

- J'autorise la GIP FCIP - DIFAPAS, l'IFAS **Armand Guillaumin** et le **GRETA 94** à afficher et à publier sur leur site internet mes résultats de sélection au DEAS
- Je n'autorise pas la GIP FCIP - DIFAPAS, **Armand Guillaumin** et le **GRETA 94** à afficher et à publier sur leur site internet mes résultats de sélection au DEAS

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Signature du Candidat**

## PRESENTATION DU PROJET PROFESSIONNEL (page 1)

Au choix du candidat, d'écrire soit une situation personnelle ou professionnelle vécue, soit votre projet professionnel en montrant les liens que vous faites avec les attendus de la formation (2 pages manuscrites maximum).

## PRESENTATION DU PROJET PROFESSIONNEL (page 2)

## PIECES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU DOSSIER DE CANDIDATURE ET A CLASSER DANS L'ORDRE SUIVANT :

### IMPORTANT :

- Cochez les cases des documents fournis correspondant aux particularités de votre candidature
- Relisez attentivement la liste des documents à fournir
- Lors de la constitution de votre dossier numérotez les pièces et joignez les dans l'ordre du tableau ci-dessous

1. Une pièce d'identité (copie lisible recto-verso) sur une seule et même page	<input type="checkbox"/>
2. Une lettre de motivation manuscrite	<input type="checkbox"/>
3. Un curriculum vitae (CV) actualisé (comprenant l'ensemble des emplois occupés, le type de contrat effectué, les dates de début et fin de contrat, le nom et le lieu des structures employeurs)	<input type="checkbox"/>
4. Un document manuscrit de 2 pages maximum, relatant au choix du candidat, soit une situation personnelle ou professionnelle vécue, soit un projet professionnel en lien avec les attendus de la formation (cf. fiche Présentation du Projet Professionnel) – page 10 et 11 du dossier de candidature	<input type="checkbox"/>
5. La copie des originaux de vos diplômes ou titres traduits en français. Pour les candidats titulaires d'un diplôme étranger reconnu par l'ENIC-NARIC : photocopie du titre ou diplôme et attestation de comparabilité	<input type="checkbox"/>
6. Le cas échéant, la photocopie des relevés de résultats et appréciations ou bulletins scolaires	<input type="checkbox"/>
7. Selon la situation du candidat la copie des attestations de travail, accompagnées éventuellement des appréciations et/ou recommandations de l'employeur.	<input type="checkbox"/>
8. Pour les ressortissants étranger, un titre de séjour valide à l'entrée en formation. (Si vous avez fait une demande de renouvellement, fournir la copie du dépôt de la demande)	<input type="checkbox"/>
9. Autre justificatif valorisant un engagement ou une expérience personnelle (associative, sportive...) en lien avec la profession d'aide-soignant	<input type="checkbox"/>
10. Lorsque le niveau de français à l'écrit et à l'oral ne peut être vérifié à travers les pièces produites ci-dessus, produire une attestation du niveau de langue française égal ou supérieur au niveau B2. A défaut, le candidat produit tout autre document permettant d'apprecier les capacités et les attendus relatifs à la maîtrise du français à l'oral.	<input type="checkbox"/>
11. La notification actualisée d'inscription à France Travail (ex Pôle Emploi) si demandeur d'emploi	<input type="checkbox"/>
12. Fiche de liaison pour les candidats âgés de moins de 26 ans inscrits en mission locale	<input type="checkbox"/>
13. Justificatif de votre couverture sociale en cours de validité (copie de l'attestation de droit à télécharger via votre compte sur <a href="http://www.ameli.fr">www.ameli.fr</a> )	<input type="checkbox"/>
14. Pour les candidats post VAE : joindre la copie de la décision d'attribution des modules par le jury VAE	<input type="checkbox"/>
15. 2 photos récentes avec votre nom au verso dont 1 collée dans le cadre de ce dossier (page 2)	<input type="checkbox"/>

### Pièces complémentaires et obligations pour les Agents de service et ASHQ de la fonction publique hospitalière :

Joindre l'attestation employeur justifiant des prérequis (*demander le formulaire au centre de formation*).

Avoir une ancienneté de services cumulée d'au moins 1 an en équivalent temps plein, effectués en structure ou à domicile.

#### Ou

avoir suivi la formation des 70 heures relatives 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 6 mois en équivalent temps plein au sein d'un ou plusieurs établissements sanitaires et médico-sociaux publics ou privés ou au domicile.

## MODALITE DE SELECTION

### LE DOSSIER DE CANDIDATURE

S'agissant d'une épreuve d'admission, nous vous formulons les conseils suivants :

- Soigner votre présentation et votre écriture
- Respecter les règles de grammaire et de syntaxe
- Contrôler que toutes les pièces demandées sur le dossier soient présentes
- Fournir tous les justificatifs vous permettant de valoriser votre parcours et vos expériences

#### Les attendus et critères nationaux sont les suivants :

Les attendus d'admission à la formation	Les Critères d'évaluation
Intérêt pour le domaine de l'accompagnement et de l'aide à la personne notamment en situation de vulnérabilité	Connaissances dans le domaine sanitaire médico-social, social ou sociétal
Qualités humaines et capacités relationnelles	Aptitude à faire preuve d'attention à l'autre, d'écoute et d'ouverture d'esprit Aptitude à entrer en relation avec une personne et à communiquer Aptitude à collaborer et à travailler en équipe
Aptitudes en matière d'expression écrite, orale	Maîtrise du français et du langage écrit et oral. Pratique des outils numériques
Capacités d'analyse et maîtrise des bases de l'arithmétique	Aptitude à élaborer un raisonnement logique à partir de connaissances et de recherches fiables. Maîtrise des bases de calcul et des unités de mesure
Capacités organisationnelles	Aptitudes d'observation, à s'organiser, à prioriser les activités, autonomie dans le travail

Les connaissances et aptitudes peuvent être vérifiées dans un cadre scolaire, professionnel, associatif ou autre.

## CERTIFICAT MEDICAL

**En cas d'admission :** (*Démarches à faire une fois admis sur liste principale – un dossier médical vous sera adressé*)

1. Fournir, au plus tard le jour de la rentrée, un certificat médical émanant d'un médecin agréé 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. Produire, au plus tard le jour de la rentrée, un certificat médical attestant que vous êtes à jour des **vaccinations obligatoires** :
  - DTP (Diphthérie Tétanos Poliomyélite)
  - Hépatite B et sérologies (prise de sang témoignant de l'immunité Anti-Hbs Anti-Hbc)

**Vaccinations fortement recommandées** : ROR (Rubéole, Oreillons, Rougeole) Coqueluche, Varicelle (si non immunisé)

**Vaccination non obligatoire** : BCG (Tuberculose) et dernier test tuberculinique (*parfois demandée pour les stages en milieu hospitalier*)

La liste des médecins agréés est disponible à l'adresse suivante :

<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/listes-de-medecins-agrees-en-ile-de-france>

## DUREE DE VALIDITE DE L'INSCRIPTION EN FORMATION

L'autorisation d'inscription est valable pour l'année scolaire pour laquelle le candidat a été admis.

Un report d'admission est autorisé par le directeur de l'institut de formation pour une durée qu'il détermine et dans la limite cumulée de deux ans sous conditions définies dans l'arrêté. La reprise de la scolarité en cas de report est confirmée par le candidat au moins 3 mois avant la date de rentrée prévue.

## L'ENTRETIEN ORAL

Pour les candidats soumis à la sélection, un entretien oral d'une durée de vingt minutes est réalisé pour permettre d'apprecier les connaissances, les aptitudes et la motivation du candidat à suivre la formation.

## COMMUNICATION DES RESULTATS DES SELECTIONS

Les résultats d'admissibilité seront affichés dans l'IFAS et visibles sur le site **le mardi 18 novembre 2025 à partir de 10 h** : <https://forpro-creteil.org>

**AUCUN RESULTAT ET AUCUNE CONFIRMATION D'INSCRIPTION NE SERONT DONNES PAR TELEPHONE**

## ACCUSE DE RECEPTION DU DOSSIER

A remplir obligatoirement et à joindre à votre dossier d'inscription

Vous souhaitez recevoir l'accusé de réception :

- Par voie postale (joindre 1 enveloppe à fenêtre (110 x220) timbrée au tarif en vigueur)

Pour recevoir l'accusé réception de votre dossier par courrier, merci de remplir votre nom et adresse complète et lisiblement.

NOM / PRENOM : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Suite Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal et Ville : \_\_\_\_\_

- Par mail (vérifiez vos mails indésirables)

Indiquez votre adresse mail lisiblement et en majuscule :

- Dépôt auprès du secrétariat du centre de sélection

### Espace réservé au centre de formation

Nous accusons réception de votre dossier de candidature aux épreuves de sélection pour l'entrée en école d'Aide-Soignant le : \_\_\_\_\_

*Signature et cachet du centre*