|  |
| --- |
| **DOSSIER DE CANDIDATURE – RENTREE OCTOBRE 2025****FORMATION PROFESSIONNELLE ET CONTINUE** **AIDE-SOIGNANT(E) – DEAS** **Parcours Partiel – TP ADVF** |



GRETA SEINE ET MARNE IFAS Simone Signoret

30/32 boulevard Victor Hugo

77000 Melun

Pour toutes informations : 01.64.10.29.50.

**DOSSIER A DEPOSER AU CENTRE DE SÉLECTION CONTRE ACCUSÉ DE RÉCEPTION**

**AUCUN DOSSIER ENVOYE PAR VOIE POSTALE NE SERA ACCEPTE**

|  |
| --- |
| **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 23 juin au vendredi 4 juillet 2025** |
|  |  |  |
| **Date limite de dépôt du dossier** **de candidature** |  | **Vendredi 4 juillet 2025 (17h00 délai de rigueur)****AU CENTRE DE SELECTION** |
|  |  |  |
| **Jury de sélection** |  | **Du lundi 30 juin au jeudi 10 juillet 2025****Convocation envoyée par mail (vérifier mails indésirables)** |
|  |  |  |
| **Date d’affichage des résultats** |  | **Mardi 15 juillet 2025 à 15 heures** |
|  |  |  |
| **Validation des inscriptions par les candidats** |  | **Jusqu’au mardi 22 juillet 2025 inclus** **(Uniquement par courrier électronique)** |
|  |  |  |
| **Date de démarrage des formations** |  | **Le 09 octobre 2025** |
|  |  |  |
| **Nombre de places ouvertes à la sélection pour les sessions d’OCTOBRE 2025** |
| **Site : Greta Seine-et-Marne – 30/32 Boulevard Victor Hugo – 77000 Melun** |  | ⮚ **12 places parcours partiel TP ADVF**  |
|  |  |
|  |  |  |
| * **Financement**
* **Public éligible**
 |  | **⮚ France Travail (Marché AFC lot n° 4)****⮚ Demandeur d’emploi** |

N° du dossier AS :

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 : |  |  |
|  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| ❒ | CURSUS PARTIEL : Titre Professionnel Auxiliaire de Vie aux Familles (ADVF) |

|  |
| --- |
|  |

**RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Adresse : |  |  |  |
| Code Postal : |  |  | Ville : |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Téléphone : |  |  |  | Adresse électronique : |  |
| (*Obligatoire)* |  |  | *(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 ?

❒ 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

**FINANCEMENT**

 **VOUS ÊTES DEMANDEUR D’EMPLOI**

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 :

**❒** Aucune *(fournir une attestation de non-rémunération délivrée par France Travail)*

**❒** Allocation de Retour à l'Emploi (ARE) – Date de fin de droit ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**❒** Allocation Spécifique de Solidarité (ASS)

**❒** Autre (précisez) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**❒** Vous n'êtes plus indemnisé(e) par France Travail depuis le : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**❒** Vous bénéficiez du RSA depuis le : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**❒** Vous ne bénéficiez d'aucun revenu depuis le : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**❒** Autres cas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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 Seine-et-Marne**. 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 (UN SEUL CHOIX possible) :

* J’autorise la GIP FCIP - DIFAPAS, l’IFAS Simone Signoret et le **GRETA Seine-et-Marne** à afficher et à publier sur leur site internet mes résultats de sélection au DEAS
* Je n’autorise pas la GIP FCIP - DIFAPAS, l’IFAS Simone Signoret et le **GRETA Seine-et-Marne** 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** | ❒ |
|  **2.** | Une lettre de motivation manuscrite | ❒ |
|  **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) | ❒ |
|  **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* | ❒ |
|  **5.** | La copie de l’original de votre titre professionnel ADVF (3 CCP) validé par le DREETS | ❒ |
|  **6.** | Le cas échéant, la photocopie des relevés de résultats et appréciations ou bulletins scolaires | ❒ |
| **7.** | Selon la situation du candidat la copie des attestations de travail, accompagnées éventuellement des appréciations et/ou recommandations de l’employeur. | ❒ |
| **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) | ❒ |
|  **9.** | Autre justificatif valorisant un engagement ou une expérience personnelle (associative, sportive…) en lien avec la profession d’aide-soignant | ❒ |
|  |  |  |
|  **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'apprécier les capacités et les attendus relatifs à la maitrise du français à l'oral. | ❒ |
|  **11.** | La notification actualisée d’inscription à France Travail (ex Pôle Emploi)  | ❒ |
|  **12.** | Justificatif de votre couverture sociale en cours de validité (copie de l’attestation de droit à télécharger via votre compte sur www.ameli.fr) | ❒ |
|  **13.** | Pour les candidats post VAE : joindre la copie de la décision d’attribution des modules par le jury VAE | ❒ |
|  **14.** | 2 photos récentes avec votre nom au verso dont 1 collée dans le cadre de ce dossier (page 2) | ❒ |

**MODALITE DE SÉLECTION**

**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’espritAptitude à entrer en relation avec une personne et à communiquerAptitude 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 |

**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 (Diphtérie 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 nonimmunisé)

**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 VALIDITÉ 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’apprécier 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 15 juillet 2025 à partir de 15 h** : [**https://www.forpro-creteil.org/difapas/**](https://www.forpro-creteil.org/difapas/)

**AUCUN RÉSULTAT ET AUCUNE CONFIRMATION D’INSCRIPTION**

**NE SERONT DONNÉS PAR TÉLÉPHONE**

**ACCUSE DE RÉCEPTION DU DOSSIER**

❒ 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 pourl’entrée en école d’Aide-Soignant le : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*Signature et cachet du centre* |