

## DOSSIER DE CANDIDATURE - SESSION JANVIER 2024

### Formation professionnelle et continue d'auxiliaire de puériculture

### ASHQ et 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.

Dossier complet à renvoyer au centre de sélection **par envoi postal uniquement** :

**GRETA Seine-et-Marne**  
**Centre Santé Social – 2 place Jean Vilar – 77185 LOGNES**

**Modalités de sélection selon l'Arrêté du 12 avril 2021 modifiant l'arrêté du 7 avril 2020 relatif aux modalités d'admission aux formations conduisant aux diplômes d'Etat d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture**

Les candidats sont 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.

<b>Dépôt des dossiers de candidature</b>	<b>Du 3 juillet au 6 octobre 2023</b>
<b>Date limite de réception du dossier de candidature</b>	<b>6 octobre 2023 (cachet de la poste faisant foi)</b>
<b>Lieu d'envoi du dossier</b>	<b>Greta Seine-et-Marne Sélection DEAP 2 place Jean Vilar 77185 LOGNES</b>
<b>Date d'affichage des résultats</b>	<b>21 novembre 2023 à 10h00</b>
<b>Validation des inscriptions</b>	<b>Jusqu'au 30 novembre 2023</b>
<b>Pré-rentree <b>OBLIGATOIRE</b></b>	<b>5 janvier 2024</b>
<b>Date de démarrage de la formation</b>	<b>8 janvier 2024</b>
<b>Nombre de places</b>	<b>Parcours complets ou modulaires : 6 places réservées ASHQ</b>
<b>Tarif de la formation (Pour les personnes ne bénéficiant pas de la subvention du CRIF)</b>	<i>12 euros de l'heure centre Contacter le GRETA pour obtenir le tarif en fonction des modules à valider</i>

**Documents à retourner**

**PHOTO**

**1**

**ETAT CIVIL (en majuscules)**

Madame  Monsieur  Patronyme (nom de naissance) : \_\_\_\_\_

Nom marital : \_\_\_\_\_ Prénoms : \_\_\_\_\_

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

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

Tél : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_

Date de naissance : 

--	--	--	--	--	--	--

 Age : 

--	--

Lieu de naissance : \_\_\_\_\_ Département : \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_

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

Avez-vous une reconnaissance officielle de la MDPH ?  Oui  Non

(Copie de votre reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) en cours de validité à joindre)

Titre de séjour :  Oui  Non Date de validité : \_\_\_\_\_

## 2

## FORMATION

Diplôme(e) obtenu(s) : \_\_\_\_\_

Date d'obtention : \_\_\_\_\_

Avez-vous un diplôme permettant de bénéficier d'un allègement de formation ?

OUI  NON

Si oui, merci de cocher la case correspondant à votre situation et de nous **joindre obligatoirement la copie de votre diplôme.**

Cursus partiels proposés par le centre de Lognes :

- Je suis titulaire du Diplôme d'Etat d'Aide-Soignant(e)
- Validation partielle du DEAP (nouveau référentiel 2021)
- Je suis titulaire du Bac Pro ASSP
- Je suis titulaire du Bac Pro SAPAT
- Je suis titulaire du Diplôme d'Etat d'Accompagnant Educatif et Social,  
Spécialité : \_\_\_\_\_
- Je suis titulaire du Diplôme d'Etat d'Aide Médico-Psychologique
- Je suis titulaire du Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale
- Je suis titulaire de la Mention Complémentaire d'Aide à Domicile
- Je suis titulaire du titre d'Assistant de Vie Aux Familles (ADVF)
- Je suis titulaire du CAP Accompagnant Educatif Petite Enfance (AEPE)

### **Modules à valider**

A renseigner par le  
Greta

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

### 3 VOTRE SITUATION ACTUELLE : DEMANDEUR D'EMPLOI

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

- Individuel payant (autofinancement)       Pôle Emploi (AIF)  
 Autre (préciser) : \_\_\_\_\_

N° identifiant Pôle Emploi : \_\_\_\_\_

Agence Pôle Emploi : \_\_\_\_\_

Dernière date d'inscription à Pôle Emploi : \_\_\_\_\_

Vous êtes indemnisé(e) au titre de :

Allocation de Retour à l'Emploi (ARE)

Allocation Spécifique de Solidarité (ASS)

Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

Vous n'êtes plus indemnisé(e) par Pôle Emploi depuis le : \_\_\_\_\_

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

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

Autres cas : \_\_\_\_\_

### 4 SI VOUS ETES DEMANDEUR D'EMPLOI DE MOINS DE 26 ANS

Vous êtes inscrit à la mission locale       Oui       Non

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

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

Date d'inscription : \_\_\_\_\_

Vous êtes inscrit à pôle emploi :       Oui       Non      Si oui remplissez la partie **3**

## **5 PLACES FINANCEES PAR LE CONSEIL REGIONAL ET MODALITES UNIQUEMENT VALABLE POUR LES PARCOURS COMPLETS**

Le public éligible au SPRF (Service Public Régional de la Formation) est prioritaire.

La Région Ile-de-France prend en charge les frais pédagogiques, les frais de certification et les droits d'inscription des élèves sortis du système scolaire depuis moins de deux ans (à l'exception faite des apprentis), des jeunes inscrits en mission locale, des demandeurs d'emploi, des bénéficiaires du RSA et des bénéficiaires de contrats aidés remplissant les conditions suivantes :

- ne pas avoir obtenu de diplôme, titre ou certification,
- être inscrit dans un institut de formation listé en annexe de la délibération n° CP 2018-174 pour préparer un des diplômes suivants : aide-soignant, auxiliaire de puériculture.
- être inscrit sur un parcours de formation complet.

➔ Sont ensuite éligibles les publics hors SPRF suivants, en fonction des places disponibles, sachant que le statut est considéré à l'entrée en formation et vaut pour toute la durée de la formation :

- les demandeurs d'emploi (catégories A et B), inscrits à Pôle emploi depuis 6 mois au minimum à l'entrée en formation, dont le coût de formation n'est pas pris en charge par Pôle emploi,
- les bénéficiaires des contrats aidés (CAE, CIE, Emploi d'Avenir...) y compris en cas de démission,
- les bénéficiaires du RSA,
- les jeunes inscrits en mission locale.

**Les places seront attribuées par le centre à l'issue des sélections en fonction du rang sur la liste principale des candidats et du nombre de places attribuées par le Conseil Régional Ile-de-France.**

6

## VOTRE SITUATION ACTUELLE : SALARIE(E)

### 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)
- CPF de transition professionnelle, Nom de l'OPCO : \_\_\_\_\_
- Compte Personnel de Formation (CPF). Avez-vous ouvert votre compte personnel de formation ? :  Oui  Non Si oui, de quel montant bénéficiez-vous : \_\_\_\_\_ €  
<https://www.moncompteformation.gouv.fr/>
- Individuel payant (autofinancement)  Autre (préciser) : \_\_\_\_\_

Cochez les cases selon votre situation actuelle

- CDD  Contrat Aidé
- CDI  Autre (précisez) \_\_\_\_\_

Date de début : \_\_\_\_\_ Date de fin : \_\_\_\_\_

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

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

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

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

Personne à contacter : \_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_

Nom du signataire : \_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_

Avez-vous fait une demande de dossier de CPF de Transition Professionnelle ?  Oui  Non

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

**Si Oui** : Avez-vous pris contact auprès de nos services pour constituer votre dossier ?

- Oui, date du 1<sup>er</sup> rendez-vous : \_\_\_\_\_  Non

Si Non, merci de contacter le plus rapidement possible notre chargée de mission : **Myriam FARENC** au **06 01 59 46 61** ou : [mfarenc@greta77.fr](mailto:mfarenc@greta77.fr)

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

## 7 PIECES A FOURNIR POUR LA CONSTITUTION DU DOSSIER (dans l'ordre)

1. Une photocopie de la pièce d'identité recto-verso Les titres de séjour pour les ressortissants hors UE doivent être valides pour toute la période de formation	<input type="checkbox"/>	Réservé au centre de sélection
2. Une lettre de motivation manuscrite	<input type="checkbox"/>	
3. Un curriculum vitae	<input type="checkbox"/>	
4. Selon la situation du candidat, la copie des originaux de ses diplômes obtenus ou titres traduits en français.	<input type="checkbox"/>	
5. Selon la situation du candidat, une attestation de l'employeur justifiant de 1 an d'exercice minimum en tant qu'ASHQ ou agent de service. <b>OU</b> Une attestation de l'employeur justifiant de 6 mois d'exercice minimum en tant qu'ASHQ ou agent de service <b>ET</b> ayant suivi la formation de 70 heures.	<input type="checkbox"/>	<b>DOSSIER COMPLET</b>  <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
6. Une attestation d'accord de financement de l'employeur	<input type="checkbox"/>	
7. Photocopie d'une notification Pôle Emploi de <b>moins de trois mois</b>	<input type="checkbox"/>	
8. Fiche de liaison pour les candidats âgés de moins de 26 ans inscrits en mission locale	<input type="checkbox"/>	
9. Photocopie de l'attestation CPAM (Sécurité Sociale)	<input type="checkbox"/>	
10. 3 enveloppes autocollantes à fenêtre (110 x 220) <b>ET</b> 3 timbres au tarif en vigueur. <b>Ne pas les coller sur les enveloppes/ne rien écrire sur les enveloppes</b>	<input type="checkbox"/>	
11. 2 photos d'identité récentes avec vos noms au dos <b>dont l'une est à coller dans le cadre de ce dossier</b>	<input type="checkbox"/>	

9

## CERTIFICAT MEDICAL

**L'admission définitive est subordonnée :**

1. A la production, au plus tard le jour de la rentrée, d'un certificat d'aptitude à la fonction 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 datant de moins de 3 mois

**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>

2. A la production, au plus tard le jour de la rentrée, d'un certificat médical attestant que vous êtes à jour des vaccinations obligatoires (DT Polio, BCG et dernier test tuberculique, Hépatite B et sérologies)

10

## FRAIS D'ENTREE EN FORMATION

**UNIQUEMENT POUR LES CANDIDATS ADMIS EN FORMATION**

**Lors de la confirmation de votre inscription, vous devrez vous acquitter de la somme de 60€ correspondant aux droits d'inscription (non remboursable).**

## **A REMPLIR OBLIGATOIREMENT**

- J'autorise l'affichage et/ou la mise en ligne des résultats.**

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. **Attention, si vous ne cochez pas cette case, votre nom n'apparaîtra pas lors de l'affichage des résultats.**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements et documents fournis et pose ma candidature pour entrer en formation sur une session en janvier 2024.

**Date et signature :**

**11**

**ACCUSE DE RECEPTION DU DOSSIER**

Nous accusons réception de votre dossier de candidature aux épreuves de sélection pour l'entrée en école d'Auxiliaire de puériculture : \_\_\_\_\_

**Pour recevoir l'accusé réception de votre dossier par courrier, merci de bien vouloir inscrire votre nom et votre adresse complète ci-dessous, timbrer au tarif en vigueur et nous retourner ce document avec votre dossier d'inscription.**

**AUCUNE CONFIRMATION D'INSCRIPTION NE SERA DONNÉE  
PAR TELEPHONE.**

---

**A REMPLIR OBLIGATOIREMENT ET A JOINDRE A VOTRE DOSSIER**

GRETA SEINE-ET-MARNE  
Centre Santé Social  
2 place Jean Vilar  
77185 LOGNES

NOM Prénom : \_\_\_\_\_

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

Suite adresse : \_\_\_\_\_

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