



DOSSIER D'INSCRIPTION DES ASH ET ASHQ POUR LA FORMATION MODULAIRE DE 70H ANNEE 2021

Du 17/05 au 21/05 et du 14/06 au 18/06/2021

ADRESSE POSTALE

IFMS JOIGNY
Centre Hospitalier
3 Quai de l'hôpital – BP 229
89306 JOIGNY Cedex

LIEU DE FORMATION

IFMS JOIGNY
Place Cassini
Quartier Abescat
89300 JOIGNY

Tél : 03.86.92.33.66

E-MAIL : ifms@ch-joigny.fr

SITE INTERNET : ifmsjoigny.com

**Ce dossier d'inscription est à transmettre à l'IFMS en l'envoyant à
l'adresse postale ou par mail**



Conditions d'inscription à la formation

- ⇒ Vous êtes Agent de Service Hospitalier Qualifié de la Fonction Publique Hospitalière réunissant au moins 6 mois en cette qualité.
- ⇒ Vous êtes Agent de Service Hospitalier exerçant en EHPAD, SAAD ou établissement de santé, public ou privé, depuis au moins 3 mois.
- ⇒ Vous êtes volontaire et sélectionné par votre employeur. (cf. Livret de positionnement)

Présentation de la formation

Durée : 70h ou 10 jours

- ⇒ Module 1 : Prendre soin de la personne âgée (17h)
- ⇒ Module 2 : répondre aux besoins de la personne âgée (18h)
- ⇒ Module 3 : protéger la personne âgée (7h)
- ⇒ Module 4 : aider à la réalisation des soins (21h)
- ⇒ 1 jour de bilan soit 7h (à distance de la fin de formation)

Formation réalisée en discontinu.

Acquis

Validation de la formation pour un projet professionnel de formation d'Aide-Soignant.

- ⇒ Attestation de suivi de formation de 70h délivrée pour le suivi des 4 modules de formation.
- ⇒ Dispense de sélection pour être admis en formation d'aide-soignant (admission directe en IFAS dans la limite de la capacité d'accueil autorisée de l'institut*).

* Un minimum de 10% des places ouvertes en IFAS est réservé aux ASH/ASHQ.

Liste des pièces constituant le dossier

- ⇒ La fiche d'inscription **complétée et signée**
- ⇒ Une photocopie **recto/verso** de la carte nationale d'identité, de la carte de séjour ou la photocopie du passeport du ou de la candidat(e) **en cours de validité**
- ⇒ L'attestation de l'employeur **complétée et signée** (cachet obligatoire)
- ⇒ L'engagement de prise en charge **complété et signé** (cachet obligatoire)



I- FICHE D'INSCRIPTION ENTRÉE EN INSTITUT DE FORMATION ASH / ASHQ

Mme M.

NOM DE NAISSANCE

NOM D'USAGE

PRÉNOM(S)

SITUATION FAMILIALE NB D'ENFANT :

NAISSANCE DATE / / LIEU ET DEPARTEMENT

NATIONALITÉ

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE

ADRESSE

.....

.....

CODE POSTAL VILLE

☎ PORTABLE

☎ DOMICILE

ADRESSE MAIL@.....

A le

Signature



II- ATTESTATION EMPLOYEUR

Je soussigné(e) (Nom et adresse de l'employeur)

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

Certifie avoir employé(e) M ou Mme

Pendant les périodes du au En qualité d'ASH/ASHQ.

Certifie avoir effectué, au préalable, la sélection de positionnement.

A le

Cachet et signature de l'employeur



III- ENGAGEMENT DE PRISE EN CHARGE FINANCIERE

Je soussigné(e),

Nom et adresse de l'employeur :

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

Numéro de téléphone :

Adresse mail :@.....

M'engage à prendre à charge financièrement pour un montant total de 1000€ (mille euros),
la formation de :

Monsieur / Madame

Nom de naissance :

Nom usuel :

Prénoms :

Exerçant dans mon établissement comme Agent de Service Hospitalier et répondant aux critères relatifs au renforcement des compétences des agents des services hospitaliers qualifiés pour faire face aux besoins accrus d'aides-soignants dans le secteur du grand âge tel que défini dans l'instruction ministérielle de décembre 2020.

A le

Cachet et signature de l'employeur