



FORMATION AIDE-SOIGNANT(E) Session 2023-2024

DOSSIER D'INSCRIPTION

**Pour envoyer votre dossier
et/ou vos courriers**

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

**Pour vous former et nous
rendre visite**

IFMS
Place Cassini
1 avenue d'Hanover
89300 JOIGNY

Tél : 03.86.92.33.66

E-MAIL : ifms@ch-joigny.fr

SITE INTERNET : ifmsjoigny.com

CALENDRIER SESSION 2023-2024

1. Clôture des inscriptions / Retour des dossiers :

Au plus tard le 30/06/2023

Les dossiers incomplets ou reçus hors délais ne seront pas traités

2. Concours d'admission

Epreuve de sélection au fur et à mesure de la réception des dossiers
(Convocation par mails)

Du 02/05/2023 au 07/07/2023

Résultats affichés : Le 13/07/2023 *

3. Formation

Date de Pré-rentree : Le 24 août 2023 *

Début de formation : Le 28 août 2023 *

Fin de formation : Le 22 juillet 2024 *

Capacité d'accueil : 40 personnes **

**Dates indicatives se référer à vos convocations*

*** À confirmer selon le nombre de reports de la session précédente*

FICHE D'INSCRIPTION AIDE-SOIGNANT(E)

Mme M.

NOM DE NAISSANCE

NOM D'USAGE

PRÉNOM(S)

SITUATION FAMILIALE

DATE DE NAISSANCE /..... /..... LIEU ET DEPARTEMENT

NATIONALITÉ

NUMERO SÉCURITÉ SOCIALE

ADRESSE

CODE POSTAL VILLE

TELEPHONE

ADRESSE MAIL (OBLIGATOIRE)@

TRAVAILLEUR HANDICAPÉ : oui non

PERMIS DE CONDUIRE : oui non

NIVEAU ET DERNIER DIPLOME OBTENU :

SÉRIE OU INTITULÉ :

DATE D'OBTENTION :

PARCOURS DE FORMATION :

Parcours Complet

Parcours ASHQ/ASH 70heures

Parcours passerelle DEAVS/TPAVF/DEAES/DEAMP

Parcours passerelle DEAP / Parcours passerelle DEA

Parcours partiel BAC PRO SAPAT / Parcours partiel BAC PRO ASSP

FINANCEMENT DE LA FORMATION :

- Demandeur d'emploi (Numéro d'identifiant Pôle-Emploi obligatoire) :
- Auto-Financement (Echéancier possible au trésor public - joindre le justificatif)
- Continuité de scolarité ou prépa concours paramédical (joindre le certificat)
- Employeur (Joindre attestation de prise en charge)
- Nom, Adresse :
-
- Autres (Préciser) :

RENSEIGNEMENTS DEMANDEUR D'EMPLOI :

Date d'inscription Pole Emploi : -- / -- / --

Durée d'inscription : moins de 6 mois 6 à 11 mois 12 à 23 mois 2 ans et +

Indemnisé : oui non

Date de fin d'indemnisation : -- / -- / --

Bénéficiaire du RSA : oui non

AUTORISATION DE PUBLICATION DES RESULTATS :

- Autorise N'autorise pas (joindre un courrier)

De diffuser les résultats de sélections sur le site Internet de l'IFMS et la diffusion de mon nom dans les résultats du jury final sur les sites de l'IFMS et de la DREETS (Directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités). Conformément à la loi « Informatique et Libertés » n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, nous avons besoin de votre accord.

DROIT A L'IMAGE :

- Autorise N'autorise pas

Dans le respect de la législation quant au droit à l'image et au droit du respect à la vie privée (article 226-1 du Code Pénal et loi n°78-17 du 6 janvier 1978), nous avons besoin de votre accord pour la diffusion de votre image dans le cadre cité ci-après : L'Institut de Formations souhaite utiliser des photos et vidéos sur lesquelles vous pourriez apparaître pour : mettre en ligne sur le réseau Intranet du Centre Hospitalier, dans le cadre des événements marquants de sa vie institutionnelle, illustrer des activités pédagogiques, communiquer sur ses activités dans les médias locaux.

(En cas de changement d'adresse ou de téléphone, prévenir l'I.F.M.S.)

Je certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Date : __ / __ / 20 __

Signature

Les informations recueillies par l'IFMS font l'objet d'un traitement informatique destiné à assurer la gestion administrative des candidats. L'Agence régionale de Bourgogne, le Conseil Régional de Bourgogne, Pôle emploi et les 2 IFMS du groupement Nord Yonne sont destinataires d'informations nécessaires à l'accomplissement de leur mission. Ces données informatiques font l'objet de différentes enquêtes publiques. Conformément à la loi « Informatiques et Libertés », vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser à l'IFMS.

ÉPREUVES DE SELECTION

Arrêté du 07 avril 2020, modifié par l'Arrêté du 12 avril 2021 portant diverses modifications relatives aux conditions d'accès aux formations conduisant aux diplômes d'Etat d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture.

1. PRÉ-REQUIS

- ⇒ Avoir 17 ans au moins à la date d'entrée en formation (il n'est pas prévu d'âge limite supérieur)
- ⇒ Admission sur concours
- ⇒ Aucune condition de diplôme n'est requise
- ⇒ Fournir un certificat médical de non contre-indication à la profession d'aide-soignant délivré par un médecin agréé par l'Agence Régionale de Santé
- ⇒ Fournir un certificat médical avec les vaccinations à jour

2. ÉPREUVES DE SELECTION (Extrait de l'article 2 modifié par l'arrêté du 12/04/21)

« 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 à suivre la formation conduisant au diplôme d'aide-soignant. »

Les pièces constituant ce dossier font l'objet d'une cotation par un binôme d'évaluateurs composé, selon la formation concernée, d'un aide-soignant en activité professionnelle ou ayant cessé celle-ci depuis moins d'un an et d'un formateur infirmier ou cadre de santé d'un institut de formation paramédical.

L'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.

Attendus	Critères
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

3. RÉSULTATS

Les résultats seront affichés et consultables sur le site internet de l'Institut.

Deux listes de classement sont établies :

- ✓ Une liste principale, en fonction du nombre de places dans l'Institut
- ✓ Une liste complémentaire consultée en cas de désistement de candidats de la liste principale.

ATTENTION : Chaque candidat est informé personnellement par courrier de ses résultats.

Vous disposez d'un délai de sept jours ouvrés pour confirmer par écrit votre inscription (sur liste principale ou sur liste complémentaire).

Au-delà de ce délai, vous êtes présumé avoir renoncé à votre admission et votre place est proposée au candidat inscrit en rang utile sur la liste complémentaire.

NB : L'admission n'est valable que pour l'année au titre de laquelle la sélection est organisée.

Des reports d'entrée en formation peuvent être accordés par la Directrice de l'IFMS où le candidat est admis, sur demande de celui-ci et sous certaines conditions (sur présentation d'un justificatif)

- Soit, de droit, en cas de congé pour cause de maternité, de rejet de bénéficiaire de la promotion professionnelle ou sociale, de rejet d'une demande de congé formation, de rejet d'une demande de mise en disponibilité ou pour la garde d'un enfant de moins de quatre ans ;
- Soit, de façon exceptionnelle, sur la base des éléments apportés par le candidat justifiant de la survenance d'un événement important empêchant de débiter sa formation.

PLAN DE FORMATION AIDE-SOIGNANT(E)

(Devis pour les organismes financeurs)

Frais de gestion de dossier	: 50 €
Date d'entrée	: 28 août 2023*
Date de sortie	: 22 juillet 2024*
Durée de la formation	: 44 semaines / 1540 heures
Durée hebdomadaire	: 35 heures / semaine
Enseignement théorique	: 22 semaines / 770 heures
Stages	: 22 semaines / 770 heures

**Dates prévisionnelles*

Coût de la formation : 7 000 € TTC * (Tarif 2022)

Pour toutes les personnes n'ayant pas de financeur, le montant de la formation doit être réglé, directement, au trésor public de Sens sur présentation de ce devis signé. Les demandes d'échéancier doivent être également faites au trésor public accompagnées du devis signé, d'un RIB et votre attestation pôle emploi ou contrat de travail.

Valérie CROSIER
Directrice

Bon pour accord

le



Pour les parcours passerelles et partiels, contactez l'IFMS pour un devis.

ENGAGEMENT DE FINANCEMENT DE LA FORMATION AIDE-SOIGNANTE

Je soussigné(e) :

M'engage à payer par Auto-Financement (Echéancier possible au trésor public joindre le justificatif)
et/ou par mon Employeur (signature et tampon obligatoire en bas de page)

Nom, Adresse :

.....

Téléphone :

Mail :

- Les frais de formation aide-soignant(e) d'un montant de 7 000 € (sept mille euros)
Pour un cursus complet ou en fonction des unités à valider (**devis à demander**)

Je suis Demandeur d'emploi ou en Continuité de scolarité (joindre certificat)

- 184 € (cent quatre-vingt-quatre euros) de Frais de scolarité

Autres (Préciser) :

.....

.....

Date : __ / __ / 20 __

Signature : (Tampon si employeur)

DOSSIER MEDICAL

OBLIGATIONS REGLEMENTAIRES POUR L'ENTREE EN INSTITUT DE FORMATION AUX METIERS DE LA SANTE

Vous souhaitez suivre une formation d'aide-soignant, d'auxiliaire de puériculture, d'ambulancier ou d'auxiliaire ambulancier, par conséquent, vous devez présenter **AU PLUS TARD LE JOUR DE VOTRE ENTREE EN FORMATION** :

- ✓ Un certificat médical de vaccination conforme à la réglementation en vigueur à faire remplir par votre médecin traitant.
- ✓ Un certificat médical rédigé par un médecin agréé par l'ARS attestant que le candidat ne présente de contre-indication physique et psychique à l'exercice de la profession.

Ces certificats doivent dater **de moins de 1 an avant la rentrée.**
Seuls seront acceptés les documents ORIGINAUX fournis par l'Institut.

L'admission définitive dans l'Institut de Formation aux Métiers de la Santé est subordonnée à la production de ces documents.

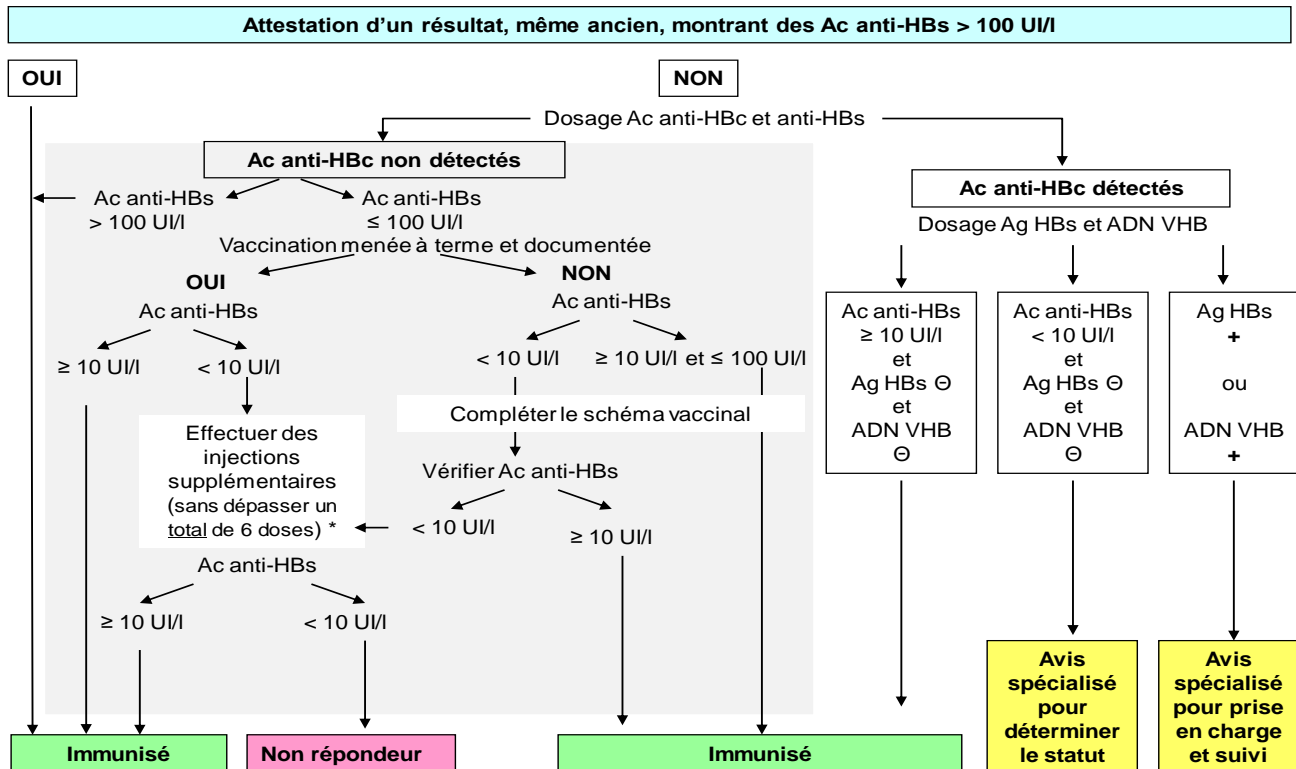
Si vous n'êtes pas à jour dans vos vaccinations, vous ne pourrez suivre les stages pratiques, ce qui remettra en cause votre formation et ne vous permettra pas d'être diplômé-e.

NB : En cas de contre-indication à l'une des vaccinations obligatoires, votre dossier d'admission sera soumis à l'arbitrage du Médecin Inspecteur Départemental ou Régional de la Santé.

* Le médecin agréé doit figurer sur la liste ARS départementale. S'il ne s'agit pas de l'Yonne, la liste des médecins agréés vous sera fournie par l'Agence Régionale de Santé du département dans lequel vous ferez faire le certificat. Vous devrez joindre à votre dossier la liste donnée par l'ARS de votre département prouvant que le médecin signataire du certificat est bien agréé.

Adresse postale :
Centre Hospitalier - IFMS
3 Quai de l'Hôpital
BP 229
89306 JOIGNY CEDEX

ALGORITHME POUR LE CONTROLE DE L'IMMUNISATION CONTRE L'HEPATITE B DES PERSONNES MENTIONNEES A L'ARTICLE L.3111-4 ET DONT LES CONDITIONS SONT FIXEES PAR L'ARRETE DU 2 AOÛT 2013



* Sauf cas particulier voir 4° de l'annexe 2 de l'arrêté

Légende : Ac : anticorps ; Ag : antigène ; VHB : virus de l'hépatite B

Textes de référence

- Articles L.3111-1, L.3111-4 et L.3112-1 du code de la santé publique (CSP)
 - Arrêté du 15 mars 1991 fixant la liste des établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins dans lesquels le personnel exposé doit être vacciné, modifié par l'arrêté du 29 mars 2005 (intégration des services d'incendie et de secours)
 - Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiques
 - Arrêté du 6 mars 2007 relatif à la liste des élèves et étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des autres professions de santé pris en application de l'article L.3111-4 du CSP
 - Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux (Titre III)
 - Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L.3111-4 du CSP
- Calendrier vaccinal en vigueur (cf. Site du ministère chargé de la santé : <http://www.sante.gouv.fr/vaccinations-vaccins-politique-vaccinale.html>)

CERTIFICAT MÉDICAL DE VACCINATIONS OBLIGATOIRE A L'EXERCICE DE LA PROFESSION A FAIRE REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Je soussigné, Docteur

Certifie avoir examiné ce jour : M , Mme

Nom de naissance (de famille).....(2)

Nom d'usage, si différent.....(2)

Prénoms.....(2) Né(e) le __ / __ / ____

Pour la vaccination contre l'hépatite, se référer aux conditions définies par le Ministère de la Santé - voir les recommandations ARS page suivante

LA. LE CANDIDAT.E	OUI	NON
EST A JOUR de ses vaccinations contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite		
A REÇU 3 vaccinations contre l'hépatite B		
A PROCÉDÉ au contrôle de sa sérologie Hépatite B		
EST IMMUNISÉ.E contre l'hépatite B selon les recommandations ARS		
EST RÉPONDEUSE.EUR à la vaccination contre l'Hépatite B		
EST VACCINÉ.E contre la Covid 19 (joindre le justificatif)		
A ÉTÉ VACCINÉ.E contre la tuberculose		
A PRATIQUÉ un test tuberculinique depuis moins de trois mois		
Date du test tuberculinique (IDR) : __ / __ / ____ Résultat :		

Fait à Le __ / __ / ____

SIGNATURE et CACHET DU MEDECIN OBLIGATOIRES :

LA. LE CANDIDAT.E QUI N'EST PAS A JOUR NE POURRA SUIVRE LA FORMATION.

Nota bene : Selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour ces professionnels de santé, il est par ailleurs recommandé d'être immunisé contre la coqueluche, la rougeole, la rubéole, la varicelle et la grippe saisonnière.

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE A L'EXERCICE DE LA PROFESSION

- Aide-Soignant Auxiliaire de Puériculture Ambulancier
 Auxiliaire Ambulancier

A REMPLIR PAR UN MEDECIN AGREE PAR L'ARS

Je soussigné, Docteur....., Médecin agréé ARS, (1)


Certifie avoir examiné ce jour : M , Mme

Nom de naissance (de famille).....(2)

Nom d'usage, si différent.....(2)

Prénoms.....(2) Né(e) le __ / __ / ____

J'ATTESTE QUE LE- LA CANDIDAT-E (2 cases à cocher)

 PRESENTE ... ou NE PRESENTE PAS ...
... de contre-indications physique ou psychologique à l'exercice de la profession

 QU'IL OU ELLE EST IMMUNISE-E CONTRE L'HEPATITE B, sérologies
contrôlées, résultats selon le schéma joint (selon les directives de l'ARS)

Fait à Le __ / __ / ____

SIGNATURE et CACHET DU MEDECIN AGREÉ PAR L'ARS OBLIGATOIRES :

(1) Figurant sur la liste départementale des médecins agréés – à fournir par le candidat hors département 89. **Attention**, comme le stipule d'article 4 du décret n°88-386 du 19 avril 1988 relatif aux conditions d'aptitude physique des agents de la fonction publique hospitalière, **les médecins agréés appelés à examiner des candidats aux emplois de la fonction publique hospitalière dont ils sont médecins traitants sont tenus de se récuser.**

(2) Nom et prénom en caractères d'imprimerie.

ELEVES EN SITUATION DE HANDICAP

<p>Vous êtes en situation de handicap et vous souhaitez savoir si votre handicap est compatible avec la formation choisie</p> <p>Vous êtes en situation de handicap et vous avez des questions concernant la formation</p>	<p>Prendre rendez-vous avec la direction de l'IFMS : Tél : 03.86.92.33.66 Mail : ifms@ch-joigny.fr</p> <p>Ou</p> <p>Contacter la délégation régionale de l'AGEFIPH : Tél : 0800111009 Lien : https://www.agefiph.fr</p> <p>Ou</p> <p>Si vous êtes inscrit à Pôle Emploi, un conseiller pourra vous renseigner sur les démarches à effectuer</p> <p>Ou</p> <p>Contacter la MDPH de l'Yonne à Auxerre : Tél : 03.86.72.89.72 Mail : mdphy@yonne.fr Lien : https://www.mdph89.fr/formulaire/cpntact</p> <p>Ou</p> <p>Contacter CAP Emploi 89 : Tél : 03 86 52 45 11 Lien : https://www.capemploi-89.com/contact.html</p>
--	---

NIVEAU DE LANGUE FRANCAISE B2

L'utilisateur de la langue au niveau B2 a un niveau avancé. Il comprend le contenu essentiel de sujets concrets ou abstraits dans un texte complexe, y compris une discussion technique dans sa spécialité. Il communique avec spontanéité et aisance avec un locuteur natif. Il s'exprime de façon claire et détaillée sur une grande gamme de sujets, il émet un avis sur un sujet d'actualité et expose les avantages et les inconvénients de différentes possibilités.

Pour les ressortissants hors Union Européenne, une attestation du niveau de langue français B2 est requise.

L'utilisateur de la langue au niveau B2 est autonome. Il est capable d'établir une **communication aisée et spontanée**. Il possède un répertoire lexical large et peut choisir une expression adéquate pour introduire ses commentaires. Il produit un discours clair, bien construit et sans hésitation qui montre l'utilisation maîtrisée des structures.

Les centres d'examen à proximité :

CIEF Centre International d'Etudes Françaises Maison de l'Université BP 87874 - 21078 Dijon Cedex Tél : 03-80-39-35-60 aline.prudent@u-bourgogne.fr	Université Sorbonne Nouvelle - Paris 3 Service FCP3 / DELF DALF 13 rue Santeuil 75005 Paris Tél : 01 45 87 40 00 delfdalf.fcp3@saorbonne-nouvelle.fr
---	---

Les centres préparant à l'examen à proximité :

GRETA 89 – Antenne Auxerre 14 boulevard Lyautey – BP 80053 89010 AUXERRE Cedex Tél : 03 86 72 10 40 isabelle.mazieres@ac-dijon.fr	CIEF Centre International d'Etudes Françaises Maison de l'Université BP 87874 - 21078 Dijon Cedex Tél : 03-80-39-35-60 aline.prudent@u-bourgogne.fr	Université Sorbonne Nouvelle Paris 3 Service FCP3 / DELF DALF 13 rue Santeuil 75005 Paris Tél : 01 45 87 40 00 delfdalf.fcp3@saorbonne-nouvelle.fr
---	--	---

ANNEXE 1 : AUTORISATION POUR L'AUTHENTIFICATION DU DIPLÔME

Vous êtes titulaire d'un diplôme, l'Institut de Formation aux Métiers de la Santé doit procéder à la vérification de la validité de votre diplôme auprès de l'académie ou de l'instance qui vous l'a délivré. Pour ce faire, nous vous remercions de remplir ci-dessous et nous le retourner avec votre dossier d'inscription et la copie de votre diplôme.

Je soussigné(e),, autorise l'Institut de Formations du Centre Hospitalier de JOIGNY, à procéder à la vérification de la validité de mon diplôme auprès de ¹

Pour faire valoir ce que de droit.

Fait le __ / __ / ____ à

Signature :

¹ Noter les références -nom, adresse et téléphone- de l'académie (pour les diplômes scolaires) ou de l'instance (exemple : DRJSCS pour les diplômes médico-sociaux) qui vous a délivré votre diplôme.



ANNEXE 2 : ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR

Si le (la) candidat(e) a occupé plusieurs emplois, faire remplir l'attestation ci-dessous par **chaque employeur**.

NOM ET PRENOM DE LA OU DU CANDIDAT(E)

POSTE ET FONCTION OCCUPÉS

DURÉE DE L'EXERCICE du __ / __ / 20__ au __ / __ / 20__ (ou) à ce jour

Je soussigné(e), (Nom et prénom) M, Mme

Exerçant en tant que

Dans l'établissement (nom et adresse)

.....

Certifie que : *Nom et prénom de la ou du candidat(e)*

A exercé dans ma structure du __ / __ / 20__ au __ / __ / 20__ (ou) à ce jour.

Pendant cette période, elle-il a fait preuve	OUI	NON
D'une motivation pour l'aide à la personne et/ou d'une relation adaptée avec les personnes prises en charge		
D'une capacité à travailler en équipe et/ou d'une prise en compte des appréciations et des conseils des professionnels		
D'une implication dans le travail quotidien		
De présentéisme		

Appréciation générale détaillée

.....

A..... le

Nom, prénom

Tampon **et** signature



CONSTITUTION DU DOSSIER D'INSCRIPTION **LE DOSSIER DOIT ÊTRE DÉPOSÉ AU PLUS TARD LE 30 JUIN 2023**

NE PAS COCHER RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

- La fiche d'inscription dûment complétée
- 2 photocopies recto/verso de votre carte d'identité en cours de validité
- 1 photographie d'identité récente (noter votre nom et prénom au dos)
- Pour les ressortissants hors Union Européenne, une attestation de niveau de langue Française est requise (Niveau B2)
- Attestation de sécurité sociale
- La photocopie de l'Attestation Formation Gestes et Soins d'Urgence de niveau 2 (s'il y a lieu)
- Un curriculum vitae
- Une lettre de motivation manuscrite
- Un document manuscrit relatant, soit une situation personnelle ou professionnelle vécue, soit votre projet professionnel en lien avec les attendus de la formation. Ce document n'excède pas deux pages (cf. page 5)
- La copie des diplômes ou titres traduits en Français, ou la copie de vos bulletins scolaires.
- L'autorisation d'authentification du diplôme (Annexe 1)
- Dernier Certificat de scolarité
- Attestations de travail, accompagnées éventuellement des appréciations et/ou recommandation de l'employeur (Annexe 2)
- Tout autre justificatif valorisant un engagement ou une expérience personnelle (associative, sportive...) en lien avec la profession d'aide-soignant.
- Le dossier médical également complété et signé par un médecin agréé ARS. Si vous n'êtes pas dans l'Yonne, vous devez joindre la liste des médecins agréés de votre département à votre dossier d'inscription. (Au plus tard le jour de votre entrée en formation).
- Engagement de Financement
- Dernière notification Pôle Emploi (Obligatoire pour les demandeurs d'emplois)
- Un chèque de **50 €** de frais de gestion de dossiers à l'ordre du TRESOR PUBLIC.
Ces droits restent acquis, même en cas de désistement ou d'absence aux épreuves de sélection.

Les pièces suivantes, vous seront demandées ultérieurement :

- Un chèque d'un montant de 184€ à l'ordre du Trésor Public comme participation aux frais de scolarité. [\(Si vous bénéficiez d'une prise en charge par le Conseil Régional et/ou Pôle Emploi\)](#)
- Un chèque d'un montant de 20€ à l'ordre du Trésor Public comme participation aux frais de documentations (portefolio et référentiel)
- Une enveloppe cartonnée grand format, renseignée à votre adresse, affranchie et un formulaire d'accusé de réception rempli et glissé à l'intérieur (pour l'envoi du diplôme)

Date de réception :