

En Partenariat avec



NOTICE D'INFORMATION ET FICHE D'INSCRIPTION

MODALITES POUR L'ADMISSION DANS LES INSTITUTS DE FORMATION D'AUXILIAIRE DE PUERICULTURE DES

AGENTS DE SERVICE Sans inscription par un employeur



ANNEE 2024

Cette notice est à conserver par le candidat

SOMMAIRE

| | |
|---|---|
| 1. INFORMATIONS GENERALES | 1 |
| 2. PLACES OUVERTES DANS LE GROUPEMENT DE NORMANDIE | 2 |
| 3. CALENDRIER | 2 |
| 4. DIFFUSION DES RESULTATS | 3 |
| 5. INFORMATIONS POST-ADMISSION | 4 |
| 5.1 FINANCEMENT DE LA FORMATION | 4 |
| 5.2 RESSOURCES FINANCIERES PROPOSEES PAR LA REGION | 5 |
| 5.3 CONDITIONS MEDICALES D'ADMISSION EN FORMATION | 5 |
| 6. PIECES A FOURNIR | 6 |
| FICHE INSCRIPTION 2024 (Annexe 1) | 7 |
| AUTORISATION DE TRANSMISSION DES DONNEES (Annexe 2) | 8 |
| DOCUMENT justifiant l'ancienneté de services cumulée (Annexe 3) | 9 |

1. INFORMATIONS GENERALES¹

Vous êtes **agents de services hospitaliers qualifiés de la fonction publique hospitalière et agents de service**. Vous souhaitez vous inscrire dans un Institut de Formation d'Auxiliaire de Puériculture (IFAP).

Vous êtes dispensé(e) de l'épreuve de sélection, dans le cas où vous relevez de la formation professionnelle en:

- 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 ;
- Ou en 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 (attestation acquise avant la date du 31 décembre 2022) 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.

Il est demandé à chaque candidat d'envoyer son dossier d'inscription dans l'IFAP où il souhaite suivre la formation.

Pour candidater en IFAP, il faut être âgé de dix-sept ans au moins à la date d'entrée en formation.

Les candidats sont directement admis en formation sur décision du directeur de l'institut de formation concerné **quel que soit le mode de financement de la formation**.

En Normandie, le taux de places autorisées pour ces candidats a été fixé à 20 % du quota de l'institut.

| | <u>Admission sur décision du directeur</u> | |
|--|--|--|
| Candidats agents de service hospitaliers qualifiés de la fonction publique hospitalière et les agents de service relevant de la formation professionnelle continue. Ancienneté d'un an pour les ASHQ et Agents de service et/ou formation de 70h avec une ancienneté de 6 mois. | <ol style="list-style-type: none">1. Si le candidat ne dépend pas d'un employeur et qu'il remplit les conditions requises, une demande par courrier doit être adressée à l'IFAP de son choix et le dossier d'inscription constitué avant le 21 Juin 2024.2. Pour la complétude du dossier, si le candidat a réalisé la formation des 70 heures, joindre l'attestation de suivi établie par l'institut (attestation acquise avant la date du 31/12/2022) | Le candidat adresse sa demande par courrier à l'IFAP de son choix ainsi que son dossier d'inscription en utilisant la notice spécifique mentionnant les pièces nécessaires à la décision avant le <u>21 Juin 2024</u> . |

¹ Référence à l'arrêté du 7 avril 2020 modifié par l'arrêté du 9 juin 2023, relatif aux modalités d'admission aux formations conduisant aux diplômes d'Etat d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture.

2. PLACES OUVERTES DANS LE GROUPEMENT DE NORMANDIE

| VILLE | INSTITUTS | ADRESSE | TELEPHONE | QUOTA (hors apprentissage et VAE) ² |
|---------------|--|---|----------------|--|
| 14 – Caen | IFAP du Lycée des Métiers des Services Camille Claudel | 57, Avenue Maréchal de Lattre de Tassigny, BP 5131 14000, Caen E-mail : ifasifap.0140019v@ac-normandie.fr | 02 31 53 16 16 | 3 |
| 61 - Alençon | IFAP – Croix Rouge Compétence Normandie Alençon | 5 Rue du Gué de Gesnes 61000 Alençon E-mail : scolarite-sante-alencon.competence-normandie@croix-rouge.fr | 02 33 31 67 00 | 6 |
| 76 – Rouen | ERFPS (IFAP) du CHU de Rouen | 14, Rue du Professeur Stewart 76000, Rouen E-mail : secretariat.ecole.as@chu-rouen.fr | 02 32 88 56 29 | 6 |
| 76 – Le Havre | IFP Mary Thieullent (IFAP) GHH Le Havre | 28, Rue Foubert 76600, Le Havre E-mail : sec.ifp@ch-havre.fr | 02 32 73 38 30 | 5 |
| 27 - Evreux | IFAP du CH d'Evreux | 22, Rue du Dr Michel Baudoux 27015, Evreux cedex E-mail : selection.asap@ch-eureseine.fr | 02 32 78 35 52 | 5 |

3. CALENDRIER

| | |
|--|----------------------------|
| <u>OUVERTURE DES INSCRIPTIONS</u> | 28 mars 2024 |
| <u>CLÔTURE de la réception des INSCRIPTIONS</u> <i>Tout dossier reçu ou déposé après cette date sera refusé.</i> | <u>21 Juin 2024</u> |
| <u>RÉSULTATS</u> | 25 juin 2024 |

² Cette capacité est calculée sur les effectifs de la carte des formations régionale 2024. Elle tient compte des reports et du pourcentage réservé, par chaque institut, à l'admission des candidats agents de service et agents de service hospitalier qualifiés.

4. DIFFUSION DES RESULTATS

Tous les candidats seront personnellement informés **des résultats d'admission par mail.**

Le candidat admis en formation par décision du directeur devra confirmer, par mail avec accusé de réception ou par voie postale, son inscription dans un délai de 7 jours à compter de la date des résultats.

Au-delà de cette date, le candidat qui n'a pas donné son accord écrit est présumé avoir renoncé à son admission.

Après admission en formation, pour les élèves ayant déjà acquis un ou plusieurs blocs de compétences avec la certification professionnelle visée, ou lorsque leur parcours de formation antérieur leur permet de bénéficier d'une équivalence et/ou d'un allègement de formation, le directeur de l'institut de formation met en place les parcours individualisés de formation. Les modalités vous seront précisées lors de votre inscription définitive par l'IFAP dans lequel vous serez admis.

REPORT DE FORMATION³

Le bénéfice d'une autorisation d'inscription dans l'une des formations visées n'est valable que pour l'année scolaire pour laquelle le candidat a été admis.

Par dérogation, le directeur de l'institut de formation peut accorder, pour une durée qu'il détermine et dans la limite cumulée de deux ans, un report pour l'entrée en scolarité dans l'institut de formation :

- Soit, de droit, en cas de congé pour cause de maternité, de rejet du bénéfice de la promotion professionnelle ou sociale, de rejet d'une demande de congé formation, de rejet d'une demande de mise en disponibilité, de report d'un contrat d'apprentissage 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 l'empêchant de débiter sa formation. Tout candidat bénéficiant d'un report d'admission doit, au moins trois mois avant la date de rentrée prévue, confirmer son intention de reprendre sa scolarité à la dite rentrée.

³ Article 13 de l'arrêté du 7 avril 2020 modifié par l'arrêté du 9 juin 2023

5. INFORMATIONS POST-ADMISSION

5.1 FINANCEMENT DE LA FORMATION

La formation a un coût pédagogique. Il est nécessaire d'anticiper les modalités de financement de votre formation et vos ressources. Le financement de l'année de formation dépend de votre **situation la veille de votre entrée en formation**.

Pour pouvoir bénéficier d'un financement par la Région en tant que demandeur d'emploi, un justificatif d'inscription à France Travail devra être fourni.

Si vous avez suivi une formation diplômante ou certifiante financée par la Région il y a moins de 10 mois (ex : titre professionnel d'ADVF), vous ne pourrez pas bénéficier d'un financement pour votre formation d'aide-soignant. Cette règle ne s'applique pas pour les personnes en poursuite de scolarité.



Avant d'entrer en institut de formation sanitaire ou sociale en Normandie, vous devez impérativement vous assurer du mode de financement de votre formation et de vos ressources⁽¹⁾ pendant la durée de votre formation.

| VOUS ETES | QUI FINANCE VOTRE FORMATION ? ⁽²⁾ |
|--|--|
| En poursuite de scolarité : - Titulaire du baccalauréat depuis moins de 4 ans ou - En études (scolarité sans interruption pendant plus d'une année) | Région |
| Demandeur d'emploi sans emploi | Région ou OPCO ⁽³⁾ (si éligible) |
| Salarié en CDD (droit privé ou public) ou Salarié en CDI inférieur ou égal à 24h / semaine | |
| Salarié en CDI supérieur à 24h / semaine | Employeur ou OPCO |
| Contrats aidés, Contrat de Sécurisation Professionnelle, service civique | Région |
| Agent de la fonction publique (Titulaire, stagiaire, contractuel en CDI, en disponibilité, inscrit ou non à Pôle-Emploi) | Employeur ou OPCO |
| En formation financée par la Région | Vous-même ⁽⁴⁾ |
| Dans une autre situation | Vous-même |

(1) Ressources : bourse régionale sur critères sociaux, allocation chômage, maintien de rémunération, ...

(2) Conformément aux règles de financement régionales et sous réserve de modifications

(3) OPCO : Opérateurs de Compétences (Santé, Cohésion Sociale, ANFH, Dispositif de transition professionnelle...)

(4) Cf paragraphe 2.5+ délai de carence + des règles de financement régionales

En cas de non-production des pièces demandées dans les délais impartis, le coût de la formation vous sera facturé.



5.2 RESSOURCES FINANCIERES PROPOSEES PAR LA REGION

BOURSES D'ETUDE REGIONALE

Les élèves en poursuite de scolarité, ou sorti du système scolaire depuis moins de 9 mois, peuvent obtenir une **bourse attribuée par la région**. Celle-ci est accordée en fonction des ressources de l'année N-2 (soit des parents, du conjoint.e, soit les ressources personnelles).

La demande est faite après la confirmation d'entrée en formation sur le site du CROUS de Normandie onglet « *bourses paramédicales et sociales* » (<http://www.crous-normandie.fr/>).

Pour plus de renseignements, vous pouvez consulter le site « *parcours-métier* » de la Région Normandie (<https://parcours-metier.normandie.fr/>) à la rubrique « *se former aux métiers du sanitaire et social* ».

5.3 CONDITIONS MEDICALES D'ADMISSION EN FORMATION

CONDITIONS OBLIGATOIRES

ATTENTION : Afin de pouvoir suivre la formation, les élèves devront être conformes à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France. Pour cela ils devront être à jours des vaccinations suivantes :

- **Hépatite B ou immunisation**
- Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite

Il est donc nécessaire d'anticiper la mise à jour obligatoire de ces vaccinations avant la date de rentrée en formation. La mise en stage est subordonnée à la production d'un certificat médical attestant que l'élève remplit les obligations d'immunisation et de vaccination prévues.

Si vous n'êtes pas vacciné(e) conformément aux exigences, les stages non effectués seront reprogrammés ultérieurement, ce qui pourrait retarder l'obtention du diplôme de plusieurs mois.

6. PIECES A FOURNIR

- La fiche d'inscription des agents de service complétée et signée (Annexe 1) ;
- Le document d'autorisation de transmission de données (Annexe 2) ;
- Une copie lisible recto-verso de la carte nationale d'identité ou du passeport ;
- Pour les ressortissants étrangers, un titre de séjour valide à l'entrée en formation ;
- Une lettre de motivation manuscrite;
- Un curriculum vitae ;
- Selon la situation du candidat, une copie des originaux des diplômes ou titres obtenus traduits en français ;
- Les attestations de travail de l'employeur ou des employeurs avec justificatif du temps de travail, accompagnés éventuellement des appréciations et/ou recommandations de l'employeur ou des employeurs ;
- Le document justifiant de l'ancienneté des services cumulés (Annexe 3) ;
- L'attestation du suivi de formation (70 heures) acquise avant la date du 31/12/2022 ;
- Lorsque le niveau de français à l'écrit ou à l'oral ne peut être vérifié à travers les pièces produites ci-dessus, joindre une attestation de niveau de langue française égal ou supérieur au niveau B2 du cadre européen commun de référence pour les langues du Conseil de l'Europe. A défaut, le candidat produit tout autre document permettant d'apprécier les capacités et les attendus relatifs à la maîtrise du français ;
- Tout autre justificatif valorisant un engagement ou une expérience personnelle (associative, scolaire, sportive, ...)

Les candidats ne paient aucun frais pour participer à la sélection.

Envoyez l'ensemble des pièces à l'institut de votre choix

Avant le 21 Juin 2024, dernier délai

(A l'adresse de l'IFAP de votre choix indiquée dans le tableau « places ouvertes dans le groupement »)

FICHE INSCRIPTION 2024 (Annexe 1)

Admission en formation conduisant AU DIPLOME D'AUXILIAIRE DE PUERICULTURE Agent de service sans inscription par un employeur

| A remplir LISIBLEMENT et en MAJUSCULES | RESERVE A L'IFAP |
|--|--|
| <p>NOM DE NAISSANCE : _____</p> <p>Prénoms : _____</p> <p>NOM D'USAGE : _____</p> <p>Genre : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin</p> <p>Né(e) le : ____ / ____ / _____ à : _____</p> <p>Nationalité : _____</p> <p>ADRESSE : _____</p> <p>Code postal : _____ VILLE : _____</p> <p>Téléphone fixe : ____ / ____ / ____ / ____ / ____</p> <p>Téléphone portable : ____ / ____ / ____ / ____ / ____</p> <p>Adresse COURRIEL VALIDE : _____ @ _____</p> <p>J'accepte que mon identité paraisse à la publication des résultats sur internet : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur la fiche d'inscription, je certifie avoir pris connaissance des modalités de sélection et accepte sans réserve le règlement des épreuves.</p> <p><u>Signature, précédée de la mention « Lu et approuvé » :</u></p> | <p>Dossier reçu le : ____ / ____ / ____</p> <p><input type="checkbox"/> Fiche d'inscription (Annexe N°1)</p> <p><input type="checkbox"/> Autorisation de transmission des données (Annexe N°2)</p> <p><input type="checkbox"/> Pièce d'identité</p> <p><input type="checkbox"/> Titre de séjour en cours de validité</p> <p><input type="checkbox"/> Lettre de motivation</p> <p><input type="checkbox"/> Curriculum vitae</p> <p><input type="checkbox"/> Attestations employeur(s) (Quotité de travail)</p> <p><input type="checkbox"/> Récapitulatif des emplois et durées (Annexe N°3)</p> <p><input type="checkbox"/> Diplôme(s) ou titres</p> <p><input type="checkbox"/> Attestation suivi des 70 h</p> <p><input type="checkbox"/> Autorisation transmission des données (Annexe N°2)</p> <p><input type="checkbox"/> Attestation de niveau de langue égale ou supérieure au niveau B2</p> |

FINANCEMENT PREVISIONNEL DE LA FORMATION

- Conseil Régional
- Employeur : _____
- Organisme susceptible de prendre en charge le coût de la formation (*citez lequel*) : _____
- Prise en charge personnelle

AUTORISATION DE TRANSMISSION DES DONNEES (Annexe 2)

Je soussigné(e), (Nom Prénom) _____ candidat(e) aux épreuves de sélection pour l'admission 2024-2025 en Institut de Formation d'Auxiliaire de puériculture :

Déclare être informé(e) que :

- Les informations (personnelles, administratives et relatives à ma scolarité) recueillies par l'institut font l'objet d'un traitement informatique ayant pour objectif de gérer mon inscription, ma formation ainsi que mon dossier.
- Certaines de ces données sont transmises à la Région Normandie afin d'organiser la consolidation des données qualitatives, quantitatives et financières relatives à la formation professionnelle et à des fins d'analyse et de gestion de mon compte personnel de formation (CPF).
- Ces données sont conservées pendant 120 mois après la fin de ma formation par l'institut de formation.
- Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, je bénéficie d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux informations qui me concernent et que je peux exercer auprès de la Région Normandie.

Fait à _____, le ____ / ____ / _____

NOM Prénom du candidat OU du représentant légal
si candidat mineur

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »

DOCUMENT justifiant l'ancienneté de services cumulée (Annexe 3)

Je soussigné(e), Madame, Monsieur,.....certifie sur l'honneur avoir,

- 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 ;**
- 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 et ayant suivi 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, attestation acquise avant la date du 31/12/2022.**

A renseigner

| Nom et adresse d'établissement ou de la structure | Période(s) de l'activité | | | | Total temps travail en mois | Missions occupées | Quotité de travail (100% 80% 70% 75% 50% ou moins) |
|---|--------------------------|-------|------|-------|-----------------------------|-------------------|--|
| | Mois | Année | Mois | Année | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Signature, précédée de la mention « Lu et approuvé » :

Date :