Groupe SOS Santé

IFAS de Hayange

Dossier d'inscription
Apprentissage
Rentrée Mars 2027

IFAS HAYANGE GROUPE SOS SANTE

5 Esplanade de la liberté

57700 HAYANGE

DOSSIER D'INSCRIPTION INSTITUT DE FORMATION AIDE SOIGNANT GROUPE SOS SANTE GRAND EST

Formation conduisant au Diplôme d'État d'Aide-Soignant

Conformément à l'arrêté du 7 avril 2020 modifié relatif aux modalités d'admission aux formations conduisant aux diplômes d'État d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture, notamment par l'arrêté du 29 avril 2026.

I. INFORMATIONS

L'Institut de Formation d'Aides-Soignants (IFAS) organise l'admission des candidats souhaitant intégrer la formation conduisant au **Diplôme d'État d'Aide-Soignant (DEAS)**.

Ce dossier d'inscription est uniquement destiné aux candidats ayant un employeur pour un projet d'embauche en apprentissage.

L'admission en formation dans le cadre de l'apprentissage ne fait pas l'objet de l'épreuve de sélection prévue pour les autres voies d'accès.

Afin de pouvoir être admis en formation, le candidat doit justifier de son engagement auprès d'un employeur en fournissant **l'un des documents suivants :**

- un **contrat d'apprentissage ou professionnel (CERFA) signé** ;
- ou une **promesse d'embauche en apprentissage**.

Le candidat sera ensuite convoqué à un entretien de connaissance, permettant notamment d'échanger sur son parcours et son projet professionnel.

L'admission définitive est conditionnée à la constitution du dossier complet et au respect des conditions réglementaires applicables à l'entrée en formation.

II. CONDITIONS D'ACCÈS À LA FORMATION

1. Condition d'âge

Les candidats doivent être âgés de **17 ans au moins à la date d'entrée en formation**.

Aucun âge maximum n'est fixé pour accéder à la formation.

Dans le cadre d'un contrat d'apprentissage, le candidat doit en principe être âgé de 17 à 29 ans révolus à la date de début du contrat. Des dérogations à ces conditions d'âge peuvent s'appliquer dans certaines situations, conformément à la réglementation en vigueur.

Les personnes de plus de 29 ans souhaitant suivre la formation en alternance peuvent également se renseigner sur la possibilité de conclure un contrat de

professionnalisation, sous réserve de remplir les conditions d'éligibilité applicables à ce dispositif.

2. Dépôt du dossier d'inscription

Le candidat doit transmettre son **dossier d'inscription complet** dans le respect des dates indiquées dans le calendrier de sélection.

Le dossier doit comprendre l'ensemble des pièces demandées par l'Institut de Formation.

Tout dossier incomplet ou transmis hors délai ne sera pas pris en compte.

Les pièces constituant le dossier sont celles prévues par la réglementation en vigueur. (Annexe 2).

Le dossier d'inscription doit être transmis à l'adresse suivante :

Institut de Formation d'Aides-Soignant(e)s
IFAS HAYANGE– GROUPE SOS Santé
5 Esplanade de la liberté
57700 HAYANGE

Le dossier peut être déposé directement au secrétariat de l'IFAS ou envoyé par courrier recommandé avec accusé de réception.

V. CONFIRMATION DE L'ADMISSION DÉFINITIVE

L'admission définitive est subordonnée au respect de l'ensemble des conditions réglementaires nécessaires à l'entrée en formation.

1. **Conditions médicales :**

Article 8 ter – créé par l'arrêté du 12/04/2011 – art. 1 :

« L'admission définitive est subordonnée :

1° A la production, au plus tard le jour de la rentrée, d'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° A la production, avant la date d'entrée au premier stage, d'un certificat médical attestant que l'élève remplit les obligations d'immunisation et de vaccination prévues le cas échéant par les dispositions du titre 1er du livre 1er de la troisième partie législative du code de la santé publique. »

Annexe 3 : spécimen à ne pas compléter, donné à titre d'information, les recommandations de l'ARS concernant l'attestation médicale de vaccinations obligatoires pour l'entrée en formation

2. Vaccination contre l'hépatite B :

Concernant la vaccination contre l'hépatite B, si vous n'êtes pas vacciné(e) à la date des résultats d'admission, il est conseillé d'entreprendre auprès de votre médecin traitant les démarches nécessaires afin de permettre votre accès aux stages dans les délais requis.

VI. PARCOURS DE FORMATION

1. Cursus apprentissage complet

Le cursus complet est destiné aux personnes n'ayant pas de diplôme permettant de bénéficier d'un allègement de formation conduisant au Diplôme d'État d'Aide-Soignant.

La durée de la formation est de 44 semaines, réparties en 22 semaines de formation théorique et 22 semaines de formation pratique.

Dans le cadre de l'apprentissage, cette formation est complétée par une période en entreprise auprès de l'employeur.

2. Cursus partiel – Allègement de formation

Le cursus partiel concerne les élèves titulaires de certains diplômes ou titres permettant de bénéficier d'un allègement de formation. Dans le cadre de l'apprentissage, le parcours comprend également une période chez l'employeur,

Sigle	Diplôme / titre	Nombre d'heures
TPAVF	Titre Professionnel d'Assistant de Vie aux Familles	1162 heures de formation théorique et clinique, se répartissant en 567 heures de formation théorique et 595 heures (17 semaines) de formation clinique.
DARM	Diplôme d'Assistant de Régulation Médicale	1148 heures de formation théorique et clinique, se répartissant en 553 heures de formation théorique et 595 heures (17 semaines) de formation clinique.
DASMS	Diplôme d'Agent de Service Médico-Social	1197 heures de formation théorique et clinique, se répartissant en 602 heures de formation théorique et 595 heures (17 semaines) de formation clinique.
TPASM	Titre Professionnel d'Agent de Service Médico-social	1197 heures de formation théorique et clinique, se répartissant en 602 heures de formation théorique et 595 heures (17 semaines) de formation clinique.
Bac Pro ASSP 2022	Accompagnement, Soins et Services à la Personne	686 heures de formation théorique et clinique, se répartissant en 336 heures de formation théorique et 350 heures (10 semaines) de formation clinique.
Bac Pro ASSP 2011	Accompagnement, Soins et Services à la Personne	721 heures de formation théorique et clinique, se répartissant en 371 heures de formation théorique et 350 heures (10 semaines) de formation clinique.
Bac Pro SAPAT 2022	Services aux Personnes et aux Territoires	1001 heures de formation théorique et clinique, se répartissant en 511 heures de formation théorique et 490 heures (14 semaines) de formation clinique.
Bac Pro SAPAT 2011	Services aux Personnes et aux Territoires	1001 heures de formation théorique et clinique, se répartissant en 511 heures de formation théorique et 490 heures (14 semaines) de formation clinique.
DEA 2022	Diplôme d'État d'Ambulancier	917 heures de formation théorique et clinique, se répartissant en 427 heures de formation théorique et 480 heures (14 semaines) de formation clinique.
DEA 2006	Diplôme d'État d'Ambulancier	1169 heures de formation théorique et clinique, se répartissant en 574 heures de formation théorique et 595 heures (17 semaines) de formation clinique.
DEAES 2016	Diplôme d'État d'Accompagnement Éducatif et Social	973 heures de formation théorique et clinique, se répartissant en 553 heures de formation théorique et 420 heures (12 semaines) de formation clinique.
DEAES 2021	Diplôme d'État d'Accompagnement Éducatif et Social	875 heures de formation théorique et clinique, se répartissant en 455 heures de formation théorique et 420 heures (12 semaines) de formation clinique.
DEAP 2006	Diplôme d'État d'Auxiliaire de Puériculture 2006	574 heures de formation théorique et clinique, se répartissant en 329 heures de formation théorique et 245 heures (7 semaines) de formation clinique.
DEAP 2021	Diplôme d'État d'Auxiliaire de Puériculture	469 heures de formation théorique et clinique, se répartissant en 224 heures de formation théorique et 245 heures (7 semaines) de formation clinique.

À noter : Les modalités d'allègement de formation sont définies conformément à la réglementation applicable et au diplôme ou titre détenu par le candidat. le parcours de formation est déterminé en fonction de la situation du candidat et des diplômes ou titres qu'il détient.

VII. NOMBRE DE PLACES

Nombre de places ouvertes pour la formation :

Nombre de place	13 places

VIII. CALENDRIER

Étape	Date
Date d'ouverture des inscriptions	**19/10/2026**
Date de clôture des inscriptions	**14/12/2026**
Date début de formation	**24/03/2027**

IX. COÛT DE LA FORMATION ET FINANCEMENT

Lorsque la formation est suivie dans le cadre d'un contrat d'apprentissage ou d'un contrat de professionnalisation, les frais de formation sont pris en charge selon les modalités applicables au contrat et les règles de financement en vigueur. Aucun frais de formation n'est directement facturé à l'apprenant au titre de son contrat d'alternance, sous réserve des dispositions applicables.

X. PROTECTION DES DONNÉES

Les informations recueillies dans le cadre du dossier d'inscription font l'objet d'un traitement de données à caractère personnel conformément au Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des données personnelles (RGPD).

Les données recueillies sont nécessaires à la gestion du dossier de candidature, à l'organisation de la sélection et, en cas d'admission, à la gestion administrative de l'inscription et du suivi de la formation.

Conformément à la réglementation applicable, le candidat dispose notamment d'un droit d'accès aux données personnelles qui le concernent ainsi que du droit d'en obtenir une copie.

Il dispose également, dans les conditions prévues par la réglementation, d'un droit de rectification, d'effacement, de limitation du traitement et, le cas échéant, d'opposition.

Droit d'accès aux documents administratifs

Le candidat dispose d'un droit d'accès aux documents administratifs dans les conditions prévues par le Livre III du Code des relations entre le public et l'administration

XI. Accueil des personnes en situation de handicap

La formation d'aide-soignante est ouverte aux personnes en situation de handicap. Des aménagements sont possibles sur demande auprès du référent handicap. Afin d'obtenir un rendez-vous téléphonique ou en présentiel, veuillez contacter : alexia.epifani@groupe-sos.fr

PHOTO
(À coller)

ANNEXE 1 :

FICHE D'INSCRIPTION
SELECTION AIDE SOIGNANT 2027

Formation conduisant au Diplôme d'État d'Aide-Soignant
Conformément à l'arrêté du 7 avril 2020 modifié relatif aux modalités d'admission aux formations conduisant aux diplômes d'État d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture, notamment par l'arrêté du 29 avril 2026.

Date de réception du dossier ……Contrôlée par : ……

1. Information :

CIV : □ Madame □ Monsieur

NOM : …….. Prénom : ……....

Date de naissance : …./……/ ……. Pays de naissance :……

Ville de naissance :……. Département :……

Adresse :……
……

Code postal :…….. Ville :…….....

Téléphone portable du candidat : ……./……./……./……./…….

Téléphone portable du responsable légal si candidat mineur :
……./……./……./……./…….

Adresse mail du candidat :…….....

Adresse mail du responsable légal si candidat mineur :
……

2. Situation professionnelle actuelle :

☐ Sans emploi ☐ Demandeur d'emploi depuis le : .....

☐ Salarié(e) ☐ CDD ☐ CDI

☐ Milieu sanitaire, social, médico-social ☐ Autre : .....

☐ Élève — Classe actuelle : ..... — Diplôme préparé : .....

☐ Étudiant(e) — Classe actuelle : ..... — Diplôme préparé : .....

3. Diplôme du candidat :

☐ **Titulaire d'un titre ou diplôme français homologué au minimum au niveau IV.**
(Ex. : Baccalauréat)
Nom du diplôme ou série du baccalauréat : .....
Date d'obtention : .....
☐ **Baccalauréat professionnel « Accompagnement, Soins et Services à la Personne » (ASSP)**
Année d'obtention : .....
☐ **Baccalauréat professionnel « Services aux Personnes et aux Territoires » (SAPAT)**
Année d'obtention : .....
☐ **Titulaire d'un titre ou diplôme du secteur sanitaire ou social**
Nom du diplôme :……..
Année d'obtention : .....
☐ Autre : .....
☐ Sans diplôme

4. Attestation sur l'honneur

Je soussigné(e) ……....…….,
atteste sur l'honneur l'exactitude des documents remis et des renseignements mentionnés dans ce dossier.

Signature du candidat	Signature du représentant légal Si candidat mineur

ANNEXE 2
DOCUMENTS A FOURNIR

 Fiche d'inscription annexe 1 (page 7-8) du dossier ;

 Une pièce d'identité valide recto-verso (CNI, passeport...) ;

 Pour les ressortissants étrangers, un titre de séjour français valide à l'entrée en formation.

 Une lettre de motivation manuscrite ;

 Un curriculum vitae ;

 un contrat d'apprentissage ou professionnel (CERFA) signé ou une promesse d'embauche en apprentissage.

 Pour les candidats en classe de terminale, une attestation d'inscription en classe de terminale (certificat de scolarité) ;

 Selon la situation du candidat, la copie des originaux de ses diplômes ou titres traduits en français ;

 Le cas échéant, la copie de ses relevés de résultats et appréciations ou bulletins scolaires ;

 Selon la situation du candidat, les attestations de travail, accompagnées éventuellement des appréciations et/ou recommandations de l'employeur (ou des employeurs) ;

 Lorsque le niveau de français à l'écrit et à l'oral ne peut être vérifié à travers les pièces produites ci-dessus, au regard notamment de leur parcours scolaire, de leurs diplômes et titres ou de leur parcours professionnel, les candidats joignent à leur dossier 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, ils produisent tout autre document permettant d'apprécier les capacités et les attendus relatifs à la maitrise du français à l'oral.

 Joindre tout autre justificatif valorisant un engagement ou une expérience personnelle (associative, sportive…) en lien avec la profession d'aide-soignant.

ANNEXE 3 :

SPECIMEN L'ATTESTATION MEDICALE DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES POUR L'ENTREE EN FORMATION.

ars

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Département des Politiques de Ressources Humaines en Santé	ATTESTATION MÉDICALE DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES POUR L'ENTRÉE EN FORMATION DE	VB-05/2025
Direction de l'Offre Sanitaire		

CETTE ATTESTATION EST À REMPLIR PAR VOTRE MÉDECIN TRAITANT ET À REMETTRE AU CENTRE DE FORMATION AU PLUS TARD LE .....

Nom de l'étudiant / élève : .....
Nom de naissance : .....
Prénom : .....
Date de naissance : ...../...../.....
Âge : .....

Compléter impérativement les dates en précisant JJ/MM/AA

DIPHTÉRIE-TÉTANOS-POLIO-COQUELUCHE (DTPC)

1ère injection le : ..../..../.....
2ème injection le : ..../..../.....
3ème injection le : ..../..../.....

1er Rappel : ..../..../..... Âge :
2ème Rappel : ..../..../..... Âge :
3ème Rappel : ..../..../..... Âge :
4ème Rappel : ..../..../..... Âge :
5ème Rappel : ..../..../..... Âge :

HÉPATITE B

La **vérification de l'immunisation et de l'absence d'infection par le VHB est obligatoire** pour tous les étudiants et personnels de santé relevant de la vaccination obligatoire contre le VHB.

Taux d'anticorps : .....
Joindre les résultats sérologiques quelle que soit la date

Taux d'anticorps anti Hbs	**>100 UI/L**	**Immunisé**
	10 -100 UI/L	**Réaliser Ag HBs** (si Ag HBs négatif : immunisé)
	<10	**Non protégé :** Reprendre le schéma vaccinal
En cas de doute : CONSULTER LE MÉDECIN AGRÉE RÉFÉRENT ARS		

Immunisation : ☐ Oui ☐ Non

VACCINS RECOMMANDÉS*

Vaccins	Oui / Date	Non
ROR		
Rougeole		
Rubéole		
Varicelle		
Coqueluche		
Hépatite A		
Grippe (annuellement)		
Infections à méningocoques (rattrapage ACWY de 15 à 24 ans)**		

*Cf. recommandations et modalités sur https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Recommandations-vaccinales-specifiques/Professionnels-exposes-a-des-risques-specifiques/Professionnels-de-sante
**Méningites et septicémies à méningocoques | vaccination info Service

BCG - pour information

Le décret n°2019-149 du 27 février 2019 **suspend l'obligation de vaccination contre la tuberculose des professionnels** visée aux articles R.3112-1 C et R.3112-2 du code de la santé publique.
La vaccination par le BCG n'est plus exigée lors de la formation ou de l'embauche de ces professionnels depuis le 1er avril 2019. Toutefois, il appartiendra **aux médecins du travail** d'évaluer ce risque et de proposer, le cas échéant, une vaccination par le vaccin antituberculeux BCG au cas par cas aux professionnels du secteur sanitaire et social non antérieurement vaccinés, ayant un test immunologique de référence négatif et susceptibles d'être très exposés.

FIÈVRE TYPHOÏDE - A vérifier avant une entrée en stage à risque

Recommandé : pour les élèves, étudiants ou professionnels de santé ayant un stage ou une activité à risque de contamination (i.e. lors de la manipulation d'échantillons biologiques, en particulier de selles, susceptibles de contenir des salmonelles).

Le décret n° 2020-28 du 14 janvier 2020 suspend l'obligation nationale contre la fièvre typhoïde.

ATTENTION : le certificat d'aptitude de l'étudiant / élève à l'entrée en formation dépend de ces indications.

Je soussigné(e), Docteur .....
Certifie que Mme – Mr .....
a répondu à ses obligations vaccinales selon le texte en vigueur et a reçu les vaccinations obligatoires précédentes.

Fait à ....., **le** .....

SIGNATURE DU MÉDECIN : **CACHET :**

Pour toute information, vous pouvez vous rendre sur le site Vaccination InfoService.fr
https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Recommandations-vaccinales-specifiques/Professionnels-exposes-a-des-risques-specifiques/Professionnels-de-sante

VACCINATION INFO SERVICE.FR — Santé publique France

NE PAS COMPLETER - SPECIMEN

ANNEXE 4 :
DOSSIER APPRENANT

DOSSIER APPRENANT SECTEUR SANITAIRE et SOCIAL

Les informations figurant dans le présent dossier sont destinées à la Région Grand Est et sont à renseigner par l'ensemble des apprenants admis en formation à la rentrée 2026/2027.

La Région participe au financement du fonctionnement des instituts de formations sanitaires en fonction des places agréées et financées.

Ne bénéficient de la gratuité du coût pédagogique de leur formation que les apprenants qui remplissent les conditions d'éligibilité fixées par la Région.

Ces conditions sont rappelées dans les fiches récapitulatives "Conditions générales et conditions spécifiques de prise en charge des formations" qui sont téléchargeables sur le site institutionnel de la Région Grand Est via le lien suivant :

http://www.grandest.fr/actions/formations-sanitaires-sociales/

****

Le dossier APPRENANT comporte 3 fiches à renseigner selon le code couleur suivant :

Renseignements à remplir par l'apprenant

Renseignements à remplir par l'institut

Renseignements à remplir par France Travail

Fiche 1 *Fiche de renseignements - Situation de l'apprenant : à remplir par tout apprenant*

Fiche 2 *Attestation sur l'honneur : à remplir par tout apprenant*

Fiche 3 *Attestation de France Travail : à remplir par tout apprenant ayant le profil de demandeur d'emploi*

Onglet 4 *Documents demandés en cas de contrôle*

****

Ces documents sont à remettre à l'institut de formation, dûment complétés et accompagnés de l'ensemble des justificatifs demandés, impérativement avant le démarrage de la formation.

Tout dossier mal renseigné ou incomplet sera rejeté par l'Institut ; et de ce fait, les frais de formation resteront à la charge de l'apprenant.

Toute fausse déclaration est passible de peines et d'amendes prévues par les articles 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal.

Les données personnelles recueillies sont exclusivement collectées pour un usage interne à la Région et sont destinées à la vérification du respect des critères d'éligibilité de la prise en charge du coût des formations.

Conformément à la loi *I* nformatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, tout utilisateur du présent document dispose d'un droit d'accès, de rectification et de radiation portant sur ses données personnelles sur simple demande à l'adresse suivante :

Conseil Régional Grand Est - Direction de l'Orientation, de la Formation pour l'Emploi
Service des Formations Sanitaires et Sociales
1 place Adrien Zeller - BP 91006 - 67070 STRASBOURG Cedex
Tél. 03 87 33 64 19 - mail : fss@grandest.fr

Fiche 1

FICHE DE RENSEIGNEMENTS - SITUATION DE L'APPRENANT

IDENTITE DE L'APPRENANT

Civilité :

Nom de naissance : Nom d'usage (marital) :

Prénoms :

Adresse postale :

CP : Ville :

Etat civil : (cochez la case correspondant à votre situation)

- Célibataire
- Marié(e)/Pacsé(e)
- Vie maritale
- Veuf(ve)
- Divorcé(e)

Date de naissance :

Téléphone :

Personne reconnue travailleur handicapé (O/N) ?

Adresse électronique :

PARCOURS SCOLAIRES

Dernier diplôme obtenu (niveau le plus élevé) :

Année d'obtention	Intitulé du diplôme	Spécialité/discipline/série

Date de sortie de formation initiale (études) :

Année scolaire	Cursus de formation	Etablissement

ANTECEDENTS PROFESSIONNELS DE L'APPRENANT AVANT L'ENTREE EN FORMATION (si concerné)

ANTECEDENTS PROFESSIONNELS A COMPLETER OBLIGATOIREMENT SUR LES DEUX DERNIERES ANNEES AVANT L'ENTREE EN FORMATION POUR TOUTES LES FORMATIONS

Date d'embauche (jj/mm/aaaa)	**Employeur et lieu de travail**	**Emploi occupé**	**Type de contrat** (CDD-CDI-Fonctionnaire-Intérimaire-Contrat en alternance-Contrat aidé-Contrat civique-Contrat volontariat...)	**Temps de travail**	**Nature de la fin du contrat** (fin de contrat-fin d'intérim-licenciement-rupture conventionnelle-démission-rupture d'un commun accord,...)	**Date de fin ou de rupture de contrat** (jj/mm/aaaa)

Toute fausse déclaration est passible de peines et d'amendes prévues par les articles 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal.

Je certifie exact les renseignements fournis.

Fait à : **Le :**

Signature de l'apprenant ou du responsable légal

Fiche 2

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) : _____ **déclare avoir pris connaissance :**

- du coût pédagogique de la formation :

Tarif applicable par année ou par session de formation : _____

Autres frais à charge de l'apprenant : _____

- des conditions de prise en charge fixées par la Région Grand Est (voir fiches synthétiques relatives aux conditions générales et aux conditions spécifiques de prise en charge des formations)

- et j'atteste :

☐ **remplir les conditions pour bénéficier d'une prise en charge régionale en tant que :**

- ☐ Jeune de -26 ans en poursuite d'études (certificat de scolarité 2024/2025 ou 2025/2026) **à transmettre à l'institut à l'entrée en formation**
- ☐ Demandeur d'emploi non démissionnaire durant la période de référence qui démarre **6 mois avant la date de rentrée de l'année de sélection et jusqu'à la date de rentrée effective (y compris en cas de report) - (hors formation AS et AP)**
- ☐ Salarié(e) bénéficiant d'un financement à titre dérogatoire pour les formations d'AS, AP et d'AMBU
- ☐ Salarié(e) en situation précaire dont le contrat de travail est inférieur ou égal à 18 heures par semaine ou 78 heures par mois dans les 9 mois avant l'entrée en formation
- ☐ Salarié(e) en tant que Vendeur à Domicile Indépendant (VDI) ou auto-entrepreneur dont le salaire moyen dans les 6 mois avant l'entrée en formation n'excéde pas 720 € par mois

☐ **financer la formation à titre personnel étant donné que je ne remplis pas les conditions d'éligibilité fixées par la Région**

☐ **bénéficier de la prise en charge du *coût pédagogique* par le biais d'un dispositif de formation professionnelle continue (Transition Pro, CFP, OPCO, ANFH, France Travail, plan de formation employeur...)**

☐ **mobilisation de mon CPF + le reste à charge à titre personnel**

Coordonnées du financeur : _____

Je m'engage à :

- signaler au plus tôt tout changement de situation qui serait susceptible de remettre en cause ou d'impacter le financement de la Région Grand Est ;
- m'acquitter des frais à titre personnel en cas d'omission ou d'erreur dans la présente déclaration, de non production des pièces demandées par l'institut de formation ou
- remettre toute pièce demandée par la Région en cas de contrôle ;
- être assidu durant toute la formation et respecter le règlement intérieur de l'institut de formation.

Toute fausse déclaration est passible de peines et d'amendes prévues par les articles 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal.

Je certifie exact les renseignements fournis.

Fait à : _____ **Le :** _____

Signature de l'apprenant ou du responsable légal

Fiche 3

ATTESTATION FRANCE TRAVAIL

FORMATIONS SANITAIRES et SOCIALES

Document à renseigner pour toutes les personnes inscrites comme demandeur d'emploi

IDENTITE DE L'APPRENANT

Nom de naissance et/ou nom d'usage :

Prénoms :

Date de naissance :

PROJET DE FORMATION

Etablissement de formation :

Formation suivie :

Lieu de formation :

Année scolaire ou universitaire :

Année de réussite aux sélections :

Date de la rentrée :

Période de référence : du : au :

ANTECEDENTS PROFESSIONNELS (à compléter pour toutes les formations)

Situation au regard des derniers emplois occupés durant la période de référence qui démarre **6 mois avant la date de rentrée de l'année de sélection et jusqu'à la date de rentrée effective (y compris en cas de report) - (cette période ne concerne pas les formations AS et AP) :**

soit : du : au :

Date d'embauche (jj/mm/aaaa)	**Employeur**	**Lieu de travail**	**Emploi occupé**	**Type de contrat** (CDD-CDI-Fonctionnaire-Intérimaire-Contrat en alternance-Contrat aidé-Contrat civique-Contrat volontariat…)	**Temps de travail**	**Nature de la fin du contrat** (fin de contrat-fin d'intérim-licenciement-rupture conventionnelle-démission-rupture d'un commun accord,…)	**Date de fin ou de rupture de contrat** (jj/mm/aaaa)

Le changement de situation lié à l'entrée en formation doit être signalé à France Travail dans le mois qui précède la rentrée.

Je soussigné(e) :

- **atteste remplir les critères d'éligibilité fixés par la Région Grand Est - tels que rappelés dans les fiches récapitulatives "Conditions générales et conditions spécifiques de prise en charge des formations",**
- **déclare avoir cessé toute activité professionnelle salariée ou non salariée et ne plus être lié contractuellement à un employeur (sauf en cas d'activité réduite si la quotité de travail est inférieure ou égale à 18h/semaine ou 78h/mois dans les 9 mois avant l'entrée en formation),**
- **et ne pas être placé(e) soit en disponibilité de la fonction publique, soit en congé (congé de formation, congé sabbatique, congé parental…) .**

J'autorise France Travail à transmettre les informations ci-après à la Région.

Toute fausse déclaration est passible de peines et d'amendes prévues par les articles 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal.

Fait à : **Le :**

Signature de l'apprenant ou du responsable légal

PARTIE A RENSEIGNER PAR FRANCE TRAVAIL

Attestation à remplir dans le mois précédent l'entrée en formation

Nom de naissance et/ou nom d'usage :

Prénoms :

Période de référence : du : au :
(cette période ne concerne pas les formations AS et AP)

- **l'apprenant est inscrit en tant que demandeur d'emploi (à compléter obligatoirement pour toutes les formations) :**

N° d'identifiant France Travail :

depuis le :

est inscrit en catégorie :

depuis le :

dernier jour d'actualisation :

justifie d'une activité déclarée à cette date (O/N) :

- **l'apprenant justifie du statut suivant, au cours de la période de référence (à compléter obligatoirement pour toutes les formations) :**

☐ non démissionnaire

☐ démissionnaire pour motifs légitimes reconnus **exclusivement** par la Région Grand Est soit : rupture d'un contrat aidé, emploi avenir ou service civique… - pour cause de non paiement des salaires - pour suivre le conjoint suite à mutation ou mariage - pour suivre son enfant handicapé admis dans une sutructure d'accueil - pour cause de violences conjugales - pour cause d'actes délictueux dans le cadre du contrat de travail

☐ non renouvellement de CDD

☐ autre motif de rupture *

*Motif de fin ou de rupture de contrat - choisir parmi les options suivantes : Convention de Reclassement Personnalisé (CRP), démission, démission contrat 18 h/semaine au maximum, licenciement, rupture conventionnelle/amiable, fin de contrat, dispositif démission-reconversion

Date de la rupture :

☐ non défini, France Travail n'étant pas en mesure de vérifier la situation de l'apprenant et d'attester de son statut au regard des critères fixés par la Région Grand Est

- **son projet de formation professionnelle a fait l'objet d'une validation auprès d'un conseiller : (France Travail, Mission locale, Cap Emploi ou Conseil Départemental).**

Nom du signataire :
Prénom :
Qualité :
Agence :
Lieu :
Date :

Signature et cachet de France Travail

Nom du signataire :
Prénom :
Qualité :
Lieu :
Date :

Signature et cachet **si suivi par**
Mission Locale, CAP EMPLOI ou Conseil Départemental

DOCUMENTS QUI VOUS SERONT DEMANDES EN CAS DE CONTROLE

POUR LES JEUNES EN POURSUITE D'ETUDES

- Certificat de scolarité 2024-2025 ou 2025-2026

POUR LES DEMANDEURS D'EMPLOI

- Dossier apprenant + attestation UNEDIC ou à défaut les contrats de travail pendant la période de référence
- Micro-entrepreneur : dossier apprenant + revenus déclarés à l'URSSAF des 6 derniers mois avant l'entrée en formation

POUR LES NON-FINANCES

- Attestation sur l'honneur du dossier apprenant pour le financement à titre personnel
- Attestation de mobilisation du Compte CPF (avec le montant)

POUR LES APPRENANTS HORS UNION EUROPENNE

- Titre de séjour en vigueur à la date de la rentrée en formation