



CENTRE HOSPITALIER DE REMIREMONT
Institut de Formation des Aides-Soignants
B.P. : 30161 - 88204 REMIREMONT CEDEX
Tél. : 03 29 23 41 24
E-mail : ifas@ch-remiremont.fr



La certification qualité a été délivrée au titre de la
catégorie d'action suivante : ACTIONS DE FORMATION

DOSSIER D'INSCRIPTION POUR L'ENTREE EN INSTITUT DE FORMATION PREPARANT AU DIPLOME D'AIDE-SOIGNANT FORMATION EN APPRENTISSAGE

RENTREE LE 30 MARS 2026
(Le quota est de 3 places)

Ouverture des inscriptions : **le vendredi 09 janvier 2026**

Clôture des inscriptions : **le lundi 02 mars 2026**

Entretiens : **début mars 2026**

Sous réserve de modifications induites par le contexte sanitaire

Les conditions d'admission sont fixées par Arrêté ministériel du 07 avril 2020
relatif aux modalités d'admission aux formations conduisant aux diplômes d'Etat d'aide-soignant et à l'arrêté du 10 juin 2021 modifié relatif à la
formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de
formation paramédicaux.

SOMMAIRE

I - PRÉSENTATION DE L'INSTITUT DE FORMATION AIDES-SOIGNANTS (IFAS) et de Sant'Est CFA	3
II - CONDITIONS D'INSCRIPTION ET SÉLECTION.....	3
III - DOSSIER D'INSCRIPTION.....	3
IV - ENTRETIEN.....	4
V - ADMISSION.....	4
VI -INFORMATIONS GÉNÉRALES.....	5
FICHE D'INSCRIPTION.....	6
LISTE RECAPITULATIVE DES PIECES A FOURNIR.....	7

I - PRESENTATION DE L'INSTITUT DE FORMATION AIDES SOIGNANTS (IFAS) ET DE SANT'EST CFA

L'IFAS :

Directeur : Sébastien LE BRIS
Adjoint au Directeur : Isabelle TESTEVIDE
Secrétaire : Magali SIBILLE

☎ 03 29 23 41 24
E-mail : ifas@ch-remiremont.fr
Site : <http://ifsi.ch-remiremont.fr/>

Ouverture au public du secrétariat :

- du lundi au jeudi : 8h - 12h et 14h - 17h ;
- le vendredi : 8h-12h et 14h-16h.

L'IFAS est l'un des 4 instituts du département des Vosges. Il est géré par le Centre Hospitalier de Remiremont.

Le CFA Sant'Est :

☎ 03 83 41 62 70
E-mail : contact@santestcfa.fr
Site : <https://www.santestcfa.fr>

II- CONDITIONS D'INSCRIPTION ET SELECTION

Les conditions d'admission sont fixées par les arrêtés cités en 1^{ère} page.

L'admission en formation par apprentissage conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant est subordonnée :

- à l'obtention d'un contrat d'apprentissage avec un employeur ;
- à l'envoi du dossier d'inscription à l'institut.

Le candidat doit être âgé d'au moins **17 ans et avoir moins de 30 ans à la date de son entrée en formation** (Pas de limite d'âge en cas de Reconnaissance de Travailleur Handicapé).

L'IFAS et le CFA s'engagent à travailler ensemble au développement de la formation DEAS en alternance, en contrat d'apprentissage.

Le cursus en apprentissage sera réalisé en alternance chez l'employeur et à l'institut sur une durée de 18 mois maximum.

III-DOSSIER D'INSCRIPTION

Le dossier d'inscription **complet** peut être transmis à l'Institut :

- par envoi postal, à adresser **OBLIGATOIREMENT** en recommandé avec Avis de Réception (A/R) à :

INSTITUT DE FORMATION D'AIDES-SOIGNANTS
CENTRE HOSPITALIER DE REMIREMONT
3 RUE GEORGES LANG – 88200 REMIREMONT

- ou déposé au secrétariat.

Un reçu peut être délivré lorsque le dossier est déposé directement au secrétariat de l'Institut. L'**avis de réception de l'envoi recommandé retourné par la poste** tient lieu de reçu en cas d'envoi postal du dossier.

**TOUT DOSSIER INCOMPLET ET/OU PARVENU APRES LA DATE DE CLOTURE DES INSCRIPTIONS SOIT LE 02 MARS 2026
SERA REFUSÉ**

(Cachet de la Poste faisant foi ou dépôt direct à l'institut avant 15h)

● Composition du dossier d'inscription :

- La **fiche d'inscription**
- La **fiche récapitulative** des pièces à fournir
- **2 timbres autocollants OU 2 enveloppes préaffranchies à votre nom et adresse complète**
- Une **photocopie recto verso de la carte d'identité EN COURS DE VALIDITE portant la mention : « Je soussigné(e)..... certifie l'exactitude du présent document » + votre signature + date**
(Le délai de 5 ans de prolongation accordé par l'Etat n'est valable que si au moment de la délivrance de la carte, la personne est majeure.)
- Une **lettre de motivation (manuscrite) avec description du projet professionnel**
- Un **curriculum vitae (CV)**
- La **copie de votre contrat d'apprentissage avec votre employeur ou une promesse d'embauche en contrat d'apprentissage de la part de ce dernier**
- Selon la situation du candidat, la **copie des originaux de ses diplômes ou titres traduits en français portant la mention : « Je soussigné(e)..... certifie l'exactitude du présent document » + votre signature + date**
- Pour les ressortissants étrangers, une **attestation du niveau de langue française égal ou supérieur au niveau B2 de cadre européen commun de référence pour les langues du Conseil de l'Europe et un titre de séjour valide pour toute la période de la formation (OBLIGATOIRE)**
- Facultatif : un justificatif valorisant un engagement ou une expérience personnelle (associative, sportive...) en lien avec la profession d'aide-soignant.

IV-ENTRETIEN

Après réception de votre dossier, vous recevrez une convocation pour l'entretien qui se déroulera **début mars 2026** au sein de l'institut de Remiremont.

V-ADMISSION

A l'issue de l'étude du dossier et de l'entretien, vous serez personnellement informé par courrier de l'acceptation ou non de votre candidature.

CONDITIONS MEDICALES

Compte tenu des délais à respecter entre les différentes vaccinations et pour ne pas vous exposer soit à perdre le bénéfice de l'admission soit à ne pas être affecté en stage le moment venu, nous vous incitons à la démarrer, dès votre inscription.

En effet, l'article 8 ter (créé par l'arrêté du 12/04/2021 – art. 1) stipule que :

« L'admission définitive est subordonnée :

1° A la production, au plus tard le premier jour de la rentrée, d'un certificat médical émanant uniquement d'un **médecin agréé** (liste disponible sur le site <https://www.grand-est.ars.sante.fr/annuaire-des-professionnels-et-etablissements>) 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 (le document sera donné par l'Institut en cas d'admission) ;

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 » (le document sera donné par l'Institut en cas d'admission).

A titre informatif (ne pas la joindre à votre dossier d'inscription), nous vous transmettons, ci-dessous, l'attestation médicale de vaccinations obligatoires pour l'entrée en formation. Attestation à remplir par votre médecin traitant et à remettre à l'Institut, **à la rentrée**, afin de respecter le schéma vaccinal et les échéances imposées.



Il est nécessaire d'avoir réalisé un tubertest récent (moins de 3 mois) avant l'entrée en formation.

DOCUMENT A TITRE D'INFORMATION SUSCEPTIBLE DE CHANGER NE PAS REMPLIR

Département des Politiques de Ressources Humaines en Santé	ATTESTATION MÉDICALE DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES POUR L'ENTRÉE EN FORMATION DE	V6-05/2025
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 :
Age :

Compléter impérativement les dates en précisant JJ/MM/AA

DIPHTÉRIE-TÉTANOS-POLIO-COQUELUCHE (DTPC)

1^{ère} injection le : 1^{er} Rappel : Age :
2^{ème} injection le : 2^{ème} Rappel : Age :
3^{ème} injection le : 3^{ème} Rappel : Age :
4^{ème} Rappel : Age :
5^{ème} Rappel : Age :

HEPATITE 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 AGRÉÉ RÉFÉRENT ARS**

Immunisation : ☐ Oui ☐ Non

VACCINS RECOMMANDÉS*

Vaccins	Oui / Date	Non
ROR		
Rougeole		



Rubéole	
Varicelle	
Coqueluche	
Hépatite A	
Grippe (annuellement)	
Infections à méningocoques (intrajugulaire) CWY de 15 à 24 ans	

* Cf. recommandations et modalités sur : <https://www.solidarites-sante.gouv.fr/les-recommandations-de-vaccination-pour-les-etudiants-et-personnels-de-sante>
* <https://www.solidarites-sante.gouv.fr/les-recommandations-de-vaccination-pour-les-etudiants-et-personnels-de-sante>

BCG - pour information

Le décret n°2019-148 du 27 février 2019 suspend l'obligation de vaccination contre la tuberculose des professionnels visés
aux articles R.3112-10 et R.3112-11 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 1^{er} avril
2019. Toutefois, il appartient 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 une salmonelle).

Le décret n° 2020-28 du 14 janvier 2020 suspend l'obligation vaccinale 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 tableau 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://www.vaccination-info-service.fr/>



**VACCINATION
INFO SERVICE.FR**
Le site de référence qui répond à vos questions



VI-INFORMATIONS GENERALES

CAPACITÉ D'ACCUEIL

L'IFAS de Remiremont a un quota de 3 places en formation par apprentissage.

COÛT ET PRISE EN CHARGE DE LA FORMATION

La formation est prise en charge par votre employeur.

LA FORMATION

La formation en apprentissage sur 18 mois maximum permet une alternance et la réalisation de périodes chez
l'employeur tout en faisant un cursus complet de formation voire partiel.

La formation d'aide-soignant en apprentissage se déroule de la façon suivante :

- Des périodes d'enseignements théoriques assurées par l'IFAS ;
- Des périodes chez l'employeur dans le cadre du contrat d'apprentissage signé par l'employeur, l'apprenti et le
CFA « Sant'Est CFA » ;
- Des périodes de stage qui peuvent être réalisées chez l'employeur, ou bien hors-employeur.

A l'issue du processus complet de formation, l'IFAS présente les apprentis au jury du diplôme d'Etat (DREETS).



EPREUVES DE SELECTION 2026 FORMATION EN APPRENTISSAGE
INSTITUT DE FORMATION AIDE SOIGNANT DU CH DE REMIREMONT

(Avant de renseigner les rubriques ci-dessous, lisez attentivement la notice jointe)

FICHE D'INSCRIPTION FORMATION EN APPRENTISSAGE

MADAME ☐ MONSIEUR ☐

NOM de NAISSANCE

PRENOMS

NOM MARITAL

DATE DE NAISSANCE DEPT et VILLE DE NAISSANCE

NATIONALITÉ :

SITUATION FAMILIALE :

TEL portable | _ . _ | _ . _ | _ . _ | _ . _ | E-mail

TEL fixe | _ . _ | _ . _ | _ . _ | _ . _ |

ADRESSE

CODE POSTAL | _ . _ . _ | VILLE.....

DIPLOME(S) : ANNÉE D'OBTENTION :

EMPLOYEUR (dénomination sociale, adresse, numéro de téléphone) :

.....
.....

☐ J'accepte sans réserve le règlement qui régit la sélection.

☐ Je soussigné(e) atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document et avoir pris connaissance des informations fournies et relatives à la formation.

Fait à : Le.....

Signature (signature du représentant légal pour les mineurs) :

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

Numéro de dossier : | _ . _ . _ . _ |

Date de réception : | _ . _ | _ . _ | _ . _ |

Saisie Prestage : | _ . _ | _ . _ | _ . _ |

Déposé à l'IFAS :

Envoi : simple ou R.C. + A.R.



INSTITUT DE FORMATION DES AIDES-SOIGNANTS DU CH DE REMIREMONT

3 Rue Georges Lang – 88200 REMIREMONT

☎ : 03.29.23.41.24

E-mail : ifas@ch-remiremont.fr

LISTE RECAPITULATIVE DES PIECES A FOURNIR

A compléter et à joindre aux pièces demandées

MADAME ☐

MONSIEUR ☐

NOM de NAISSANCE

PRENOMS

NOM MARITAL

Documents à fournir :	A cocher par le candidat	Réservé à l'IFAS
Fiche d'inscription	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiche récapitulative des pièces à fournir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 timbres autocollants ou 2 enveloppes préaffranchies à votre nom et adresse complète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Photocopie recto verso carte identité en cours de validité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lettre de motivation manuscrite avec description du projet professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Curriculum Vitae (CV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Copie des originaux des diplômes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Copie contrat apprentissage avec employeur ou promesse d'embauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attestation de niveau de langue française égal ou supérieur au niveau B2 de cadre européen commun de référence pour les langues du Conseil de l'Europe (pour les candidats étrangers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Titre de séjour valide pour toute la période de formation (pour les candidats hors Union Européenne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facultatif : un justificatif valorisant un engagement ou une expérience personnelle (associative, sportive...) en lien avec la profession d'aide-soignant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Initiales de l'agent : | . . . |

(*) Toute photocopie sera **datée et signée** et devra porter la mention manuscrite suivante :
« Je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations portées sur ce document. »