

# Institut de Formation d'Aides Soignants de l'Hospitalisation Privée

Maison de la Formation de la CCI Route de Thuir – B.P. 90443

66004 PERPIGNAN CEDEX

Tél. / Fax: 04-68-56-45-70

E mail : ecole.as.hp@wanadoo.fr



## CONCOURS D'ENTREE 2011 INSTITUT DE FORMATION D'AIDES-SOIGNANTS – PROMOTION 2011-2012



### ETAT CIVIL

DOCUMENT À NOUS RETOURNER ACCOMPAGNE DES PIÈCES DEMANDÉES

Mme  Mlle  Mr

Nom.....Nom de jeune fille.....

Prénom : .....Date de naissance     
jour mois année

Lieu de naissance..... Nationalité :.....

N° Sécurité Sociale : .....

Adresse : .....

Tél. : .....

Possédez-vous un véhicule : oui  non

### ETUDES

Niveau d'études : .....

Diplôme acquis : .....

Nature et date d'obtention : .....

Etes-vous titulaire d'un diplôme prévu dans l'article 18 et 19 de l'Arrêté du 22/10/2005, modifié le 15/03/2010. (CCA, DEAVS, DE d'AMP, Titre professionnel d'Assistante de vie aux familles, DE d'Auxiliaire de puériculture

OUI  NON

Si oui, vous vous engagez à suivre la formation complète avec la validation de tous les modules et fournir la photocopie du diplôme obtenu ainsi qu'une attestation sur l'honneur de l'obtention du titre.

### SITUATION ANTERIEURE

DERNIER EMPLOI OCCUPE : .....

ACTIVITE DANS LES 12 DERNIERS MOIS : .....

LIEU DE RESIDENCE DANS LES 12 DERNIERS MOIS : .....

### SITUATION ACTUELLE

#### DEMANDEURS D'EMPLOI :

Jeune de moins de 26 ans sans emploi  demandeur d'emploi de plus de 26 ans

Inscrit à Pôle Emploi : oui  non

SALARIE : oui  non  CDD  CDI  Employeur : .....

Bénéficiaire du RSA : oui  non

**FICHE A REMPLIR EN FONCTION DE VOTRE SITUATION ACTUELLE**

**Toute rubrique non remplie ou incomplète entraînera le rejet du dossier**

I – VOUS ETES DEMANDEUR D’EMPLOI

PÔLE EMPLOI de : ..... date d’inscription : .... / .... / .... n° identifiant : .....

BENEFICIAIRE DE L’A.R.E. .... OUI  NON

DEMANDEUR D’EMPLOI DE LONGUE DUREE ... OUI  NON

---

II – VOUS VENEZ DE TERMINER  
OU VOUS ALLER TERMINER UN CONTRAT A DUREE DETERMINEE

et vous avez 2 ans d’activité salariée dans les 5 dernières années  
dont 4 mois dans l’année précédant l’entrée en formation

Vous pouvez bénéficier d’un Congé Individuel de Formation

---

III – VOUS ETES SALARIE(E) EN CDI

Vous avez au moins 2 ans d’expérience professionnelle  
dont 1 an dans la même entreprise

Vous pouvez bénéficier d’un Congé Individuel de Formation

Il est impératif de nous fournir le dossier de prise en charge de l’organisme financeur  
dès qu’il est en votre possession

Emploi occupé :

Date d’embauche :

Employeur :

Organisme financeur :

---

**CONFORMEMENT AU CODE LA SANTE PUBLIQUE, LA CONTRE INDICATION  
A LA VACCINATION DE L'HEPATITE B CONSTITUE UNE INAPTITUDE A  
UNE PROFESSION SANITAIRE OU SOCIALE**

**PEUVENT SE PRESENTER AU CONCOURS**

Les candidats âgés de 17 ans au moins à la date d'entrée en formation.  
Aucune limite d'âge n'est prévue.

**MODALITES**

Les épreuves de sélection comportent une épreuve écrite d'admissibilité et une épreuve orale d'admission.

**1 – ADMISSIBILITE :**

Aucune condition de diplôme n'est requise pour se présenter à l'épreuve d'admissibilité.  
Cette épreuve anonyme, d'une durée de deux heures est notée sur 20 points.

**Elle se décompose en deux parties :**

- a) à partir d'un texte de culture générale d'une page maximum et portant sur un sujet d'actualité d'ordre sanitaire et social, le candidat doit :
- dégager les idées principales du texte ;
  - commenter les aspects essentiels du sujet traité sur la base de deux questions au maximum.

Cette partie est notée sur 12 points et a pour objet d'évaluer les capacités de compréhension et d'expression écrite du candidat.

- b) une série de dix questions à réponse courte :
- cinq questions portant sur des notions élémentaires de biologie humaine
  - trois questions portant sur les quatre opérations numériques de base
  - deux questions d'exercice mathématiques de conversion.

Cette partie est notée sur 8 points et a pour objet de tester les connaissances du candidat dans le domaine de la biologie humaine ainsi que ses aptitudes numériques.

**Sont dispensés de l'épreuve écrite d'admissibilité :**

- 1° - les candidats titulaires d'un titre ou diplôme homologué au minimum au niveau IV ou enregistré à ce niveau au répertoire national de certification professionnelle, délivré dans le système de formation initiale ou continue français (ex : baccalauréat, brevet professionnel).
- 2 ° - les candidats titulaires d'un titre ou diplôme du secteur sanitaire ou social homologué au minimum au niveau V, délivré dans le système de formation initiale ou continue français.
- 3° - les candidats titulaires d'un titre ou diplôme étranger leur permettant d'accéder directement à des études universitaires dans le pays où il a été obtenu.
- 4° - les candidats ayant suivi une première année d'études conduisant au diplôme d'état d'infirmier et n'ayant pas été admis en deuxième année.

**2 – ADMISSION :**

L'épreuve orale d'admission est notée sur 20 points.

Elle se divise en deux parties et consiste en un entretien de vingt minutes maximum avec deux membres du jury, précédé de 10 minutes de préparation :

- a) Présentation d'un exposé à partir d'un thème relevant du domaine sanitaire et social et réponse à des questions.

Cette partie notée sur 15 points, vise à tester les capacités d'argumentation et d'expression orale du candidat ainsi que ses aptitudes à suivre la formation.

- b) Discussion avec le jury sur la connaissance et l'intérêt du candidat pour la profession d'aide-soignant.  
Cette partie, notée sur 5 points est destinée à évaluer la motivation du candidat.

Une note inférieure à 10 sur 20 à cette épreuve est éliminatoire.

Les candidats sont classés par ordre de mérite et selon la législation en vigueur.

Une liste des 29 premiers candidats sera établie.

Tous les autres candidats seront classés en liste complémentaire  
et seront appelés en fonction des désistements.

**FRAIS D'INSCRIPTION AU CONCOURS : 50 €**  
**LES MANDATS ET LES ESPECES NE SONT PAS ACCEPTES**

**DATE DES EPREUVES**

<b>* EPREUVE ECRITE</b>	<b>Vendredi 11 février 2011 de 10h00 à 12h00</b>
Date des résultats de l'épreuve écrite	<b>Mardi 15 mars 2011, l'après-midi</b> (résultats affichés au secrétariat de l'institut et sur le site <a href="http://www.fhp-lr.com">www.fhp-lr.com</a> )
<b>* EPREUVE ORALE</b>	<b>A partir du 28 mars 2011</b>
Date des résultats de l'épreuve orale	Les dates exactes vous seront communiquées en temps utile. <b>Vers le 20 avril 2011, date à confirmer</b> (Résultats affichés au secrétariat de l'institut et sur le site <a href="http://www.fhp-lr.com">www.fhp-lr.com</a> )

**TOUS LES CANDIDATS RECEVRONT UNE CONVOCATION**

**LA FORMATION SE DEROULERA  
DU 29/08/11 AU 29/06/12 INCLUS  
Coût de la formation pour l'année : 6000 €**

**CLOTURE DES INSCRIPTIONS :  
JEUDI 20 JANVIER 2011 INCLUS  
LE CACHET DE LA POSTE FAISANT FOI**

**LES DOSSIERS SONT A RENVOYER**  
**UNIQUEMENT EN RECOMMANDÉ**  
**A L'ADRESSE SUIVANTE :**

**I.F.A.S De l'Hospitalisation Privée  
Maison de la formation de la CCI  
Route de Thuir – BP 90443  
66004 PERPIGNAN Cedex**

## LISTE DES PIÈCES A FOURNIR

### ATTENTION !!!

L'absence d'une des pièces demandées ci-dessous entraînera le rejet du dossier. Pensez également à coller vos timbres et à remplir vos enveloppes et recommandés comme demandé. Dans tous les cas, les dossiers d'inscription et les pièces fournies restent en possession de l'école. En cas de désistement, les frais d'inscription ne sont pas remboursés.

### POUR TOUS LES CANDIDATS

1. Photocopie de la carte nationale d'identité (la photocopie du permis n'est pas acceptée)
2. 1 chèque de 50 euros libellé à l'ordre de l'A.E.H.P. (**LES MANDATS ET LES ESPECES NE SONT PAS ACCEPTES**)
3. **Pour les candidats qui doivent passer l'épreuve écrite et l'épreuve orale** : 3 enveloppes format A5 (moitié de A4) timbrées **4,72 euros chacune (timbres collés) et libellées à votre adresse et 3 formulaires pour lettre recommandée avec accusé de réception** complétés lisiblement comme le modèle ci-dessous, que vous collerez au dos de chaque enveloppe. Attention à ne pas les coller sur la bande adhésive de l'enveloppe.
4. **Pour les candidats qui ne passent pas l'épreuve écrite et qui sont convoqués directement pour l'épreuve orale** : 2 enveloppes format A5 (moitié de A4) timbrées **4,72 euros chacune (timbres collés) et libellées à votre adresse et 2 formulaires pour lettre recommandée avec accusé de réception** complétés lisiblement comme le modèle ci-dessous, que vous collerez au dos de chaque enveloppe. Attention à ne pas les coller sur la bande adhésive de l'enveloppe.
5. Photocopie du diplôme dispensant de l'épreuve écrite.

### A JOINDRE EN PLUS DE CES DOCUMENTS :

#### POUR LES DEMANDEURS D'EMPLOI :

- Photocopie de la carte ANPE ou document d'inscription que vous pouvez faire à la borne.

#### POUR LES SALARIES :

- Certificat de travail.
- Nom de l'organisme financeur de votre formation si celui-ci vous a été communiqué par l'employeur.

### FORMULAIRE DE RECOMMANDE A REMPLIR COMME CECI :

The image shows a French postal envelope (Recommandé avec avis de réception) with handwritten information and stamps. The envelope is addressed to the destination and contains a return address. The return address is: I.F.A.S DE L'HOSPITALISATION PRIVEE, Maison de la formation de la CCI, Route de Thuir - BP 90443, 66004 PERPIGNAN Cedex. The price of the envelope is 4,72 euros. The envelope is marked with 'LA POSTE' and 'RECOMMANDE AVEC AVIS DE RECEPTION'. The return address is written in the 'Expéditeur' field. The destination address is written in the 'Destinataire' field. The envelope is marked with 'PREUVE DE DÉPÔT A CONSERVER PAR LE CLIENT'.

**Destinataire**

Identité ou raison sociale  
**NOTER VOTRE ADRESSE ICI**

Codes postal / Commune

Présentation le : / /  
Distribution le : / /

Signature du destinataire ou du mandataire (Précisez nom et prénom)

Expéditeur

RECOMMANDE AVEC AVIS DE RECEPTION

Numéro de l'envoi : RA 35 583 778 5 FR

Expéditeur

Libellé de la voie  
**I.F.A.S DE L'HOSPITALISATION PRIVEE**  
**Maison de la formation de la CCI**  
N°: **Route de Thuir - BP 90443**  
**66004 PERPIGNAN Cedex**

Date : / / Prix : **4,72** CRBT : / /

Niveau de garantie (valeur au dos) : R1  R2  R3

PREUVE DE DÉPÔT A CONSERVER PAR LE CLIENT

RCS PARIS 356 000 000