

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 2010 INSTITUT DE FORMATION D'AIDES-SOIGNANTS – PROMOTION 2010-2011



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 :

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

Lieu de travail :

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

ANPE 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 30 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

* EPREUVE ECRITE	Lundi 1^{er} mars 2010 (horaire à confirmer)
Date des résultats de l'épreuve écrite	Vendredi 26 mars 2010 (résultats affichés au secrétariat de l'institut et sur le site www.fhp-lr.com)
* EPREUVE ORALE	Du 26 avril 2010 au 17 mai 2010
Date des résultats de l'épreuve orale	Les dates exactes vous seront communiquées en temps utile. Jeudi 20 mai 2010 (Résultats affichés au secrétariat de l'institut et sur le site www.fhp-lr.com)

TOUS LES CANDIDATS RECEVRONT UNE CONVOCATION

**LA FORMATION SE DEROULERA
DE SEPTEMBRE 2010 A DEBUT JUILLET 2011**
Les dates exactes vous seront confirmées ultérieurement.
Coût de la formation pour l'année : **5700 €**

CLOTURE DES INSCRIPTIONS :
VENDREDI 29 JANVIER 2010 INCLUS
LE CACHET DE LA POSTE FAISANT FOI

LES DOSSIERS SONT A RENVOYER
UNIQUEMENT EN RECOMMANDE
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** : 3 enveloppes format A5 (moitié de A4) timbrées **4,70 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 que l'épreuve orale** : 2 enveloppes format A5 (moitié de A4) timbrées **4,70 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.

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 :

LA POSTE Destinataire

Identité ou raison sociale
NOTER VOTRE ADRESSE ICI

Code postal / Commune

Présentation le : / /
Distribution le : / /

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

Expéditeur

RECOMMANDE AVEC AVIS DE RÉCEPTION

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

I.F.A.S DE L'HOSPITALISATION PRIVEE

Expéditeur

Identité ou raison sociale

Maison de la formation de la CCI

N°: **Route de Thuir - BP 90443**

Libellé de la voie

Route de Thuir - BP 90443

66004 PERPIGNAN Cedex

Prix : **4,70** CRBT :

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

PREUVE DE DÉPÔT A CONSERVER PAR LE CLIENT

RCS PARIS 356 000 000