

**INSTITUT DE FORMATION D'AIDE-SOIGNANT DU C.R.I.P.**

435, Avenue Georges FRÊCHE - CS 10010

34173 CASTELNAU-LE-LEZ CEDEX

Tél : 04.67.33.18.13 / 04.67.63.75.37

Email: ifas.crip@ugecam.assurance-maladie.fr

Site Web: <https://www.groupe-ugecam.fr/crip>

## Dossier d'inscription – Sélection IFAS CRIP 2025

« Personnes en situation de handicap :

**Candidats PSH »**

**Veillez lire la notice « informations IFAS 2025 »  
 pour vous aider à remplir ce dossier.**

### RAPPEL DE LA NOTICE

Candidats PSH	Candidats PSH et ASH	Candidats PSH par voie d'apprentissage
Remplir les pages 1 à 6	Remplir les pages 1, 2, 7 et 8	Remplir les pages 1,2,9 à 10

	Candidats PSH
Clôture des inscriptions	<b>Lundi 16 juin 2025</b>

**NOM de NAISSANCE :** ..... **Prénoms :** .....

**NOM d'usage :** .....

**Téléphone portable :** ..... **Adresse Mail :** .....

**Adresse postale :** .....

**Code Postal :** ..... **Ville :** .....

## « Candidats PSH » - Note importante à lire

L'IFAS du CRIP est ouvert aux candidats pour lesquels la MDPH<sup>1</sup> de leur département a reconnu un handicap compatible avec la profession d'aide-soignant.

Ainsi, à la date de clôture des inscriptions aux épreuves de sélection, le candidat PSH doit :

- Disposer d'une **notification de Reconnaissance en Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) délivrée par la MDPH en cours de validité, ou au minimum, avoir déposé une demande de RQTH.**
- Et disposer d'une **notification d'Orientation Professionnelle (MDPH) ou au minimum, avoir déposé une demande d'Orientation Professionnelle.**

**Quelle que soit votre situation à la MDPH, prenez contact avec nos formateurs :**

Tél : 04.67.63.75.83 / 04.67.63.75.01 / 04.67.63.75.29

Mail : [ifas.crip@ugecam.assurance-maladie.fr](mailto:ifas.crip@ugecam.assurance-maladie.fr)

### « Candidats PSH »

#### Cocher les cases correspondantes

Vous avez :

Une notification de Reconnaissance en Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH)

OUI (joindre une copie RQTH)

DEMANDE EN COURS (joindre copie MDPH) ou  Attestation sur l'honneur

Date de dépôt de la demande de RQTH : .....

Une notification d'orientation professionnelle pour la formation d'aide-soignant

OUI (joindre copie d'orientation MDPH)

DEMANDE EN COURS (joindre copie MDPH) ou  Attestation sur l'honneur.

Date de dépôt du dossier d'orientation professionnelle : .....

Un aménagement des épreuves

OUI : 1/3 Temps ou autre à préciser : ..... (joindre copie MDPH)

DEMANDE EN COURS (joindre copie MDPH)

Date de dépôt de la demande d'aménagement des épreuves : .....

**ATTENTION : TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS INSTRUIT**

<sup>1</sup> MDPH = Maison départementale des personnes handicapées  
Candidat PSH

## Fiche à remplir – Candidats PSH à la Formation aide-soignant IFAS du CRIP

NOM de NAISSANCE : ..... Prénoms : .....  
NOM d'usage : ..... SEXE :  F  M  
DATE DE NAISSANCE : ..... VILLE DE NAISSANCE : .....  
NATIONALITE : ..... N° de S.S. : .....

### Précisez votre situation actuelle (cochez les cases correspondantes)

Vous êtes en poursuite de scolarité (photocopie du diplôme, du titre ou de l'attestation)

Titulaire d'un diplôme ou d'un titre professionnel

BAC (à préciser) : .....

Autre diplôme ou titre (à préciser) : .....

Actuellement en terminale (à préciser) : .....

Vous n'avez aucun diplôme ou titre professionnel

Vous êtes demandeur d'emploi

Agence Pôle Emploi de : .....

Date d'inscription : ..... / ..... / ..... / N° identifiant : .....

Vous êtes salarié(e)

Autre situation (à préciser) .....

### Dossier : liste des pièces à fournir pour tous les candidats (cochez les cases)

#### Attention : documents uniquement en recto et sans agrafes

Photocopie des 2 faces de la pièce d'identité soit : Carte d'identité ou titre de séjour ou passeport en cours de validité

Lettre de motivation manuscrite (Voir page 4 de ce document)

Curriculum vitae (CV)

Document manuscrit relatant, au choix du candidat, soit une situation personnelle ou professionnelle vécue, soit son projet professionnel en lien avec les attendus de la formation (voir note d'informations) ; ce document n'excède pas deux pages.

(Voir pages 5 et 6 de ce document « situation personnelle ou professionnelle vécue par le candidat »)

Selon la situation du candidat, la copie du ou des diplômes ou titres traduits en français

Si poursuite de scolarité, la copie de ses relevés de résultats et appréciations / bulletins scolaires / feuilles de stage

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

Si réorientation, une attestation de suivi d'une action-projet préparant à la formation d'aide-soignant

Pour les ressortissants hors Union européenne, une attestation du niveau de langue française requis en B2 et un titre de séjour valide pour toute la période de la formation

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

**Le Passeport Médical : Il est à télécharger sur le site du CRIP et à nous remettre le plus tôt possible. Dernier délai une semaine avant votre entrée en formation.**

Le candidat accepte sans réserve le règlement qui régit les épreuves de sélection d'entrée en formation à l'IFAS du CRIP UGECAM Occitanie.

« Je soussigné(e), ..... (préciser Nom et Prénom), atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce dossier. »

Le ..... SIGNATURE du candidat :







**Cas particulier réservé aux personnes en situation de handicap uniquement.  
ASH qualifiés ou agents de service  
Formation aide-soignant IFAS du CRIP**

Vous êtes agent des services hospitaliers qualifiés de la fonction publique hospitalière ou agent de service du secteur privé.

**NOM de NAISSANCE :** ..... **Prénoms :** .....

**NOM d'usage :** ..... **SEXE :**  F  M

**DATE DE NAISSANCE :** ..... **VILLE DE NAISSANCE :** .....

**NATIONALITE :** ..... **N° de S.S. :** .....

**Téléphone fixe :** ..... **Téléphone portable :** .....

**Adresse Mail :** .....

**ADRESSE :** .....

Code Postal : ..... Ville : .....

**Précisez votre situation actuelle (cochez les cases correspondantes)**

- Vous êtes** Titulaire d'un diplôme ou d'un titre professionnel  
**(photocopie du diplôme, du titre ou de l'attestation)**  
BAC (à préciser) : .....  
Autre diplôme ou titre (à préciser) : .....  
Actuellement en terminale (à préciser) : .....
- Vous n'avez aucun diplôme ou titre professionnel**
- Vous êtes salarié(e)**  
 Nom de l'employeur : .....  
Adresse de l'employeur : .....

**Dossier : liste des pièces à fournir pour tous les candidats (cochez les cases correspondantes)**  
**Attention : documents uniquement en recto et sans agrafes**

- Photocopie** des 2 faces de la pièce d'identité soit : Carte d'identité ou titre de séjour ou passeport en cours de validité
- Lettre de motivation manuscrite (Voir page 8 de ce document)
- Curriculum vitae (CV)
- Les attestations de travail justifiant d'au moins 1 an en équivalent temps plein (ETP), 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
- L'attestation de suivi de la formation continue de 70 heures relative à la participation aux soins d'hygiène, de confort et de bien-être de la personne âgée
- Justificatif d'une ancienneté de services cumulée d'au moins 6 mois en ETP, effectués au sein d'un ou plusieurs établissements sanitaires et médico-sociaux des secteurs publics et privé ou dans des services d'accompagnement et d'aide au domicile des personnes
- Pour les ressortissants hors Union européenne, une attestation du niveau de langue française requis en B2 et un titre de séjour valide pour toute la période de la formation

**Le Passeport Médical : Il est à télécharger sur le site du CRIP et à nous remettre le plus tôt possible. Dernier délai une semaine avant votre entrée en formation.**

Le candidat accepte sans réserve le règlement qui régit les épreuves de sélection d'entrée en formation à l'IFAS du CRIP UGECAM Occitanie.

« Je soussigné(e), ..... (préciser Nom et Prénom), atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document. »

Le ..... **SIGNATURE** du candidat :



**Cas particulier réservé aux personnes en situation de handicap uniquement.  
Admission par la voie de l'apprentissage  
Formation aide-soignant IFAS du CRIP**

Vous souhaitez intégrer l'IFAS du CRIP en qualité d'apprenti.

**NOM de NAISSANCE :** ..... **Prénoms :** .....

**NOM d'usage :** ..... **SEXE :**  F  M

**DATE DE NAISSANCE :** ..... **VILLE DE NAISSANCE :** .....

**NATIONALITE :** ..... **N° de S.S. :** .....

**Téléphone fixe :** ..... **Téléphone portable :** .....

**Adresse Mail :** .....

**ADRESSE :** .....

Code Postal : ..... Ville : .....

**Précisez votre situation actuelle** (cochez les cases correspondantes)

**Vous êtes Titulaire d'un diplôme ou d'un titre professionnel**  
**(photocopie du diplôme, du titre ou de l'attestation)**  
BAC (à préciser) : .....  
Autre diplôme ou titre (à préciser) : .....  
Actuellement en terminale (à préciser) : .....

**Vous n'avez aucun diplôme ou titre professionnel**

**Vous êtes salarié(e)**

Nom de l'employeur : .....  
Adresse de l'employeur : .....

**Dossier : liste des pièces à fournir pour tous les candidats** (cochez les cases correspondantes)

**Attention : documents uniquement en recto et sans agrafes**

**Photocopie** des 2 faces de la pièce d'identité soit : Carte d'identité ou titre de séjour ou passeport en cours de validité

Lettre de motivation manuscrite avec description votre projet professionnel (Voir page 10 de ce document)

Curriculum vitae (CV)

Copie du contrat d'apprentissage signé ou tout justificatif des démarches en vue d'une signature du contrat d'apprentissage

**Passeport Médical : Il est à télécharger sur le site du CRIP et à nous remettre le plus tôt possible. Dernier délai une semaine avant votre entrée en formation.**

Le candidat accepte sans réserve le règlement qui régit les épreuves de sélection d'entrée en formation à l'IFAS du CRIP UGECAM Occitanie.

« Je soussigné(e), ..... (préciser Nom et Prénom), atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document. »

Le ..... **SIGNATURE du candidat :**

