

Institut de Formation d'aides-soignants du CH Le Mans

**Inscription à la sélection d'entrée
2026 pour la voie scolaire**

**Dossier de candidature en formation
conduisant au diplôme d'État d'aide-soignant**

Sélection pour l'entrée en formation d'aide-soignant

• Présentation de la Sélection

La sélection des candidats est effectuée par un jury de sélection, composé d'un·e aide-soignant·e en activité professionnelle ou ayant cessé celle-ci depuis moins d'un an et d'un·e formateur·rice infirmier·e ou cadre de santé d'un institut de formation paramédical, sur la base d'un dossier et d'un entretien destinés à apprécier les connaissances, les aptitudes et la motivation du candidat à suivre la formation. Ce dernier d'une durée de 15 à 20 minutes permet d'apprécier les qualités humaines et relationnelles du candidat et son projet professionnel, il peut être réalisé à distance.

Les candidats doivent être âgés de dix-sept ans au moins à la date d'entrée en formation.

Arrêté du 7 avril 2020 modifié relatif aux modalités d'admission aux formations conduisant au diplôme d'État d'aide-soignant.

• Sélection par Coursus

Coursus partiel uniquement :

Public concerné :

■ Les candidats titulaires d'un baccalauréat ASSP « Accompagnement, Soins, Services à la Personne » ou SAPAT « Services Aux Personnes et Aux Territoires »

Sont dispensés de l'épreuve de sélection [...], les agents des services hospitaliers qualifiés de la fonction publique hospitalière et les agents de service pris en charge financièrement par leur employeur :

- Justifiant d'une ancienneté de services cumulée d'au moins un an en équivalent temps plein, 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 à domicile des personnes
- Ou justifiant à la fois du suivi de la formation continue de soixante-dix heures relative à la participation aux soins d'hygiène, de confort et de bien-être de la personne âgée et d'une ancienneté de services cumulée d'au moins six mois en équivalent temps plein, 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 à domicile des personnes

La sélection d'automne 2025 est valable pour la **rentrée du 5 janvier 2026** (coursus partiels BAC PRO ASSP et SAPAT)

• Capacité d'Accueil

L'IFAS du CHM a un capacitaire de **25** places pour la rentrée de janvier

• Calendrier de la sélection

- Début des inscriptions : **Jeudi 4 septembre 2025**
- Fin des inscriptions : **Mercredi 12 novembre 2025**
- Affichage des résultats d'admission : **Vendredi 21 novembre 2025**



• Modalités de sélection – dossier de sélection et entretien

Inscription dans **un seul** Institut de Formation d'Aides-Soignants du département.
L'inscription multiple sera contrôlée.

Vous devez vous inscrire sur le site « [Myselect](#) » **Sélection AS Automne 2025**

Ensuite, votre dossier est à adresser au **plus tard le 12 Novembre 2025** à l'IFAS du Centre Hospitalier du Mans

- Soit en **le déposant à l'IFAS**
- Soit en l'envoyant **par courrier postal en lettre suivie** (cachet de la poste faisant foi)

À l'adresse suivante :

IFAS du Centre Hospitalier du Mans
194, avenue Rubillard
72037 – LE MANS Cedex 9

Les pièces du dossier sont spécifiées au verso de la fiche de candidature ci-après

Concernant le 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, les éléments sont analysés et ne se limitent pas à une description. Les liens avec la formation ou le métier d'AS doivent par ailleurs apparaître. **Ce document n'excède pas deux pages :**

- **Soit une situation personnelle ou professionnelle vécue :**

Présentez votre situation en respectant l'anonymat des personnes et des lieux.

À partir de cette situation, faites un lien avec l'intérêt que vous portez à la formation et à la profession aide-soignante : travail d'équipe, disponibilité, capacités d'adaptation...

Selon vous, quelles qualités avez-vous pour l'exercice de la profession ?

Qu'attendez-vous de la formation ?

- **Soit la présentation de votre projet professionnel :**

Exposez votre projet professionnel de façon claire et précise.

À partir de votre projet professionnel, faites un lien avec l'intérêt que vous portez à la formation et à la profession aide-soignante : travail d'équipe, disponibilité, capacités d'adaptation...

Selon vous, quelles qualités avez-vous pour l'exercice de la profession ?

Qu'attendez-vous de la formation ?

Quels moyens allez-vous mettre en place pour y arriver ?

(Les attendus et les critères sont stipulés dans l'arrêté du 7 avril 2020)



TOUT DOSSIER INCOMPLET A LA DATE DU 12 NOVEMBRE 2025 NE SERA PAS PRIS EN CONSIDERATION

Lorsque le dossier est déclaré complet, le candidat est convoqué par mail à un entretien.

• Résultats

Art. 8 (arrêté du 7 avril 2020 modifié) :

Les résultats comportant la liste des candidats admis en formation sont affichés dans chaque institut de formation et publiés sur internet, dans le respect des conditions en vigueur de communication des données personnelles des candidats.

Chaque candidat est informé personnellement par écrit de ses résultats. Il dispose d'un délai de sept jours ouvrés pour valider son inscription en institut de formation en cas d'admission. Au-delà de ce délai, il est présumé avoir renoncé à son admission et sa place est proposée au candidat inscrit en rang utile sur la liste complémentaire.

• Conditions Médicales

Art. 8 Ter (arrêté du 7 avril 2020 modifié) :

L'Admission définitive est subordonnée :



À la production, au plus tard le jour de la rentrée, d'un certificat médical émanant d'un médecin agréé par l'ARS 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 ;



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 1^{er} du livre 1^{er} de la troisième partie législative du code de la santé publique.

• Reports

Art. 13 (arrêté du 7 avril 2020 modifié) :

Par dérogation à l'article 8, le directeur de l'institut de formation peut accorder, pour une durée qu'il détermine et dans la limite cumulée de deux ans, un report pour l'entrée en scolarité dans l'institut de formation :

1. Soit, de droit, en cas de congé pour cause de maternité, de rejet du bénéfice de la promotion professionnelle ou sociale, de rejet d'une demande de congé formation, de rejet d'une demande de mise en disponibilité, de report d'un contrat d'apprentissage ou pour la garde d'un enfant de moins de quatre ans ;
2. Soit, de façon exceptionnelle, sur la base des éléments apportés par le candidat justifiant de la survenance d'un événement important l'empêchant de débiter sa formation.

Tout candidat bénéficiant d'un report d'admission doit, **au moins trois mois avant la date de rentrée prévue**, confirmer son intention de reprendre sa scolarité à ladite rentrée.

• Financement de la formation

Le Conseil Régional des Pays de la Loire propose *la gratuité des coûts de formation* pour :

- Les personnes en poursuite de scolarité dans le cadre de leur formation initiale ;
- Les demandeurs d'emploi (inscrites comme demandeuses d'emploi ou en démarche pour l'être)

La région des Pays de la Loire intervient pour le financement des coûts pédagogiques des apprenants réalisant deux formations sanitaires et sociales de même niveau sous réserve qu'un **délai de carence de deux ans minimum** soit constaté entre le terme de la formation sanitaire et sociale précédente, et la date d'entrée dans la nouvelle formation.

Les élèves peuvent éventuellement prétendre à **des aides financières**, dont la **rémunération de stagiaire de la formation professionnelle** par le Conseil Régional selon le barème mensuel suivant pour un cursus complet :

224,68 € pour les moins de 18 ans, 561,68 € pour les élèves de 18 à 25 ans, 769,49 € pour les élèves au-delà de 26 ans.

Pour information, les tarifs de formation sont de 4 968 € pour les personnes titulaires d'un BAC PRO ASSP et 6 842 € pour les personnes titulaires d'un BAC PRO SAPAT.

Institut de formation d'aides-soignants

Centre hospitalier du Mans - 194, avenue Rubillard - 72037 LE MANS Cedex 9
n° SIRET : 26720016000047/ n° déclaration d'existence 52720100672



**Merci de
coller votre
photographie
Ici**

Cadre réservé à l'I.F.A.S. :

Número de dossier :

Dispense : ☐ ASHQ

- ☐ Fiche de candidature renseignée, datée et signée
- ☐ Pièce d'identité ou Titre de séjour (ressortissant étranger)
- ☐ Lettre de motivation manuscrite
- ☐ Curriculum Vitae
- ☐ Document manuscrit
- ☐ Copie des Diplômes, Titres ou certifications professionnelles, y compris pour une demande d'allègement de la formation
- ☐ Dossier scolaire avec notes et appréciations des stages
- ☐ Attestation de travail ou contrat de travail avec appréciations employeur
- ☐ Attestation sur l'honneur
- ☐ Attestation de niveau de langue (facultatif)
- ☐ Autres justificatifs

☐ MADAME ☐ MONSIEUR	
Nom de Naissance (en Majuscules) :	Nom d'Usage (en Majuscules) :
Prénoms (en Majuscules) :	
Nationalité (en Majuscules) :	
Date de naissance :	Age :
Lieu de naissance (en Majuscules) :	Département ou Pays :
Adresse (en Majuscules) :	
Ville (en Majuscules) :	Code postal :
Téléphone fixe :	Mobile :
Adresse e-mail :	

Situation familiale (à des fins statistiques) : Célibataire – Marié(e) – Pacsé(e) – Concubin(e) – Veuf(ve) *Rayer les mentions inutiles*

Demande d'aménagement des épreuves (Candidats avec reconnaissance MDPH : joindre un justificatif) oui ☐ non ☐

Diplômes obtenus à ce jour :

Votre situation au moment de l'inscription : (merci de cocher la case correspondante)

- ☐ Lycéen (préciser le niveau et la série) : _____
- ☐ Classes préparatoires concours (préciser l'intitulé) : _____
- ☐ Études ou formations universitaires ou supérieures (préciser l'intitulé) : _____
- ☐ Salarié : ☐ CDD ☐ CDI ☐ Salarié en Contrat Aidé (contrat emploi d'avenir...)
- ☐ Demandeur d'emploi : ☐ Indemnisé ☐ Non indemnisé
- ☐ VAE
- ☐ J'ai fait une demande de prise en charge par :
 - Compte Personnel de Formation : ☐ oui ☐ non
 - CPF de Transition professionnelle : ☐ oui ☐ non
 - dans le cadre des actions de formation de reconversion/promotion ou contrat de professionnalisation : ☐ oui ☐ non
- ☐ J'ai fait une demande de Congé de Formation Professionnelle : ☐ oui ☐ non

- ☐ J'accepte que mon identité paraisse à la publication des résultats sur internet
- ☐ Je n'accepte pas que mon identité paraisse à la publication des résultats sur internet

ATTENTION : en l'absence de cochage, les résultats seront publiés sur internet.

J'ai pris connaissance du règlement d'admission et que je ne peux m'inscrire que dans **1 seul IFAS par département**. L'inscription multiple sera contrôlée et une seule inscription sera prise en compte. Je soussigné(e) atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document et la conformité à l'original des copies des diplômes ou attestations jointes et accepte les conditions des épreuves de sélection.

Fait à : _____ le _____ Signature du candidat :

PIÈCES À RETOURNER À L'INSTITUT POUR L'INSCRIPTION À LA SÉLECTION AIDE-SOIGNANT-E PAR VOIE SCOLAIRE

- ☐ Fiche de candidature complétée, datée et signée.
- ☐ Une photographie récente à coller sur la fiche de candidature.
- ☐ Copie de la carte d'identité (recto/verso) ou du passeport, en cours de validité, OU pour les ressortissants étrangers, un titre de séjour valide à l'entrée en formation et qui couvre, à terme, en intégralité la durée de la formation
- ☐ Une lettre de motivation **manuscrite qui expose un projet de formation clair et argumenté pour un exercice professionnel d'aide-soignant.**
- ☐ Un curriculum vitae.
- ☐ Un document **manuscrit** qui relate, au choix du candidat, soit une situation personnelle ou professionnelle vécue soit son projet professionnel en lien avec les attendus de la formation. **Les éléments sont analysés et ne se limitent pas à une description.** Les liens avec la formation ou le métier d'AS doivent par ailleurs apparaître. Ce document n'excède pas deux pages.
- ☐ Une **copie des diplômes, titres ou certifications professionnelles, y compris pour ceux qui permettraient des équivalences de blocs de compétences ou à des allègements de formation.**
- ☐ Pour les lycéens et les bacheliers de moins de 5 ans, la copie des relevés de résultats et appréciations ou bulletins scolaires et appréciations de stages (première-terminale).
- ☐ Selon la situation du candidat, les attestations de travail, accompagnées des **appréciations et/ou recommandations de l'employeur** (ou des employeurs). Ces appréciations peuvent se faire à partir du modèle type fourni. Elles mettent en évidence l'expérience professionnelle et qui font apparaître les liens avec les connaissances et aptitudes attendus pour suivre la formation selon l'Arrêté du 7 avril 2020 relatif aux modalités d'admission aux formations conduisant aux diplômes d'État d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture (en annexe de l'arrêté consultable sur le site www.legifrance.gouv.fr). En l'absence de ces appréciations/recommandations, le dossier est recevable mais le candidat ne peut se voir attribuer les points correspondants à ces appréciations selon les critères définis.
- ☐ Tout autre justificatif valorisant un engagement ou une expérience personnelle (associative, sportive...) en lien avec la profession d'aide-soignant.
- ☐ Lorsque le niveau de français à l'écrit et à l'oral ne peut être vérifié à travers les pièces produites, au regard notamment du parcours scolaire, une attestation de niveau de langue française égal ou supérieur au niveau B2 ou tout autre document permettant d'apprécier les capacités et les attendus relatifs à la maîtrise du français à l'oral.
- ☐ Une attestation sur l'honneur des documents produits (cf. modèle joint).

TOUT DOCUMENT ILLISIBLE OU TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS ÉTUDIÉ

Attestation de l'employeur



Candidat

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postale : Ville :

Téléphone : E-mail :

Période d'exercice professionnel : du au

Entreprise

N° Siret :

Adresse :

Code postale : Ville :

Téléphone : E-mail : Fax :

Nom du responsable de l'entreprise :

Appréciation de l'employeur	Insuffisant	Moyen	Bon	Très bon	Observations
Intérêt pour le domaine de l'accompagnement et de l'aide à la personne notamment en situation de vulnérabilité					
Qualités humaines et capacités relationnelles					
Aptitudes en matière d'expression écrite et oral					
Capacité d'analyse et maîtrise des bases de l'arithmétique					
Capacités organisationnelles					
Appréciation générale (obligatoire) :					

Date : Nom et signature du responsable :
(à dupliquer si plusieurs employeurs)

Cachet de l'entreprise

Nom et prénom :

.....

Adresse :

.....

Ville et code postale :

Numéro de téléphone mobile :

Adresse email valide :

IFAS du Centre Hospitalier du Mans
194, avenue Rubillard
72037 Le Mans Cedex 9

Objet : attestation sur l'honneur pour la constitution du dossier de candidature en IFAS

Je soussigné(e).....demeurant au.....

.....

Atteste :

☐ avoir pris connaissance de l'offre de formation proposée (voie scolaire ou voie de l'apprentissage et cursus complet ou cursus partiel) par l'IFAS et répondre aux conditions d'accès à cette formation ;

☐ avoir personnellement conçu et rédigé les documents du dossier de candidature en IFAS. (Curriculum Vitae, Lettre de motivation, situation ou projet professionnel et éventuel document permettant d'apprécier les capacités et les attendus relatifs à la maîtrise du français à l'oral).

En fonction de la voie de formation retenue

☐ avoir candidaté sur cette sélection d'automne 2025 par la voie scolaire auprès d'un seul IFAS dans un même département de la région Pays de La Loire ;

Et /ou

☐ avoir sollicité une seule inscription dans l'institut de mon choix, habilité à délivrer la formation par apprentissage
NB : seuls les candidats postulant à la fois par voie scolaire et par voie de l'apprentissage peuvent candidater 2 fois sur un même département.

☐ J'ai conscience que cette attestation pourra être produite en justice et que tout fausse déclaration de ma part m'expose à une non-recevabilité de ma candidature et des sanctions prévues par l'article 441-1 du Code pénal.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à, le

Nom Prénom

Signature

Contacts

Institut de Formation d'Aides-Soignants

02 43 43 28 14

Interne : 32814

Mail : ifas@ch-lemans.fr

IFAS

Centre Hospitalier du Mans

194 avenue Rubillard

72037 LE MANS CEDEX 9

Suivez-nous     
ch-lemans.fr



Établissement membre de la direction commune
des centres hospitaliers de Château-du-Loir,
du Lude, du Mans de Saint-Calais et de l'EHPAD
de Bessé-sur-Braye.

Établissement support
du Groupement Hospitalier
de Territoire de la Sarthe.

