

SELECTION POUR L'ENTREE EN FORMATION  
AUXILIAIRE DE PUERICULTURE  
**AGENT DE SERVICE HOSPITALIER QUALIFIE DE LA FONCTION PUBLIQUE  
HOSPITALIERE (ASHQ) ET AGENT DE SERVICE**  
NOTICE D'INFORMATION : RENTREE SEPTEMBRE 2025  
EN COMPLEMENT DU DOCUMENT DE L'ARS « INFORMATION AUX CANDIDATS »

- Arrêté du 7 avril 2020 modifié relatif aux modalités d'admission aux formations conduisant aux diplômes d'État d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture
- Arrêté du 12 avril 2021 portant diverses modifications relatives aux conditions d'accès aux formations conduisant aux diplômes d'État d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture
- Arrêté du 10 juin 2021 modifié relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux
- Instruction N°DGOS/RH1/2023/73 du 10 mai 2023 et l'arrêté du 9 juin 2023 portant diverses modifications relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux et aux formations conduisant aux diplômes d'État d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture

## CONDITIONS D'INSCRIPTION

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

Il n'y a pas de limite d'âge supérieure.

### **Accès direct sur décision du directeur de l'Institut de Formation selon l'Arrêté du 7 avril 2020 modifié relatif aux modalités d'admission aux formations conduisant au DEAS et DEAP- Titre II – Dispositions spécifiques**

Sont dispensés de l'épreuve de sélection prévue à l'article 2, les agents des services hospitaliers qualifiés de la Fonction Publique Hospitalière et les agents de service :

#### **ARTICLE 11**

1. 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 au domicile des personnes ;

**Ou**

2. Justifiant à la fois du suivi de la formation continue **de soixante-dix heures** relatives 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 au domicile des personnes.

*Le dossier d'inscription et la notice d'Information sont disponibles en [téléchargement sur notre site Internet](#)*

## CALENDRIER DE LA SELECTION

---

<b>Ouverture des inscriptions</b>	Lundi 24 Mars 2025
<b>Date limite de dépôt du dossier de candidature</b>	Mardi 10 Juin 2025 <b>(23H59)</b> Cachet de la poste faisant foi
<b>Affichage des résultats</b>	Mercredi 25 Juin 2025 à 14h00
<b>Nombre de places proposées ( sous réserve de confirmation de report)</b>	9 places pour les ASHQ ou Agents de service

### ACCESSIBILITÉ AUX PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

---

Il est demandé de préciser, lors de l'inscription, si un aménagement particulier est nécessaire lors de la formation. Il est impératif de transmettre la notification MDPH indiquant cet aménagement.

### RESULTATS D'ADMISSION

---

Les résultats seront affichés à la Fondation Chaptal et publiés sur notre site internet [www.fondationleoniechaptal.fr](http://www.fondationleoniechaptal.fr), dans le respect des conditions en vigueur de communication des données personnelles des candidats.

Chaque candidat est informé personnellement par voie postale de ses résultats.

Le candidat admis doit confirmer son entrée en formation dans les sept jours qui suivent l'affichage des résultats. La date limite est fixée au **Mardi 4 Juillet 2025, dernier délai**. **Le dossier doit être transmis soit par voie postale (Cachet de la poste faisant foi), soit déposé directement au secrétariat (ouvert de 8h30 à 17h) ou dans la boîte aux lettres de la Fondation.** Passé ce délai, le candidat qui ne s'est pas manifesté, est présumé avoir renoncé au bénéfice des épreuves de sélection.

**Aucun résultat ne sera communiqué par téléphone.**

### DURÉE DE VALIDITÉ DES RÉSULTATS DES ÉPREUVES

---

#### **Arrêté du 7 avril 2020 modifié relatif aux modalités d'admission**

Extrait de l'Art. 8 du titre I : « Le bénéfice de l'admission est valable uniquement pour la session de formation au titre de laquelle le candidat s'est inscrit »

#### **REPORT DE FORMATION :**

Extrait de l'article 13 du titre II : « Par dérogation à l'article 8, le Directeur de l'institut de formation peut accorder, pour une durée qu'il détermine 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 de 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 évènement

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. »

## ADMISSION EN FORMATION

---

**L'admission définitive en formation d'Auxiliaire de Puériculture est subordonnée :**

- **A la production au plus tard le jour de la rentrée** d'un certificat médical d'un médecin agréé 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 (obligation d'immunisation et à la vaccination) ;



<b>VACCINATIONS OBLIGATOIRES</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>DT POLIO (Diphtérie – Tétanos – Poliomyélite)</b></li><li>▪ <b>HEPATITE B</b></li></ul>
----------------------------------	--

**Prenez dès maintenant rendez-vous chez votre médecin pour vérifier votre schéma vaccinal.**

**Attention :** la vaccination contre l'hépatite B nécessite plusieurs injections à intervalles réguliers puis une sérologie voire davantage selon votre statut d'immunisation.

Si vous n'êtes pas vacciné(e), nous vous recommandons de commencer votre schéma vaccinal dès maintenant. Si vous n'êtes pas à jour des vaccinations OBLIGATOIRES, vous ne serez pas autorisé(e) à aller en stage (1<sup>er</sup> stage planifié le 06 octobre 2025).

## FINANCEMENT DE VOTRE FORMATION

Les modalités de financement doivent être finalisées pour le jour de la rentrée.



Le financement de votre formation diffère selon votre situation.

Il est donc impératif de **vous renseigner dès votre inscription à la sélection sur les éventuelles démarches à entreprendre.** Certains dossiers de demande de prise en charge financière doivent être déposés **3 à 6 mois avant le début de la formation auprès des organismes financeurs,** même si les résultats ne sont pas encore connus.

Le statut est considéré à l'entrée en formation et vaut pour toute la durée de la formation.

### POUR UNE PRISE EN CHARGE DU COÛT DE FORMATION AUTRE QUE LA RÉGION

Les dossiers de demande de prise en charge financière doivent être déposés **3 à 6 mois avant le début de la formation auprès des organismes financeurs,** même si les résultats ne sont pas encore connus.

➤ **Si vous êtes SALARIÉ**

Vous devez impérativement prendre contact avec le **service Formation Continue** ou la **Direction des Ressources Humaines** de votre établissement pour envisager votre prise en charge.

Pour en savoir plus, rendez-vous sur les sites:

**OPCO SANTE** : <https://www.opco-sante.fr>

**TRANSITIONS-PRO ILE DE FRANCE** : [www.transitionspro-idf.fr](http://www.transitionspro-idf.fr)

**ANFH OPCA de la fonction publique** : [www.anfh.fr/agents/financer-un-projet-de-formation](http://www.anfh.fr/agents/financer-un-projet-de-formation)

➤ **Si vous souhaitez mobiliser votre COMPTE PERSONNEL DE FORMATION (CPF)**

Consultez le site officiel [www.moncompteactivite.gouv.fr](http://www.moncompteactivite.gouv.fr)

A compter du 10 juin 2021, afin de garantir au mieux les droits de l'utilisateur, l'organisme de formation doit respecter **un délai obligatoire de 11 jours ouvrés** entre la date d'envoi de sa proposition de commande et la date de début de la formation mentionnée dans sa proposition

#### POUR INFORMATION :

Que vous soyez salarié ou en recherche d'emploi, vous pouvez bénéficier du **CONSEIL EN EVOLUTION PROFESSIONNELLE (CEP)**.

C'est un dispositif d'accompagnement gratuit, confidentiel et personnalisé proposé à toute personne souhaitant faire le point sur sa situation professionnelle pour concrétiser son projet. Il est assuré par des conseillers d'organismes habilités.

Pour en savoir plus, rendez-vous sur le site :

<https://www.infocep.fr/entreprises/guides/tout-savoir-sur-le-conseil-en-evolution-professionnelle>

## COÛT DE FORMATION- SEPTEMBRE 2025

Lors du dépôt de votre dossier d'admission à la formation, vous devrez obligatoirement vous acquitter :

DROITS D'INSCRIPTION	100 €
CONTRIBUTION FORFAITAIRE	170 €

Cursus COMPLET	Total heures	Coût de Formation EMPLOYEUR	Coût de Formation INDIVIDUEL
	<b>1 540 h</b> 770 h de Théorie 770 h de stage	7 995 €	7 100 €

**OBLIGATOIRE**

COLLER  
1 Photo  
d'identité

# FICHE D'INSCRIPTION

Formation Auxiliaire de Puériculture

**Rentrée Septembre 2025**

**AGENT DE SERVICE HOSPITALIER QUALIFIE DE LA FONCTION  
PUBLIQUE HOSPITALIERE (ASHQ)**

Et

**AGENT DE SERVICE**

M.  Mme

**NOM :** ..... **Prénom :** .....  
(Nom de Jeune Fille pour les femmes mariées)

**NOM marital :** ..... **Autres Prénoms :** .....

**Date de Naissance :** ..... **Ville / Département de Naissance :** .....

**Pays de Naissance :** ..... **Nationalité :** .....

**Téléphone Portable :** ..... **Téléphone fixe :** .....

**Adresse mail :** .....

**Adresse complète** (Bâtiment, n° d'appartement, nom de la personne chez qui vous résidez...)  
(Le courrier sera adressé à cette adresse)

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

## TITRES OU DIPLÔMES

Aucun diplôme

Vous êtes titulaire d'un diplôme ou titre professionnel, veuillez indiquer le dernier diplôme ou titre obtenu et sa date d'obtention



### AUTORISATION PUBLICATION de votre Nom et Prénom à l'issue des résultats d'admission sur notre site Internet

Vous devez nous donner votre autorisation, en cas de réussite, pour figurer sur la liste des admis publiée sur le site internet de la Fondation.

J'ACCEPTÉ QUE MON IDENTITÉ paraisse à la publication des résultats sur le site Internet de la Fondation en cas de réussite

JE REFUSE QUE MON IDENTITÉ paraisse à la publication des résultats sur le site Internet de la Fondation en cas de réussite

**Nous vous rappelons qu'aucun résultat ne sera communiqué par téléphone.**

# FICHE FINANCEMENT OBLIGATOIRE A REMPLIR

*Les modalités de financement de votre formation doivent être finalisées pour le jour de la rentrée*

Êtes-vous SALARIÉ(E) ?

OUI

NON

**SI OUI**, veuillez indiquer ci-dessous :

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT : .....

.....

Nom de votre interlocuteur: ..... Téléphone.....

CDD date de fin de contrat : .....  CDI durée en mois ou années : .....

AVEZ-VOUS FAIT DES DÉMARCHES pour le financement de votre formation ?

(Cochez la case correspondante ci-dessous) :

OUI

NON

**Si OUI**, auprès de :

Votre EMPLOYEUR dans le cadre de la Promotion Professionnelle

OPCO SANTE

TRANSITIONS-PRO

ANFH (OPCA de la fonction publique)

PÔLE EMPLOI

Votre DEMANDE de financement est :

En cours

Acceptée (Joindre à votre dossier d'inscription l'accord de Prise en charge de votre formation)

Envisagez-vous de mobiliser votre COMPTE PERSONNEL DE FORMATION (CPF) ?  OUI  NON

 *A compter du 10 juin 2021, afin de garantir au mieux les droits de l'utilisateur, l'organisme de formation doit respecter **un délai obligatoire de 11 jours ouvrés** entre la date d'envoi de sa proposition de commande et la date de début de la formation mentionnée dans sa proposition*

FINANCEMENT PERSONNEL :  OUI  NON

(Si oui, une convention facture sera établie) :

Votre situation VIS-À-VIS DE PÔLE EMPLOI (à remplir obligatoirement)

Êtes-vous inscrit(e) à Pôle Emploi ?

OUI

NON

**SI OUI** - Joindre obligatoirement VOTRE AVIS DE SITUATION à télécharger sur votre espace personnel Pôle Emploi

– N'identifiant PÔLE EMPLOI : .....

– Indiquer la date de votre inscription : .....

– Percevez-vous l'A.R.E (Aide Retour à l'emploi) :  OUI  NON

– Percevez-vous l'ASS (Allocation Spécifique de Solidarité) :  OUI  NON

– Préciser si vous êtes bénéficiaire de :

RSA (Revenu de solidarité active) – Joindre Attestation CAF  SPRF (Service Publique Régional de formation)

PEC\* (Parcours Emploi Compétences) - Joindre la photocopie de votre contrat

## FINANCEMENT DE VOTRE FORMATION

### CONSTITUTION DU DOSSIER D'INSCRIPTION

**Vous devez nous adresser votre dossier avec les pièces suivantes au plus tard le **Mardi 10 juin 2025****

**Par voie postale (le cachet de la poste faisant foi)**

FONDATION LÉONIE CHAPTAL  
SÉCRÉTARIAT IFAP  
19 rue Jean Lurçat - Le Haut du Roy  
95200 SARCELLES

**OU directement au secrétariat ou dans la boîte aux lettres à l'extérieur de la Fondation**

**VOUS DEVEZ CLASSER LES PIÈCES DANS L'ORDRE INDIQUE CI-DESSOUS :**

1. La FICHE D'INSCRIPTION (fiche obtenue à la fin de votre pré-inscription) ;
2. La FICHE DE FINANCEMENT dûment complétée ;
3. La photocopie de votre carte Nationale d'Identité (recto/verso) ou passeport en cours de validité.  
Pour les ressortissants étrangers, photocopie recto/verso de votre Titre de Séjour valide à l'entrée en formation ;
4. Lorsque le niveau de français à l'écrit et à l'oral ne peut être vérifié à travers les pièces produites, au regard du parcours scolaire, des diplômes et titres ou du parcours professionnel : vous devez produire une Attestation de niveau de langue française égal ou supérieur au niveau B2 ou à défaut tout autre document permettant d'apprécier les capacités et les attendus relatifs à la maîtrise du français à l'oral.
5. Une lettre de motivation manuscrite à l'attention de Madame LE ROUX, directrice de l'IFAP ;
6. Un Curriculum Vitae ;
7. **ATTESTATION(s)** du ou des employeurs indiquant la fonction occupée (ASHQ de la Fonction publique hospitalière ou Agent de service), les lieux d'activité, les périodes précises et la quotité de travail. :

**En l'absence de ce(s) documents, votre inscription sera rejetée**

**Vous devez justifier :**

- 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 au domicile des personnes ;

**OU**

- Avoir suivi **la formation continue de soixante-dix heures** relatives à la participation aux soins d'hygiène, de confort et de bien-être de la personne âgée

**ET**

Justifier d'1 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 au domicile des personnes.

Vous pouvez joindre les appréciations et/ou recommandations de l'employeur ou des employeurs ;

8. L'attestation de formation de 70 heures des ASH pour les candidats concernés ;
9. L'attestation de votre employeur indiquant que vous avez les capacités attendues pour suivre la formation (document ci-après) ;

## ATTESTATION OBLIGATOIRE A FAIRE REMPLIR PAR VOTRE EMPLOYEUR

Je soussigné (e).....

Directeur/ Directrice de l'établissement.....

A .....

Certifie que Madame/Monsieur.....

Domicilié (e).....

a les capacités à suivre la formation d'Auxiliaire de Puériculture selon les attendus ci-dessous.

Fait à .....le.....

Cachet et signature obligatoire de l'employeur

### Les attendus pour la selection des candidats

Attendus	Critères
<b>Intérêt pour le domaine de l'accompagnement et de l'aide à la personne notamment en situation de vulnérabilité</b>	Connaissances dans le domaine sanitaire, médico-social, social ou sociétal
<b>Qualités humaines et capacités relationnelles</b>	Aptitude à faire preuve d'attention à l'autre, d'écoute et d'ouverture d'esprit
	Aptitude à entrer en relation avec une personne et à communiquer
	Aptitude à collaborer et à travailler en équipe
<b>Aptitudes en matière d'expression écrite, orale</b>	Maîtrise du français et du langage écrit et oral
	Pratique des outils numériques
<b>Capacités d'analyse et maîtrise des bases de l'arithmétique</b>	Aptitude à élaborer un raisonnement logique à partir de connaissances et de recherches fiables
	Maîtrise des bases de calcul et des unités de mesure
<b>Capacités organisationnelles</b>	Aptitudes d'observation, à s'organiser, à prioriser les activités, autonomie dans le travail

TOURNER LA PAGE

### **RÉGLEMENTATION EUROPÉENNE RGPD - RÈGLEMENT GÉNÉRAL SUR LA PROTECTION DES DONNÉES**

Conformément à la réglementation européenne en vigueur à partir du 25 mai 2018, nous vous informons que les informations recueillies sont nécessaires à la gestion de votre dossier d'inscription et administratif. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées à la Fondation Léonie CHAPTAL. Conformément à la réglementation, vous disposez d'un droit d'accès aux informations, de rectification, d'oubli et de transmission de vos données. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser au secrétariat ou contactez par mail notre DPO ([dpo@fondation-chaptal.fr](mailto:dpo@fondation-chaptal.fr)).

D'autre part, nous vous informons que vos données personnelles peuvent être transférées à tout requérant mandaté par les services de l'État (Enquêtes statiques, etc.) si ceux-ci l'exigent, ou si la Fondation en éprouve la nécessité et si une réglementation nous l'impose.

**JE SOUSSIGNÉ(E),**

**(NOM / Prénom)** .....

atteste sur l'honneur l'exactitude des informations indiquées sur la Fiche d'inscription et certifie avoir pris connaissance de l'ensemble des éléments d'information pour candidater à la FORMATION D'AUXILIAIRE DE PUERICULTURE en qualité **ASHQ de la fonction publique Hospitalière ou Agent de service.**

Fait à ....., le .....

Signature du candidat suivie de la mention «Lu et approuvé»