

**DOSSIER D'INSCRIPTION  
FORMATION AIDE-SOIGNANTE  
ASHQ - AGENTS DE SERVICE**

**IDENTIFICATION**

**NOM de naissance** : ..... **Prénom** : .....

**NOM d'usage** : ..... **Autres Prénoms** : .....

**Date et Lieu de naissance** : .....à .....

**Département** : ..... **Nationalité** : .....

**Adresse** :

N°..... **Rue**.....

.....**Apt** : .....

**Code Postal** : ..... **VILLE** : .....

**Téléphone Fixe** : ..... **Portable** : .....

**E-mail** : .....

**Réservé à  
l'administration**

Dossier N° :

Complet

**AGENTS DES SERVICES HOSPITALIERS DE LA FONCTION PUBLIQUE ET AGENTS DE SERVICE**

**Pour les agents des services hospitaliers qualifiés de la fonction publique hospitalière et les agents de service (En référence à l'article 11 de l'arrêté du 07 avril 2020 modifié relatif aux modalités d'admission aux formations conduisant aux diplômes d'Etat d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture.**

- Certificat de travail 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 un certificat justifiant du suivi de la formation continue de 70h et d'une ancienneté de services cumulée d'au moins 6 mois en équivalent temps plein.

**PIECES A JOINDRE**

- Photocopie de la carte d'identité (recto-verso en cours de validité)
- Pour les ressortissants étrangers, copie du titre de séjour valide à l'entrée en formation
- Curriculum Vitæ
- Photocopies des diplômes obtenus
- Attestation de prise en charge par l'employeur

Je soussigné(e) ..... (Nom et prénom du candidat)  
certifie sur l'honneur l'exactitude des informations fournées.

Fait à ..... Le .....

Signature du candidat :

Dossier à déposer ou à renvoyer à l'institut pour le **12 juin 2026 inclus** à l'adresse suivante :

**INSTITUT DE FORMATION AIDES-SOIGNANTS**  
Centre Hospitalier intercommunal  
Site de Compiègne : 5 rue du Bourgogne – BP 50029 - 60321 COMPIEGNE Cedex  
[ecole.as@ch-compiegneoyon.fr](mailto:ecole.as@ch-compiegneoyon.fr) - 03 44 44 43 08

*Information CNIL : Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique relatif à la gestion de votre candidature pour la formation et sont uniquement destinées à l'Institut de Formation aide-soignant de Compiègne/Noyon. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à la Directrice de l'Institut. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.*