



Strasbourg, le 06 juillet 2026

Madame, Monsieur,

Vous êtes admis(e) dans notre Institut pour suivre la formation conduisant au Diplôme d'Etat d'Aide-Soignant(e) pour la **rentrée du vendredi 28 août 2026 à 9 heures**.

Il vous appartient maintenant de constituer **votre dossier définitif d'inscription** et de le déposer **au plus tard le 31 juillet 2026**.

Pour les candidats admis, vous pouvez d'ores et déjà venir **déposer votre dossier d'inscription définitif COMPLET** :

- le vendredi 17 juillet 2026 de 9h à 12h et
- le vendredi 24 juillet 2026 de 9h à 12h.

Pour ces deux jours, une permanence sera organisée **sans prise de RDV, à l'accueil de l'IFSI**.

Vous avez également la possibilité de **déposer votre dossier COMPLET** en prenant rendez-vous **au préalable** par téléphone au **03 88 21 70 45**.

Pour les candidats sur liste complémentaire contactés ultérieurement, le dossier est à télécharger sur notre site internet www.ifsivhs.org ou à récupérer à l'IFSI St Vincent et devra être retourné COMPLET à l'institut, en prenant **OBLIGATOIREMENT** un rdv au 03 88 21 70 45 pour le mois d'Août (règlement des droits de scolarité possible sur place par carte bancaire lors du rdv).



Fermeture de l'institut du 03/08/2026 au 16/08/2026

Un certificat de scolarité vous sera délivré le premier jour de la rentrée scolaire.

Pour le jour de la rentrée, vous devrez créer une adresse mail selon le modèle suivant :

- Pour les personnes de sexe féminin :

nomdejeunefille.prénom2627@gmail.com

(Exemple : dupont.celine2627@gmail.com)

- Pour les personnes de sexe masculin :

nomdefamille.prénom2627@gmail.com

(Exemple : dupont.marc2627@gmail.com)

De plus, compte tenu de la possibilité d'un enseignement à distance par intermittence, il conviendra de penser à vous équiper de matériel informatique vous permettant de suivre les cours et de vous assurer d'avoir une bonne connexion au réseau Wifi.

En vous souhaitant une agréable trêve estivale, et au plaisir de vous accueillir à la rentrée, je vous prie de recevoir, Madame, Monsieur, mes salutations les meilleures.

Jean-Francois JEZEGOU

Directeur

**PIÈCES À FOURNIR
POUR LA CONSTITUTION DU DOSSIER D'INSCRIPTION
EN FORMATION AIDE-SOIGNANTE – Rentrée 2026**

Dossier à nous remettre **complet**

Pour les candidats admis sur liste principale au plus tard **le 31 juillet 2026** :

- **sans rendez-vous** aux permanences tenues à l'IFAS :

➤ **Le VENDREDI 17 JUILLET 2026 de 9h à 12h et**

➤ **Le VENDREDI 24 JUILLET 2026 de 9h à 12h**

- **en prenant rendez-vous par téléphone au 03 88 21 70 45.**

Pour les candidats sur liste complémentaire contactés ultérieurement, merci de prendre rendez-vous au secrétariat de l'IFAS également.

Votre dossier devra être accompagné d'un **chèque de 140€ à l'ordre de l'IFSI Saint-Vincent** en règlement des droits de scolarité de 100€ et des frais de gestion de 40€ (tarifs 2026-2027). **Merci de noter vos Nom et Prénom au dos du chèque.**

***Aucun dossier incomplet ne sera accepté
Aucun remboursement ne sera effectué en cas de désistement***

DOSSIER ADMINISTRATIF

- ☐ **Fiches d'inscription** (2 pages) complétées avec photo collée par vos soins.
- ☐ **Droit à l'image.**
- ☐ **Autorisation de mise en ligne.**
- ☐ **1 photo d'identité couleur** normalisée (3,5 x 4,5 cm) (attention : notez au dos vos nom et prénom).
- ☐ **Attestation d'assurance « responsabilité civile »** (généralement comprise dans l'assurance de votre lieu d'habitation).
- ☐ **Photocopie recto/verso** d'un document d'identité (carte d'identité, passeport ou titre de séjour) en cours de validité à la rentrée, en couleur, lisible, portant la mention « certifiée conforme à l'original » datée, signée.
- ☐ **Photocopie des diplômes** obtenus (le cas échéant) certifiée conforme à l'original, datée et signée par vos soins.

FICHE D'INSCRIPTION FORMATION AIDE-SOIGNANTE PROMOTION 2026-2027

ETAT CIVIL : à l'identique de ce qui est noté sur la Carte Nationale d'Identité C.N.I. (ou toute pièce d'identité)

Nom de famille : _____ Nom marital : _____

Prénom (s) : _____ Sexe (F/M) : _____ Date de naissance : _____

Lieu de naissance : _____ Département : / / / / / Nationalité : _____

Téléphone portable : _____ Courriel : _____

Téléphone fixe : _____ N° de Sécurité Sociale :
/ / / / / / / / / / / / / / / /

N° d'identifiant France Travail : / / / / / / / / / /

Donne mon autorisation de mise en ligne des résultats

de la diplomation : ☐ oui : ☐ non Date d'inscription à France Travail :
/ / / / / 2 / 0 / / /

Situation familiale : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ en Concubinage ☐ Divorcé(e) ☐ Séparé(e)

Nom et prénom du conjoint : _____

Nombre d'enfants : _____ Age des enfants : _____

RESIDENCE PENDANT LES ETUDES :

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

AUTRE RESIDENCE : (des parents ou famille)

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone fixe : _____

Personne à prévenir en cas d'urgence

Lien de l'étudiant(e) avec la personne : _____

Nom –Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone fixe : _____ Téléphone portable : _____

CURSUS SCOLAIRE

Nom de l'Etablissement	Année d'obtention	Diplômes obtenus (précisez la filière)
		☐ BAC Général ☐ BAC PRO ASSP ☐ BAC PRO SAPAT ☐ Titre professionnel ADVF ☐ Titre professionnel ASMS ☐ DEAES ☐ DARM ☐ DEA ☐ DEAP ☐ Sans diplôme ou sans qualification

ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES

Employeur et adresse de l'établissement	Fonction occupée	Contrat			
		Type (CDD/CDI/intérim...)	Date début	Date fin	Motif de fin (fin de CDD, licenciement, rupture conventionnelle...)

Je soussigné(e) Mme, M. : _____ certifie l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus.

Date :

Signature :

Signature des parents pour les mineur(e)s
(Précisez le lien avec l'étudiant(e))

Droit à l'image

(CODE CIVIL Article 9 – CODE PENAL Article 226-1)

Je soussigné(e) :

Nom de naissance:

Prénom :

Elève de l'IFAS ST VINCENT, de la promotion : **AS 2026/2027**

Reconnais avoir été informé(e) que l'Institut de Formation en Soins Infirmiers et aide-soignante Saint Vincent de Strasbourg :

- Pourra effectuer, dans le cadre de différentes activités pédagogiques, des photographies et vidéos de ma personne,
- Pourra exploiter la/les photographie(s)/vidéo(s) sur laquelle je suis reproduit(e) dans un cadre exclusivement pédagogique,

A compter de la rentrée scolaire et pendant toute la durée de mon cursus de formation.

Je m'engage à :

- Ne pas faire usage des images de groupe ou d'images d'autres élèves à l'extérieur de l'Institut (réseaux sociaux...)
- Ne pas diffuser, de quelque manière que ce soit, l'image des personnels de l'Institut et des personnes prises en soins et personnels en stage.

Je dégage la responsabilité de l'Institut en cas de non-respect de ces dispositions.

J'en accepte les conditions citées ci-dessus.

Fait à _____ le _____ 2026

Signature de l'étudiant(e)

Autorisation de mise en ligne des résultats lors de la diplomation

Je soussigné(e) _____ ,

Inscrit(e) à la formation aide-soignante pour la rentrée du 28 août 2026,

- Autorise lors de la diplomation *
- N'autorise pas lors de la diplomation à la mise en ligne des résultats *

Fait à _____ le _____ 2026

Signature de l'étudiant(e)

** Rayer la mention inutile*

DOSSIER MÉDICAL

- ☐ **Prévention des risques liés à la formation.**
- ☐ **Certificat médical de vaccination** complété par le médecin traitant.
- ☐ **Certificat médical d'aptitude physique et psychologique** établi par un médecin agréé.
- ☐ **Résultats de sérologie de l'hépatite B**, si déjà effectuée.

LES VISITES MÉDICALES

1. Consultation de votre médecin traitant pour compléter le certificat médical de vaccination (cf pièce jointe)
2. Prise de rendez-vous pour votre visite obligatoire (en précisant lorsque c'est possible qu'il s'agit d'une visite en vue de l'admission en IFAS) :
 - soit au Service de Santé Etudiante (SSE) 6, rue de Palerme à Strasbourg
 - soit à l'antenne du Service de Santé Etudiante 72, route du Rhin (arrêt de tram Campus Illkirch) à Illkirch-Graffenstaden.

Vous pouvez également prendre rendez-vous en flashant l'un des QR codes suivant :



SSE Esplanade



SSE Antenne Illkirch

Merci de vous munir impérativement des documents suivant lors de cette consultation :

- carnet de santé ou carnet de vaccination
- si déjà faite : résultat de sérologie hépatite B
- certificat médical de vaccination complété par le médecin traitant

3. Consultation d'un médecin agréé, une liste est disponible sur le site de l'ARS :
<https://www.grand-est.ars.sante.fr/medecins-agrees-17>

Une visite au SSE ne remplace pas une visite chez un médecin agréé.

Prévention des risques liés à la formation et à l'exercice soignant

Je soussigné(e) :

Madame * / Monsieur * _____

Elève à l'IFAS Saint Vincent,

- Déclare avoir été averti(e) que la Formation Aide-soignante comporte des risques, entre autres de contamination et d'infection, et en être conscient(e).
- M'engage à prendre toutes les mesures nécessaires pour les prévenir, en application des enseignements reçus et des mesures universelles de prévention des accidents.

En outre, la Direction de l'IFAS/l'IFSI, ainsi que le médecin désigné par celle-ci prendront toute décision médicale ou chirurgicale en cas d'urgence.

Fait à _____ le _____ 2026

Signature de l'étudiant(e)

Signature des parents pour les mineur(e)s

** Rayer les mentions inutiles*

CERTIFICAT MÉDICAL DE VACCINATION

1. Conformément à l'Article 91 de l'arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux

« L'admission définitive dans un institut de formation préparant à l'un des diplômes visés à l'article 1er du présent arrêté est subordonnée :
a) À la production, au plus tard le premier jour de la rentrée, d'un certificat établi par un médecin agréé attestant que l'étudiant ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession ; b) A la production, **au plus tard le jour de la première entrée en stage**, d'un certificat médical de vaccination conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France ».

2. Article L3111-4 du code de santé publique

« Tout élève ou étudiant d'un établissement préparant à l'exercice des professions médicales et des autres professions de santé (...) qui est soumis à l'obligation d'effectuer une part de ses études dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention ou de soins, **doit être immunisé contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite** ».

3. Arrêté du 02 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L.3114-4 du code de la santé publique

Article 2 : « Les élèves ou étudiants mentionnés à l'article 1er de l'arrêté du 6 mars 2007 susvisé sont soumis aux obligations d'immunisation mentionnées à l'article L. 3111-4 du code de la santé publique. Au moment de leur inscription dans un établissement d'enseignement et, au plus tard, avant de commencer leurs stages dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention ou de soins, ils apportent la preuve qu'ils satisfont aux obligations d'immunisation mentionnées à l'article L.3111-4. **A défaut, ils ne peuvent effectuer leurs stages.** ».

Article 3 : « La preuve de l'immunisation contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite (...) est apportée par la présentation d'une **attestation médicale de vaccination précisant la dénomination des spécialités vaccinales utilisées, les numéros de lots ainsi que les doses et les dates des injections.**

La preuve de l'immunisation contre l'hépatite B est apportée par la présentation d'une attestation médicale établie dans les conditions définies en annexes I et II du présent arrêté. ».

Annexe 1 : conditions d'immunisation contre l'hépatite B

« Les personnes [...] sont considérées comme immunisées contre l'hépatite B si elles produisent une attestation médicale comportant un résultat, même ancien, indiquant la présence, dans le sérum, d'anticorps anti-HBs à une concentration supérieure à 100 UI/l.
Si les personnes [...] ne présentent pas le résultat mentionné, il est effectué un dosage des anticorps anti-HBc et des anticorps anti-HBs en vue de la délivrance d'une attestation médicale attestant ou non de l'immunisation contre l'hépatite

- Les anticorps anti-HBc ne sont pas détectables dans le sérum. »

Et

- « la vaccination a été menée à son terme selon le schéma en vigueur dans le calendrier vaccinal. »

Et

- « le taux d'anticorps anti-HBs dans le sérum est supérieur ou égal à 10 UI/l :

La personne est considérée comme définitivement protégée contre l'hépatite B. Il n'y a pas lieu de réaliser de dosage sérologique ultérieur ni d'injection vaccinale supplémentaire ».

4. Circulaire DGS/SDSC n°2004-373 du 11 octobre 2004 relative à la pratique des tests tuberculiniques

« L'IDR ou Tubertest « doit être réalisée [...] comme test de référence dans le cadre de la surveillance des membres des professions à caractère sanitaire ou social exposés à la tuberculose (professions énumérées aux articles R. 3112-1 et R. 3112-2 du code de la santé publique) ».

5. Article R4626-23 modifié par décret n°2015-1588 du 4 décembre 2015 – art. 25

« Le médecin du travail prévoit les examens complémentaires adaptés en fonction des antécédents de la personne, du poste qui sera occupé et dans une démarche de prévention des maladies infectieuses transmissibles ».



Service

de santé étudiante

Université de Strasbourg

CERTIFICAT MÉDICAL DE VACCINATION

Nom et Prénom de l'élève :

Date de naissance :

VACCINATIONS ET EXAMENS OBLIGATOIRES

pour l'admission en formation d'infirmier(e) ou d'aide-soignant(e)

Vaccination contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche

Dates	Nom du vaccin

Vaccination contre l'hépatite B : 3 doses obligatoires avant le départ en stage

Primo-vaccination	Date	Nom du vaccin	Rappel (si besoin)	Date	Nom du vaccin
1 ^{re} injection			1 ^{er} rappel		
2 ^e injection			2 ^e rappel		
3 ^e injection			3 ^e rappel		

Sérologie hépatite B : à réaliser au plus tôt 4 semaines après la 3^e dose

Sérologie	Date	Résultat
Anticorps anti-HbS		
Anticorps anti-HbC		

Test tuberculinique de moins de 3 mois	Date	Taille de l'induration en mm	Présence de phlyctènes

Attention, un tubertest s'effectue en deux temps :

- 1) L'injection intradermique de tuberculine,
- 2) La lecture par le personnel soignant, 48h à 72h après l'injection.

Il faudra donc anticiper la possibilité de revoir votre médecin traitant 2 à 3 jours après la réalisation du test.

Si le tubertest est supérieur à 15 mm, une radio du thorax sera nécessaire.

VACCINATIONS RECOMMANDÉES

pour l'admission en formation d'infirmièr·e ou d'aide-soignant·e

	Date	Nom du vaccin
Rougeole Oreillon Rubéole 1 et 2		
Infections à méningocoques ACWY		
Infections à méningocoques B		
Varicelle 1 et 2 en l'absence d'antécédent et si sérologie négative		
Hépatite A 1 et 2		
Grippe		
Covid		

Observations du médecin :

Cachet avec nom, adresse et signature du médecin :

Fait à :

le :

DOSSIER DE FINANCEMENT

- ☐ **Dossier apprenant sanitaire (cf pièces jointes)** de la Région Grand-Est complété selon votre situation accompagné **des pièces justificatives**.
 - ☐ Document **Fiche 1**, intitulé « Fiche de renseignements –Situation de l'apprenant »
 - ☐ Document **Fiche 2**, intitulé « Attestation sur l'honneur »
 - ☐ Document **Fiche 3**, intitulé « Attestation France Travail ».
- ☐ **Règlement de 140€** relatif aux droits de scolarité 2026/2027 et libellé à **l'ordre de l'IFSI Saint Vincent**.
- ☐ **Curriculum vitae** actualisé.
- ☐ **Photocopie recto/verso** d'un document d'identité (carte d'identité, passeport ou titre de séjour) en cours de validité à la rentrée, en couleur, lisible, portant la mention « certifiée conforme à l'original » datée, signée.
- ☐ Photocopie **des diplômes obtenus** (le cas échéant) certifiée conforme à l'original, datée et signée par vos soins.
- ☐ **Attestation d'affiliation à la Sécurité Sociale**.

**DOSSIER APPRENANT SECTEUR SANITAIRE
et SOCIAL**

Les informations figurant dans le présent dossier sont destinées à la Région Grand Est et sont à renseigner par l'ensemble des apprenants admis en formation à la rentrée 2026/2027.

La Région participe au financement du fonctionnement des instituts de formations sanitaires en fonction des places agréées et financées.

Ne bénéficient de la gratuité du coût pédagogique de leur formation que les apprenants qui remplissent les conditions d'éligibilité fixées par la Région.

Ces conditions sont rappelées dans les fiches récapitulatives "Conditions générales et conditions spécifiques de prise en charge des formations" qui sont téléchargeables sur le site institutionnel de la Région Grand Est via le lien suivant :

<http://www.grandest.fr/actions/formations-sanitaires-sociales/>

Le dossier APPRENANT comporte 3 fiches à renseigner selon le code couleur suivant :

Renseignements à remplir par l'apprenant



Renseignements à remplir par l'institut



Renseignements à remplir par France Travail



Fiche 1 Fiche de renseignements - Situation de l'apprenant : à remplir par tout apprenant

Fiche 2 Attestation sur l'honneur : à remplir par tout apprenant

Fiche 3 Attestation de France Travail : à remplir par tout apprenant ayant le profil de demandeur d'emploi

Onglet 4 Documents demandés en cas de contrôle

Ces documents sont à remettre à l'institut de formation, dûment complétés et accompagnés de l'ensemble des justificatifs demandés, impérativement avant le démarrage de la formation.

Tout dossier mal renseigné ou incomplet sera rejeté par l'Institut ; et de ce fait, les frais de formation resteront à la charge de l'apprenant.

Toute fausse déclaration est passible de peines et d'amendes prévues par les articles 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal.

Les données personnelles recueillies sont exclusivement collectées pour un usage interne à la Région et sont destinées à la vérification du respect des critères d'éligibilité de la prise en charge du coût des formations.

Conformément à la loi / nformatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, tout utilisateur du présent document dispose d'un droit d'accès, de rectification et de radiation portant sur ses données personnelles sur simple demande à l'adresse suivante :

Conseil Régional Grand Est - Direction de l'Orientation, de la Formation pour l'Emploi
Service des Formations Sanitaires et Sociales
1 place Adrien Zeller - BP 91006 - 67070 STRASBOURG Cedex
Tél. 03 87 33 64 19 - mail : fss@grandest.fr

FICHE DE RENSEIGNEMENTS - SITUATION DE L'APPRENANT

IDENTITE DE L'APPRENANT

Civilité :

Nom de naissance :

Nom d'usage (marital) :

Prénoms :

Adresse postale :

CP :

Ville :

Etat civil : (cochez la case correspondant à votre situation)

☐

Célibataire

☐

Veuf(ve)

☐

Marié(e)/Pacsé(e)

☐

Divorcé(e)

☐

Vie maritale

Date de naissance :

Téléphone :

Personne reconnue travailleur handicapé (O/N) ?

Adresse électronique :

PARCOURS SCOLAIRES

Dernier diplôme obtenu (niveau le plus élevé) :

Année d'obtention	Intitulé du diplôme	Spécialité/discipline/série

Date de sortie de formation initiale (études) :

Année scolaire	Cursus de formation	Etablissement

ANTECEDENTS PROFESSIONNELS DE L'APPRENANT AVANT L'ENTREE EN FORMATION (si concerné)

ANTECEDENTS PROFESSIONNELS A COMPLETER OBLIGATOIREMENT SUR LES DEUX DERNIERES ANNEES AVANT L'ENTREE EN FORMATION
POUR TOUTES LES FORMATIONS

Date d'embauche (jj/mm/aaaa)	Employeur et lieu de travail	Emploi occupé	Type de contrat (CDD-CDI-Fonctionnaire-Intérimaire- Contrat en alternance-Contrat aidé- Contrat civique-Contrat volontariat...)	Temps de travail	Nature de la fin du contrat (fin de contrat-fin d'intérim-licenciement- rupture conventionnelle- démission-rupture d'un commun accord,...)	Date de fin ou de rupture de contrat (jj/mm/aaaa)

Toute fausse déclaration est passible de peines et d'amendes prévues par les articles 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal.

Je certifie exact les renseignements fournis.

Fait à :

Le :

Signature de l'apprenant ou du responsable légal

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) : déclare avoir pris connaissance :

- du coût pédagogique de la formation :

Tarif applicable par année ou par session de formation : 6 200,00 €

Autres frais à charge de l'apprenant : 140,00 €

- des conditions de prise en charge fixées par la Région Grand Est (voir fiches synthétiques relatives aux conditions générales et aux conditions spécifiques de prise en charge des formations)

- et j'atteste :

■ **remplir les conditions pour bénéficier d'une prise en charge régionale en tant que :**

- Jeune de -26 ans en poursuite d'études (certificat de scolarité 2024/2025 ou 2025/2026) **à transmettre à l'institut à l'entrée en formation**
- Demandeur d'emploi non démissionnaire durant la période de référence **qui démarre 6 mois avant la date de rentrée de l'année de sélection et jusqu'à la date de rentrée effective (y compris en cas de report) - (hors formation AS et AP)**
- Salarié(e) bénéficiant d'un financement à titre dérogatoire pour les formations d'AS, AP et d'AMBU
- Salarié(e) en situation précaire dont le contrat de travail est inférieur ou égal à 18 heures par semaine ou 78 heures par mois dans les 9 mois avant l'entrée en formation
- Salarié(e) en tant que Vendeur à Domicile Indépendant (VDI) ou auto-entrepreneur dont le salaire moyen dans les 6 mois avant l'entrée en formation n'excède pas 720 € par mois

■ **financer la formation à titre personnel étant donné que je ne remplis pas les conditions d'éligibilité fixées par la Région**

■ **bénéficier de la prise en charge du coût pédagogique par le biais d'un dispositif de formation professionnelle continue (Transition Pro, CFP, OPCO, ANFH, France Travail, plan de formation employeur...)**

■ **mobilisation de mon CPF + le reste à charge à titre personnel**

Coordonnées du financeur :

Je m'engage à :

- signaler au plus tôt tout changement de situation qui serait susceptible de remettre en cause ou d'impacter le financement de la Région Grand Est ;
- m'acquitter des frais à titre personnel en cas d'omission ou d'erreur dans la présente déclaration, de non production des pièces demandées par l'institut de formation ou par la
- remettre toute pièce demandée par la Région en cas de contrôle ;
- être assidu durant toute la formation et respecter le règlement intérieur de l'institut de formation.

Toute fausse déclaration est passible de peines et d'amendes prévues par les articles 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal.

Je certifie exact les renseignements fournis.

Fait à :

Le :

Signature de l'apprenant ou du responsable légal

FORMATIONS SANITAIRES et SOCIALES

Document à renseigner pour toutes les personnes inscrites comme demandeur d'emploi

IDENTITE DE L'APPRENANT

Nom de naissance et/ou nom d'usage :

Prénoms :

Date de naissance :

PROJET DE FORMATION

Etablissement de formation :

IFSI SAINT VINCENT

Formation suivie :

DIPLÔME D'ETAT D'AIDE-SOIGNANT

Lieu de formation :

STRASBOURG

Année scolaire ou universitaire :

2026/2027

Année de réussite aux sélections :

2026

Date de la rentrée :

28/08/2026

Période de référence :

du :

28 février 2026

au : 28 août 2026

ANTECEDENTS PROFESSIONNELS (à compléter pour toutes les formations)

Situation au regard des derniers emplois occupés durant la période de référence qui démarre 6 mois avant la date de rentrée de l'année de sélection et jusqu'à la date de rentrée effective (y compris en cas de report) - (cette période ne concerne pas les formations AS et AP) :

soit :

du : 28 février 2026

au : 28 août 2026

Date d'embauche (jj/mm/aaaa)	Employeur	Lieu de travail	Emploi occupé	Type de contrat (CDD-CDI-Fonctionnaire-Intérimaire-Contrat en alternance-Contrat aidé-Contrat civique-Contrat volontariat...)	Temps de travail	Nature de la fin du contrat (fin de contrat-fin d'intérim-licenciement-rupture conventionnelle-démission-rupture d'un commun accord,...)	Date de fin ou de rupture de contrat (jj/mm/aaaa)

Le changement de situation lié à l'entrée en formation doit être signalé à France Travail dans le mois qui précède la rentrée.

Je soussigné(e) :

- atteste remplir les critères d'éligibilité fixés par la Région Grand Est - tels que rappelés dans les fiches récapitulatives "Conditions générales et conditions spécifiques de prise en charge des formations",
- déclare avoir cessé toute activité professionnelle salariée ou non salariée et ne plus être lié contractuellement à un employeur (sauf en cas d'activité réduite si la quotité de travail est inférieure ou égale à 18h/semaine ou 78h/mois dans les 9 mois avant l'entrée en formation),
- et ne pas être placé(e) soit en disponibilité de la fonction publique, soit en congé (congé de formation, congé sabbatique, congé parental...).

J'autorise France Travail à transmettre les informations ci-après à la Région.

Toute fausse déclaration est passible de peines et d'amendes prévues par les articles 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal.

Fait à :

Le :

Signature de l'apprenant ou du responsable légal

PARTIE A RENSEIGNER PAR FRANCE TRAVAIL

Attestation à remplir dans le mois précédent l'entrée en formation

Nom de naissance et/ou nom d'usage :

Prénoms :

Période de référence : du :

(cette période ne concerne pas les formations AS et AP)

28 février 2026

au : 28 août 2026

- l'apprenant est inscrit en tant que demandeur d'emploi (à compléter obligatoirement pour toutes les formations) :

N° d'identifiant France Travail :

depuis le :

est inscrit en catégorie :

depuis le :

dernier jour d'actualisation :

justifie d'une activité déclarée à cette date (O/N) :

- l'apprenant justifie du statut suivant, au cours de la période de référence (à compléter obligatoirement pour toutes les formations) :

☐ non démissionnaire

☐ démissionnaire pour motifs légitimes reconnus **exclusivement** par la Région Grand Est soit : rupture d'un contrat aidé, emploi avenir ou service civique... - pour cause de non paiement des salaires - pour suivre le conjoint suite à mutation ou mariage - pour suivre son enfant handicapé admis dans une structure d'accueil - pour cause de violences conjugales - pour cause d'actes délictueux dans le cadre du contrat de travail

☐ non renouvellement de CDD

☐ autre motif de rupture *

*Motif de fin ou de rupture de contrat - choisir parmi les options suivantes : Convention de Reclassement Personnalisé (CRP), démission, démission contrat 18 h/semaine au maximum, licenciement, rupture conventionnelle/amiable, fin de contrat, dispositif démission-reconversion

Date de la rupture :

☐ non défini, France Travail n'étant pas en mesure de vérifier la situation de l'apprenant et d'attester de son statut au regard des critères fixés par la Région Grand Est

- son projet de formation professionnelle a fait l'objet d'une validation auprès d'un conseiller : (France Travail, Mission locale, Cap Emploi ou Conseil Départemental).

Nom du signataire :

Prénom :

Qualité :

Agence :

Lieu :

Date :

Signature et cachet de France Travail

Nom du signataire :

Prénom :

Qualité :

Lieu :

Date :

Signature et cachet si suivi par
Mission Locale, CAP EMPLOI ou Conseil Départemental

**DOCUMENTS QUI VOUS SERONT DEMANDES
EN CAS DE CONTROLE**

POUR LES JEUNES EN POURSUITE D'ETUDES

- Certificat de scolarité 2024-2025 ou 2025-2026

POUR LES DEMANDEURS D'EMPLOI

- Dossier apprenant + attestation UNEDIC ou à défaut les contrats de travail pendant la période de référence
- Micro-entrepreneur : dossier apprenant + revenus déclarés à l'URSSAF des 6 derniers mois avant l'entrée en formation

POUR LES NON-FINANCES

- Attestation sur l'honneur du dossier apprenant pour le financement à titre personnel
- Attestation de mobilisation du Compte CPF (avec le montant)

POUR LES APPRENANTS HORS UNION EUROPEENNE

- Titre de séjour en vigueur à la date de la rentrée en formation