

PUBLIC :

Candidats engagés dans une démarche de validation des acquis de l'expérience en vue de l'obtention du diplôme aide-soignant, pour lesquels le livret 1 de recevabilité a été validé par l'ASP.

OBJECTIFS :

Accompagner le candidat pour :

- Identifier et analyser des situations de travail significatives en lien avec chaque compétence du métier d'AS
- Rédiger le livret 2 en conformité avec les exigences de l'ASP
- Se préparer à l'entretien avec le jury
- Choisir la poursuite du parcours en cas de validation partielle

CONTENU et PROGRAMME :

- Présentation du référentiel de compétence des aides-soignants
- Choix des expériences professionnelles en lien avec chaque compétence
- Les principes à respecter pour répondre aux questions formulées dans le livret 2.
- Supervisions individuelles pour l'écriture (syntaxe-vocabulaire professionnel...)
- L'entretien avec le jury : composition, communication verbale et non verbale.

METHODES :

- Apports théoriques
- Analyse d'expériences professionnelles
- Travaux dirigés
- Accompagnement individuel
- Jeux de rôle

LIEU et INTERVENANTS :

IFAS du Pôle Santé d'Arcachon Tél : 0552579370 / Mail: secretariat.ifas@ch-arcachon.fr

L'équipe pédagogique de l'Institut de formation des aides-soignants

TARIF :

550 € par participant - Possibilité de prise en charge par Pôle Emploi pour les demandeurs d'emploi

DATES et HORAIRES :

- ✓ De 13H à 17H : le 09/06, le 02/10/2017
- ✓ De 9H à 17H : le 25/09, le 06/11/2017

INSCRIPTION :

La formation pourra être réalisée dès qu'un groupe d'au moins 3 personnes sera constitué.

Les candidats adressent au secrétariat de l'IFAS, par courrier, ou par mail :

- Le bulletin d'inscription dûment complété indiquant les modalités de financement
- La copie de la notification de la recevabilité du livret 1
- Copie des diplômes initiaux
- La photocopie de leur pièce d'identité

LE STAGIAIRE : Madame Monsieur

NOM : _____ **PRENOM :** _____

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :

.....

☎ Fixe : Portable : Mail :

Diplômes initiaux : Emploi actuel :

L'EMPLOYEUR : Nom de l'établissement : _____

Adresse :

.....

NOM de la Personne Responsable et Fonction :

☎ : Fax Mail

PRISE EN CHARGE FINANCIERE :

Par le stagiaire : Je m'engage à payer les frais de formation de 550 €

Date :

Signature :

Par Pôle Emploi : N° identifiant : _____

Par l'employeur : Je soussigné(e), M.....atteste la prise en charge des frais s'élevant à 550 €, par l'établissement que je représente juridiquement.

Date :

Signature :

Cachet de l'établissement

Merci de préciser le destinataire et l'adresse de la facture :

à l'établissement directement

à votre OPCA : indiquer les coordonnées de votre OPCA

Pôle Emploi : indiquer l'adresse de votre agence