



INSTITUT DE FORMATION D'AIDES-SOIGNANTS
Centre Hospitalier du Haut Bugey
1 route de Veyziat – CS 20100 – 01117 OYONNAX CEDEX
☎ 04 74 73 11 21
✉ www.ch-hautbugey.fr

ATTESTATION DE PARCOURS

Je soussigné/e,

Nom : Prénom :

atteste avoir pris connaissance des modalités applicables aux candidats titulaires soit du

- . baccalauréat professionnel ASSP ou SAPAT,
- . diplôme d'état d'auxiliaire de puériculture,
- . diplôme d'ambulancier ou du certificat de capacité d'ambulancier,
- . diplôme d'état d'auxiliaire de vie sociale ou de la mention complémentaire aide à domicile
- . diplôme d'état d'aide médico-psychologique,
- . diplôme d'état d'accompagnement éducatif et social,
- . titre professionnel d'assistant de vie aux familles

conformément aux articles 18 et 19 de l'arrêté du 22/10/2005 modifié relatif au diplôme d'état d'aide-soignant.

Je choisis de suivre :

- ☐ un **parcours allégé ou partiel** et dans ce cas je fais valoir mes titres pour bénéficier des dispenses d'unités.
- ☐ un **parcours complet** et dans ce cas j'abandonne mes droits et m'engage à suivre l'intégralité de la formation et à valider toutes les unités pour obtenir le diplôme d'état d'aide-soignant.

Date :

Signature du candidat ou de son représentant légal si le candidat est mineur :