



INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

20, rue du Colonel Francis Nicol
CS 90-389 - 59407 CAMBRAI CEDEX
☎ : 03 27 37 67 30
☎ : 03 27 37 67 32
@ : sec.ifs@ch-cambrai.fr



DOSSIER D'INSCRIPTION CONCOURS INFIRMIER 2019

Nom de naissance :

Prénom(s) :

Nom d'usage (marital) :

Dépôt du dossier au plus tard le vendredi 8 mars 2019 minuit :

- Au secrétariat :
du lundi au vendredi de 9h00 à 11h et de 13h15 à 17h (*merci de respecter ces horaires*)
- Par courrier en recommandé avec avis de réception :
IFS I : 20, rue du Colonel Francis Nicol – CS 90 389 – 59407 CAMBRAI CEDEX

Réservé à l'administration

Dossier reçu le :

Condition d'inscription :

Diplôme : date obtention :

Expérience professionnelle :

Coût de la formation :

Table des matières

COURRIER D'INFORMATION.....	2
CONDITIONS D'ACCÈS AU CONCOURS	3
FICHE D'INSCRIPTION.....	4
SITUATION ACTUELLE	5
COÛT DE LA FORMATION	5
FINANCEMENT DE LA FORMATION	6
AUTORISATION POUR PARUTION DE VOTRE NOM.....	7
AUTORISATION D'EXPLOITATION D'IMAGES.....	7
LISTE DES DOCUMENTS À FOURNIR.....	8
DÉROULEMENT DES ÉPREUVES	8
DISPENSE DE FORMATION.....	8

COURRIER D'INFORMATION

Madame, Monsieur,

Avant de constituer votre dossier, merci de vérifier que vous remplissez bien les conditions requises pour vous présenter à l'épreuve de sélection au concours d'entrée en formation infirmière.

Vous pouvez déposer votre dossier au secrétariat de l'Institut ou l'envoyer par courrier en recommandé avec avis de réception. Celui-ci doit être transmis complet au plus tard pour **le vendredi 8 mars 2019 minuit**, cachet de la poste faisant foi.

Il doit comporter obligatoirement :

- la fiche « conditions d'accès au concours »,
- la fiche d'inscription,
- la fiche de situation actuelle,
- l'autorisation de parution sur Internet de votre nom dans la liste des résultats et l'autorisation d'exploitation à l'image (carte étudiante, dossier diplôme d'état),
- les documents administratifs à fournir,
- un chèque bancaire ou postal d'un montant de 90 € à l'ordre du trésor public avec vos nom et prénom au verso (*les paiements en plusieurs fois ne sont pas acceptés par la région*),
- une photocopie recto/verso en couleur de votre carte d'identité ou d'un passeport en cours de validité (*aucune autre pièce ne sera acceptée*),
- une photocopie recto/verso en couleur de votre carte vitale,
- un curriculum vitae,
- une lettre de motivation.

Vous recevrez, **15 jours** avant le concours, à l'adresse indiquée sur ce dossier, une convocation en recommandé avec avis de réception pour les épreuves du **jeudi 4 avril 2019**.

Si vous ne recevez pas votre convocation dans ce délai, merci de prendre contact avec l'Institut.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

TOUT DOSSIER INCOMPLET
NE SERA PAS TRAITÉ

CONDITIONS D'ACCÈS AU CONCOURS

A REMPLIR ET A JOINDRE AU DOSSIER

- Titulaire du D.E.A.S ou D.E.A.P** justifiant de 3 ans minimum de cotisation à un régime de protection sociale à la date d'inscription aux épreuves de sélection.

Année d'obtention du diplôme :

- Candidat en **reconversion professionnelle** justifiant de 3 ans minimum de cotisation à un régime de protection sociale à la date d'inscription aux épreuves de sélection et ayant obtenu :

le baccalauréat : non

oui

inscrit sur la plateforme ParcoursSup.

- l'attestation délivrée par l'ARS autorisant à se présenter au concours infirmier 2017 et/ou 2018.

FICHE D'INSCRIPTION

A REMPLIR ET A JOINDRE AU DOSSIER
(Ecrire en lettres majuscules et lisiblement)

Coller

vosre photo d'identité
format : H:4,5 cm – L:3,5 cm

indiquer vos
nom et prénom au
verso de la photo

Madame - Monsieur (à entourer)

NOM :

NOM d'usage (Marital) :

Prénom :

Autres prénoms :

Situation familiale :

Date de naissance :

Lieu de naissance : N° Département :

Pays : Nationalité :

Avez-vous des enfants ? : Oui non Si OUI, combien :

N° de Sécurité Sociale : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ clé _ _ _

N° Tél. portable : [] [] [] [] [] []

N° de tél. fixe : [] [] [] [] [] []

Adresse e-mail :@.....

Adresse postale :

Code postal : Ville :

TITULAIRE DU BACCALAURÉAT :

Oui non

Si OUI, Série : Année d'obtention :

ÉTUDES UNIVERSITAIRES :

En cours (préciser) :

Diplôme(s) obtenu(s) :

PRÉPARATION AU CONCOURS :

Oui non Organisme

Code Postal et Ville

INSCRIPTION AU CONCOURS DANS UN AUTRE INSTITUT :

Si OUI, lequel :

SITUATION ACTUELLE

A REMPLIR ET A JOINDRE AU DOSSIER

NOM : NOM d'usage (marital) :

Prénom :

Merci de cocher la case correspondante à votre situation (les justificatifs demandés sont obligatoires) :

- Vous êtes demandeur d'emploi inscrit à pôle emploi : **fournir une attestation d'inscription sur la liste des demandeurs d'emploi.**
- Vous êtes salarié(e): **fournir une attestation de prise en charge des frais de formation de l'employeur ou de l'organisme de financement.**

Employeur (raison sociale et adresse) :

.....
.....
.....

Etablissement public

Etablissement privé

Profession :

Demande de tiers temps médical : Oui Non

Demande à effectuer auprès de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées, à la D.R.J.S.C.S <http://annuaire.action-sociale.org/?mdph=mdph-59> **autorisation écrite à retourner avant la date de clôture des inscriptions.**

COÛT DE LA FORMATION

A lire attentivement avant de vous inscrire. Ces informations vous permettront d'étudier votre participation financière à votre projet de formation.

<u>Coût pédagogique annuel</u> pour les publics non éligibles à l'aide financière régionale	5 907,67 €
<u>Droits d'inscription annuelle</u> dus à chaque rentrée scolaire	170 €
<u>Cotisation Vie Etudiante et de Campus</u> (<i>sous conditions</i>)	90 €
<u>Tenues de stage</u> (prix approximatif) 4 tuniques, 4 pantalons	65 €
<u>L'assurance SHAM</u> (obligatoire pour tous)	32 €
<u>Le portfolio</u> pour les stages (uniquement la 1 ^{ère} année)	7 €
<u>Le recueil des principaux textes</u> relatifs à la formation préparant au diplôme d'État et à l'exercice de la profession infirmier/ière (uniquement la 1 ^{ère} année)	3 €
Petit matériel (fontaine à eau, distributeurs...)	3 €
TOTAL :	6 292,67 €

FINANCEMENT DE LA FORMATION

Merci de cocher la case correspondante à votre situation (les justificatifs demandés sont obligatoires) :

Le coût peut être financé par :

- **le Conseil régional des hauts-de-France,**
- **l'employeur** pour les salariés en promotion professionnelle,
- **un Organisme Paritaire Collecteur Agréé. (OPCA)** pour les salariés en Congé Individuel de Formation (exemple : Fongecif, ANFH, Unifaf...)

PERSONNES DÎTES « ÉLIGIBLES À LA RÉGION »

Le Conseil régional des hauts-de-France peut prendre en charge le coût pédagogique à condition d'être demandeur d'emploi non démissionnaire inscrit à Pôle Emploi.
Le statut est considéré à l'entrée en formation et vaut pour toute la durée de la formation.

PERSONNES DÎTES « NON ÉLIGIBLES À LA RÉGION »

Autres financements possibles :

- l'employeur** pour les salariés du secteur public (y compris en disponibilité) et privé
- un Organisme Paritaire Collecteur Agréé. (OPCA)** pour les salariés en Congé Individuel de Formation (exemple : Fongecif, ANFH, Unifaf...)
- autre :**
A préciser :

Je soussigné(e), atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements mentionnés sur les documents retournés à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Cambrai.

A : Le :/...../.....

Signature :

AUTORISATION POUR PARUTION DE VOTRE NOM

A REMPLIR ET A JOINDRE AU DOSSIER

La parution de vos nom et prénom sur le site Internet du Centre Hospitalier de Cambrai est soumise à votre autorisation préalable (Art. 22 III de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel (C.N.I.L)).

Je soussigné(e) :

Autorise

N'autorise pas

Le Centre Hospitalier de Cambrai à faire apparaître mes nom et prénom, sur son site Internet dans le cadre de la diffusion des résultats aux épreuves de sélection de l'Institut Formation en Soins Infirmiers de Cambrai que je souhaite intégrer. J'ai pris note qu'en cas de non réponse, mes nom et prénom apparaîtront sur le site Internet du Centre Hospitalier de Cambrai.

Signature de la personne concernée, précédée de la mention "lu et approuvé".

Mention :

Fait à, le

Signature :

AUTORISATION D'EXPLOITATION D'IMAGES

Je soussigné(e) :

Autorise

N'autorise pas

Joindre 1 photo format : H:4,5 cm – L:3,5 cm

L'Institut de Formation en Soins Infirmiers du Centre Hospitalier de Cambrai à exploiter, libre de tout droit, toute image de moi-même sur tout support réalisé dans le cadre de sa mission exclusivement, notamment dans le cadre du suivi informatisé de ma scolarité (carte étudiant, dossier scolaire, trombinoscope, etc..) dans le logiciel dénommé « Forméis » édité par la société Epsilon Informatique.

Signature de la personne concernée, précédée de la mention « lu et approuvé ».

Mention :

Fait à, le

Signature :

Attacher votre
photo d'identité
avec vos nom et prénom
au verso de la photo à
l'aide d'un trombone.

LISTE DES DOCUMENTS À FOURNIR

	Justificatifs à fournir
Titulaire du D.E.A.S D.E.A.P	<ol style="list-style-type: none"> 1. Photocopie du diplôme. 2. Attestation de l'employeur justifiant des 3 ans de cotisation à un régime de protection sociale à la date d'inscription aux épreuves. La fonction et le temps de travail (temps plein ou temps partiel) sont à préciser. <p><u>Si vous êtes bachelier :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Photocopie du diplôme du baccalauréat. 4. Photocopie du relevé de notes du baccalauréat.
Candidat en reconversion professionnelle	<ol style="list-style-type: none"> 1. Attestation de l'employeur justifiant des 3 ans de cotisation à un régime de protection sociale à la date d'inscription aux épreuves. La fonction et le temps de travail (temps plein ou temps partiel) sont à préciser. <p><u>Si vous êtes bachelier :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Photocopie du diplôme du baccalauréat. 2. Photocopie du relevé de notes du baccalauréat.

Toutes les photocopies doivent comporter la mention « ***J'atteste la conformité à l'original de la présente photocopie*** », elles doivent être datées et signées par vos soins.

DÉROULEMENT DES ÉPREUVES

Épreuve	Aide-soignant et auxiliaire de puériculture	Reconversion professionnelle	
		Avec attestation de l'A.R.S	Sans attestation de l'A.R.S.
Écrite jeudi 4 avril 2019	Épreuve de 2 heures de 9h30 à 11h30 Analyse de 3 situations professionnelles.		Épreuve de 30 minutes de 9h30 à 10h Rédaction et/ou réponses à des questions dans le domaine sanitaire et social.
		Épreuve de 30 minutes de 10h30 à 11h Calculs simples	Épreuve de 30 minutes de 10h30 à 11h Calculs simples
Orale (date à définir)		Entretien de 20 minutes permettant d'apprécier l'expérience professionnelle, le projet professionnel et les motivations du candidat à partir de son dossier.	

DISPENSE DE FORMATION

Les aides-soignants et les auxiliaires de puériculture ayant réussi l'épreuve de sélection sont dispensés d'unités d'enseignement correspondantes à la compétence 3 du référentiel infirmier « Accompagner une personne dans la réalisation des soins quotidiens » soit :

UE 2.10 S1 « Infectiologie hygiène »

UE 4.1 S1 « Soins de confort et de bien-être »

UE 5.1 S1 « Accompagnement dans la réalisation des soins quotidiens »

Ils peuvent être également dispensés du stage de 5 semaines prévu au premier semestre.

Les candidats qui ont accepté leur affectation à l'Institut ont un délai de 4 jours ouvrés à compter de leur acceptation pour s'inscrire et s'acquitter des droits d'inscription par chèque bancaire ou postal à l'ordre du Trésor Public. Passé ce délai, les candidats affectés sont réputés avoir renoncé au bénéfice des épreuves de sélection.

En cas de désistement, quel qu'en soit le motif, les droits annuels d'inscription demeurent acquis à l'Institut.