



## 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 ÉPREUVES DE SÉLECTION 2020

Nom de naissance : .....

Prénom(s) : .....

Nom d'usage (marital) : .....

Dépôt du dossier au plus tard le lundi 2 mars 2020 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 :  
IFSI : 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 aux épreuves de sélection pour l'entrée en formation infirmière.

Dépôt du dossier au plus tard **le lundi 2 mars 2020 minuit** :

- ✓ Soit au secrétariat de l'institut
- ✓ Soit par courrier en recommandé avec avis de réception.

Il doit comporter obligatoirement :

- la fiche « conditions d'accès aux épreuves de sélection »,
- 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,
- 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 régie*),
- 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
- une photocopie de votre attestation de droits à l'assurance maladie (CPAM)
- un curriculum vitae,
- une lettre de motivation.

Vous recevrez une convocation en recommandé avec avis de réception, **15 jours** avant la date des épreuves. 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 AUX ÉPREUVES DE SÉLECTION

A REMPLIR ET A JOINDRE AU DOSSIER

**Arrêté du 31 juillet 2009 modifié notamment par l'arrêté du 13 décembre 2018 relatif au diplôme d'État d'infirmier.**

*« Peuvent être admis en 1<sup>ère</sup> année de formation au diplôme d'État d'infirmier, les candidats relevant de la formation professionnelle continue et justifiant d'une durée minimum de trois ans de cotisation à un régime de protection sociale à la date d'inscription aux épreuves de sélection ».*

**Vous êtes :**

En **reconversion professionnelle.**

Dernier emploi occupé : .....

En **activité professionnelle.**

Emploi occupé : .....

**Vous êtes :**

Titulaire du **D.E.A.S**

Année d'obtention du diplôme : ..... (joindre une photocopie)

Titulaire du **D.E.A.P**

Année d'obtention du diplôme : ..... (joindre une photocopie)



## 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** :     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.***

Coût pédagogique annuel pour les publics <b>non éligibles</b> à l'aide financière régionale	<b>5 907,67 €</b>
Droits d'inscription annuelle dus à chaque rentrée scolaire	<b>170 €</b>
Cotisation Vie Etudiante et de Campus ( <i>sous conditions</i> )	<b>91 €</b>
Tenues de stage (prix approximatif) 4 tuniques, 4 pantalons	<b>65 €</b>
L'assurance SHAM (obligatoire pour tous)	<b>32 €</b>
Le portfolio pour les stages (uniquement la 1 <sup>ère</sup> année)	<b>7 €</b>
Le recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'État et à l'exercice de la profession infirmier/ière (uniquement la 1 <sup>ère</sup> année)	<b>3 €</b>
Petit matériel (fontaine à eau, distributeurs...)	<b>3 €</b>
<b>TOTAL :</b>	<b>6 292,67 €</b>

Ces montants correspondent à la rentrée universitaire 2019.

## FINANCEMENT DE LA FORMATION

La formation peut être prise en charge 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...)

### **Merci de cocher la case correspondante à votre situation**

(les justificatifs demandés sont **OBLIGATOIRES**) :

#### **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 DE 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 :

Coller

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

indiquer vos  
nom et prénom au  
verso de la photo

## LISTE DES DOCUMENTS À FOURNIR

### Justificatifs à fournir obligatoirement.

1. Photocopie recto/verso en couleur de votre carte d'identité ou d'un passeport en cours de validité (*aucune autre pièce ne sera acceptée*)
2. Photocopie de(s) diplôme(s) détenu(s).
3. Attestation(s) de l'employeur justifiant les 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.
4. Photocopie recto/verso en couleur de votre carte vitale.
5. Photocopie de votre attestation de droits à l'assurance maladie (CPAM).
6. Curriculum vitae.
7. Lettre de motivation.

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

<b><u>ÉPREUVES ÉCRITES</u></b>  <b>Judi 2 avril 2020</b> <b>Matin</b>	<b><u>SOUS ÉPREUVE 1</u></b> Rédaction et/ou des questions dans le domaine sanitaire et social. Durée : 30 minutes (de 10h à 10h30).
	<b><u>SOUS ÉPREUVE 2</u></b> Calculs simples. Durée : 30 minutes (de 11h à 11h30)
<b><u>ÉPREUVE ORALE</u></b>  <b>Du 30/03/2020</b> <b>Au 03/04/2020</b>	<b><u>ENTRETIEN</u></b>  Durée : 20 minutes maximum

## CONFIRMATION D'ADMISSION

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.

## DISPENSE DE FORMATION

Les personnes admises en formation peuvent faire l'objet de dispenses d'unités d'enseignements ou de semestres par le directeur d'établissement, après décision de la section compétente pour le traitement pédagogique des situations individuelles des étudiants, au regard de leur formation antérieure validée, des certifications, titres et diplômes obtenus et de leur parcours professionnel.

Les personnes concernées doivent déposer auprès de l'Institut leur demande de dispense sur la base du dossier joint.

## **DEMANDE DE DISPENSES D'ENSEIGNEMENTS**

### **1<sup>ère</sup> année de formation en Soins Infirmiers**

**ANNÉE UNIVERSITAIRE 2020 / 2021**

Votre demande doit être impérativement adressée par courrier en recommandé avec avis de réception **avant le 30 juin 2020**. Au-delà de cette date, votre demande sera **irrecevable**.

NOM d'usage : ..... NOM de jeune fille : .....

Prénom : ..... Date de naissance : .....

**Arrêté du 13 décembre 2018 relatif au diplôme d'État d'infirmier, chapitre III.**

« **Art. 7.**-Les personnes admises en formation peuvent faire l'objet de dispenses d'unités d'enseignements ou de semestres par le directeur d'établissement, après décision de la section compétente pour le traitement pédagogique des situations individuelles des étudiants, au regard de leur formation antérieure validée, des certifications, titres et diplômes obtenus et de leur parcours professionnel ».

MOTIF	DISPENSE D'ENSEIGNEMENT SOUHAITÉE
<p><b>Expérience professionnelle :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• .....</li> <li>• .....</li> <li>• .....</li> <li>• .....</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ .....</li> <li>➤ .....</li> <li>➤ .....</li> <li>➤ .....</li> </ul>
<p><b>Diplôme(s) obtenu(s) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• .....</li> <li>• .....</li> <li>• .....</li> <li>• .....</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ .....</li> <li>➤ .....</li> <li>➤ .....</li> <li>➤ .....</li> </ul>

Merci de cocher les documents joints au dossier de demande de dispenses :

- la copie d'une pièce d'identité ;
- le(s) diplôme(s) originaux détenu(s) ;
- le cas échéant, une attestation de validation d'ECTS de moins de 3 ans ;
- le cas échéant, le(s) certificat(s) du ou des employeurs attestant de l'exercice professionnel de l'intéressé dans une des professions identifiées dans l'article 7 ;
- un curriculum vitae ;
- une lettre de motivation ;
- une attestation de niveau de langue B2 française pour les candidats étrangers.

Date :

Signature :