



## 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 2021

Nom de naissance : .....

Prénom(s) : .....

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

Dépôt du dossier au plus tard le lundi 8 mars 2021 minuit :

- Au secrétariat sur rendez-vous en appelant le 03 27 37 67 30.
- 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 AUX ÉPREUVES DE SÉLECTION .....	3
FICHE D'INSCRIPTION.....	4
SITUATION ACTUELLE .....	5
COÛT DE LA FORMATION .....	5
FINANCEMENT DE LA FORMATION .....	6
AUTORISATION DE PARUTION DE VOTRE NOM .....	7
AUTORISATION D'EXPLOITATION D'IMAGES.....	7
Liste des documents à fournir.....	8
DÉROULEMENT DES ÉPREUVES .....	8
CONFIRMATION D'ADMISSION .....	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 8 mars 2021 minuit** (*cachet de la poste faisant foi*) :

- Au secrétariat sur rendez-vous en appelant le 03 27 37 67 30.
- Par courrier en recommandé avec avis de réception : IFSI : 20, rue du Colonel Francis Nicol – CS 90 389 – 59407 CAMBRAI CEDEX

Il doit comporter obligatoirement :

- la fiche « conditions d'accès aux épreuves de sélection »,
- la fiche d'inscription,
- la fiche « situation actuelle » et « financement de la formation »,
- l'autorisation de parution sur Internet de votre nom dans la liste des résultats et l'autorisation d'exploitation d'images,
- 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)
- la photocopie de(s) diplôme(s) détenu(s),
- les attestations d'employeur(s) justifiant les 3 ans de cotisation à un régime de protection sociale à la date d'inscription aux épreuves,
- 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 COMPLÉTER 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)

Autre(s) diplôme(s) :

Préciser : ..... (joindre une photocopie)

## FICHE D'INSCRIPTION

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

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) : .....

### INSCRIPTION DANS UN AUTRE INSTITUT :

Si OUI, lequel : .....

## SITUATION ACTUELLE

### A COMPLÉTER ET A JOINDRE AU DOSSIER

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

Prénom : .....

**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>

**Une copie de l'autorisation écrite sera à remettre à l'institut 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>92 €</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>6 279,67 €</b>

Ces montants correspondent à la rentrée universitaire 2020.

## 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 **Opérateur de Compétences (OPCO)** pour les salariés en Congé de Formation.

**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 **Opérateur de Compétences (OPCO)** pour les salariés en Congé de Formation.

**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 SUR INTERNET

### A COMPLÉTER 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

Documents à joindre **obligatoirement** au dossier.

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) d'employeur(s) 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.

## CALENDRIER DE L'ÉPREUVE DE SÉLECTION

ÉPREUVE ORALE		RÉSULTATS	
<b>Mardi 6 avril 2021</b> <b>Après-midi</b>	Durée : 20 minutes maximum	<b>Jeudi 15 avril 2021</b> <b>à 10h</b>	au siège de l'Institut et sur le site internet : <a href="http://www.ch-cambrai.fr">www.ch-cambrai.fr</a>

## CONFIRMATION D'ADMISSION

Les candidats reçus à l'épreuve de sélection doivent confirmer leur inscription au plus tard le **lundi 26 avril 2021 à minuit** et s'acquitter des droits d'inscription par chèque bancaire ou postal à l'ordre du Trésor Public. Passé ce délai, les candidats concernés 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.



# 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



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

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

### **ANNÉE UNIVERSITAIRE 2021 / 2022**

Votre demande doit être impérativement adressée par courrier en recommandé avec avis de réception **avant le 30 juin 2021**. 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
<b>Expérience professionnelle :</b> <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>
<b>Diplôme(s) obtenu(s) :</b> <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>

Date :

Signature :

**Documents à joindre obligatoirement à votre demande.**

- 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.