



DOSSIER D'INSCRIPTION

ÉPREUVES DE SÉLECTION 2023

Nom de naissance :

Prénom(s) :

Nom d'usage (marital) :

Dépôt du dossier au plus tard le mercredi 8 mars 2023 minuit (Cachet de la poste faisant foi)

- 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	1
CONDITIONS D'ACCÈS AUX ÉPREUVES DE SÉLECTION	2
FICHE D'INSCRIPTION	2 et 3
COÛT DE LA FORMATION	4
FINANCEMENT DE LA FORMATION	5
DÉCLARATION RELATIVE AU FINANCEMENT DE LA FORMATION	6
AUTORISATION DE PARUTION SUR INTERNET	7
AUTORISATION D'EXPLOITATION D'IMAGES.....	7
CALENDRIER DES ÉPREUVES DE SÉLECTION.....	8
CONFIRMATION D'ADMISSION.....	8
DISPENSE DE FORMATION	8
DEMANDE DE DISPENSES D'ENSEIGNEMENTS	9



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.

Cf site internet : <https://www.ch-cambrai.fr/rubrique-60.html>

Dépôt du dossier au plus tard **le mercredi 8 mars 2023 minuit** (*cachet de la poste faisant foi*) :

- 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 » et « fiche d'inscription »,
- la fiche « déclaration relative au financement de la formation » avec les justificatifs demandés,
- l'autorisation de parution sur Internet de votre nom (résultats des épreuves) et d'exploitation d'images (dossier scolaire),
- 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.

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.

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^{ère} 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

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 :

DEMANDE DE TIERS TEMPS

Oui Non

Demande à effectuer auprès de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées, à la DREETS : <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



<u>Coût pédagogique annuel</u>	6 600 €
<u>Droits d'inscription annuelle</u>	170 €
<u>Cotisation Vie Etudiante et de Campus</u> (<i>sous conditions</i>)	92 €
<u>L'assurance SHAM</u> (<i>obligatoire pour tous</i>).	32 €
<u>Le portfolio</u> pour les stages (<i>uniquement la 1^{ère} année</i>).	10 €
<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 (<i>uniquement la 1^{ère} année</i>)	5 €
Petit matériel (<i>fontaine à eau, distributeurs...</i>)	4 €
TOTAL :	6 913 €

PUBLICS NON-ELIGIBLES AU FINANCEMENT DE LA FORMATION PAR LA RÉGION HAUTS-DE-FRANCE.

Le financement possible de la formation des publics *NON-ELIGIBLES* peut être pris en charge par :



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.

L'étudiant : financement personnel.

FINANCEMENT DE LA FORMATION

PUBLICS ELIGIBLES AU FINANCEMENT DE LA FORMATION PAR LA RÉGION HAUTS-DE-FRANCE.



Vous êtes demandeur d'emploi inscrit à Pôle Emploi.

CONDITIONS	JUSTIFICATIFS A FOURNIR
<ul style="list-style-type: none"> • Sans contrat de travail ou avec un contrat de travail précaire (CDD, contrat d'intérim ...) jusqu'à l'entrée en formation. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Justificatif de Pôle Emploi. ➤ Copie du contrat de travail. ➤ Attestation sur l'honneur de mobilisation du CPF*. ➤ Copie des droits au CPF*.
<ul style="list-style-type: none"> • Avec un contrat de travail à condition que l'activité salariée ne fasse pas obstacle au bon déroulement de la formation. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Justificatif de Pôle Emploi. ➤ Copie du contrat de travail. ➤ Attestation sur l'honneur de mobilisation du CPF*. ➤ Copie des droits au CPF*.
<ul style="list-style-type: none"> • Ayant démissionné d'un CDI <u>uniquement dans le cadre de démissions légitimes.</u> (ne pas démissionner dans le seul but de s'inscrire à Pôle Emploi pour obtenir le financement de sa formation par la Région) conformément à l'accord d'application relatif à l'assurance chômage en vigueur. • Les travailleurs indépendants répondant aux conditions d'indemnisation par le régime d'assurance chômage à compter du 01/11/2019. • Les salariés du secteur privé. • Les salariés du secteur public employant des salariés en CDI de droit privé. <p><u>Sont exclus de ce dispositif :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ les titulaires d'un CDD ou d'un contrat de mission. ✓ Les agents de droit public. ✓ Les fonctionnaires. ✓ Les travailleurs non-salariés. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Justificatif de Pôle Emploi. ➤ Attestation sur l'honneur de mobilisation du CPF*. ➤ Copie des droits au CPF*.

***CPF : Compte Personnel de Formation.** Pour mobiliser son CPF, le demandeur d'emploi s'informe auprès d'un conseiller en évolution professionnelle et fournit à l'organisme de formation une attestation des droits en euros de son CPF.

DÉCLARATION RELATIVE AU FINANCEMENT DE LA FORMATION

NOM : NOM d'usage (marital) :

Prénom :

Cocher la case correspondant à votre situation (les justificatifs demandés sont **OBLIGATOIRES**) :

- Vous êtes étudiant SANS interruption de scolarité, fournir :**
 - un certificat de scolarité de l'année N.
- Vous êtes étudiant de moins de 26 ans ayant interrompu votre scolarité moins d'un an, fournir :**
 - un certificat de scolarité de l'année N-1.
 - une attestation de service civique éventuellement.
- Vous êtes demandeur d'emploi inscrit à pôle emploi, fournir :**
 - une attestation d'inscription sur la liste des demandeurs d'emploi.
 - une attestation sur l'honneur de la mobilisation du CPF.
 - Copie des droits du CPF.
 - Copie du contrat de travail éventuellement.
- Vous êtes salarié(e), fournir :**
 - une attestation de prise en charge des frais de formation par l'employeur ou un organisme de financement.
- Vous prenez en charge personnellement le coût de la formation, fournir :**
 - une attestation datée et signée par vos soins de prise en charge des frais de formation.

Je soussigné(e), atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document à retourner 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

CALENDRIER DES ÉPREUVES DE SÉLECTION

<u>ÉPREUVES ÉCRITES</u>	<u>ÉPREUVE ORALE</u>	<u>RÉSULTATS</u>
Mercredi 29 mars 2023 matin	Du lundi 20 au vendredi 31 mars 2023* Durée : 20 minutes maximum	Vendredi 7 avril 2023 à 14h au siège de l'Institut et sur le site internet : www.ch-cambrai.fr

** une convocation vous sera adressée précisant la date et l'heure de l'épreuve.*

CONFIRMATION D'ADMISSION

Les candidats reçus aux épreuves de sélection doivent confirmer leur inscription au plus tard le **mercredi 19 avril 2023 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.

DEMANDE DE DISPENSES D'ENSEIGNEMENTS

1^{ère} année de formation en Soins Infirmiers

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2022 / 2023

Votre demande doit être impérativement adressée par courrier en recommandé avec avis de réception **avant le lundi 3 juillet 2023**. 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 ».

Documents à joindre obligatoirement :

- 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.

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

Date :

Signature :