

**DOSSIER D'INSCRIPTION AUX EPREUVES DE SELECTION « INFIRMIER » 2021
A REMPLIR POUR LES CANDIDATS
RELEVANT DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE CONTINUE**

**DANS LE CADRE DU GROUPEMENT UNIVERSITAIRE
EN REGION CENTRE VAL-DE-LOIRE**

**INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS
Rue du Château – 45120 CHALETTE-SUR-LOING**

Tél. : 02 38 95 95 95 - Fax : 02 38 95 95 80 – Courriel : ifsi@ch-montargis.fr - Site : <https://www.ch-montargis.fr/hopital/ifsi-ifas/>

NOM DE FAMILLE (en majuscules).....

(Cadre réservé à l'I.F.S.I.)

(de jeune fille pour les femmes mariées)

Numéro Candidat(e) : _____

NOM D'USAGE :

PRENOMS :

INDIQUER PAR ORDRE PREFERENTIEL LES TROIS INSTITUTS DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS CHOISIS AU SEIN DU GROUPEMENT DE LA REGION CENTRE VAL-DE-LOIRE (Voir liste : **Annexe 1**)

→ 1^{er} Choix :

→ 2^{ème} Choix :

→ 3^{ème} Choix :

Les épreuves doivent se faire dans l'institut indiqué comme choix n° 1

PUBLIC CONCERNÉ :

- Candidats en reconversion professionnelle (Bacheliers ou non bacheliers) - (Tout domaine confondu) 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).

DOSSIER D'INSCRIPTION A CONSTITUER

PUIS A POSTER du MERCREDI 20 JANVIER 2021 au LUNDI 22 FEVRIER 2021

(Cachet de la poste faisant foi) et (selon modalités fixées page n° 4)

Attention, vous devez :

→1) Remplir les pages 1 – 2 – 3 - 4 du dossier d'inscription et les agraffer dans l'ordre (ne pas faire de recto-verso).

→2) Insérer les pièces que vous aurez cochées en respectant l'ordre ci-dessous, dans une pochette transparente.

→3) Poster votre dossier dans une grande enveloppe fermée et scotchée (à l'adresse page 4).

/ / / Fiche de renseignements :

✓ Remplir : pages n° 1 - 2 - 3 - 4

✓ Lire, compléter et signer les encadrés : pages n° 3 et 4.

/ / / 4 photos d'identité, récentes (inscrire nom/prénom au dos (dont 1 est à coller à l'endroit réservé en haut à droite page 2).

/ / / 1 Règlement libellé à l'ordre du Trésor Public des frais d'inscription : 130 € (cent trente euros) soit par chèque bancaire correctement

écrit, daté, signé ou soit par chèque de banque (ATTENTION : Les droits d'inscription enregistrés pour les épreuves de sélection restent acquis et ne peuvent donner lieu à un remboursement y compris en cas d'absence aux épreuves).

/ / / Chèque bancaire (inscrire votre nom et prénom au dos) ou / / / Chèque de banque.

/ / / 5 enveloppes auto-adhésives (format normal) timbrées au poids de 20 gr (en lettre prioritaire) - (inscrire nom + adresse personnelle du candidat).

/ / / 1 Lettre de candidature manuscrite, datée et signée (avec quelques motivations).

/ / / 1 Curriculum Vitae actualisé.

/ / / 1 Photocopie lisible : / / / de la carte nationale d'identité en cours de validité (recto-verso) ou / / / du passeport en cours de validité

ou / / / du titre de séjour en cours de validité.

/ / / En cas de demande de tiers-temps médical : Pièces recommandées pour ce concours par la M.D.P.H. (Maison Départementale des Personnes Handicapées) à joindre dans le dossier d'inscription avant la clôture du 22/02/21. Toute réponse obtenue ultérieurement ne pourra être prise en compte.

/ / / 1 Copie du ou des diplôme(s) obtenu(s).

/ / / Cotisation à un régime de protection sociale d'une durée minimum de trois ans (à la date d'inscription aux épreuves de sélection).

(Tout secteur confondu)

/ / / Remplir la liste des emplois et/ou de cotisations (Annexe 7)

/ / / Fournir et agraffer à la liste : les certificats de travail ou contrats de travail ou relevé de carrière ou bulletins de salaire et/ou justificatifs Pôle emploi.

Afin d'enrichir votre dossier, vous pouvez ajouter :

/ / / Une fiche d'appréciation du ou des employeurs.

/ / / Un récapitulatif des formations suivies et des bénéfices acquis en terme de connaissances, compétences et transpositions dans le métier.

/ / / Une attestation d'engagement citoyen (membre d'une association, d'un collectif par exemple).

/ / / Tout autre document utile afin de démontrer que vous répondez aux attendus et critères nationaux (arrêté du 3 Janvier 2019 relatif au cadre national sur les attendus de la formation conduisant au diplôme d'Etat d'Infirmier).



**FICHE DE RENSEIGNEMENTS
CANDIDATURE - FORMATION "INFIRMIER(E)" / ANNEE 2021**

ATTENTION : Vos noms doivent correspondre à ceux qui figurent sur la pièce d'identité que vous joignez)

NOM DE FAMILLE (de jeune fille pour les femmes mariées) : **PRENOMS** :

NOM D'USAGE :

ADRESSE PERSONNELLE :

CODE POSTAL : **VILLE** :

ADRESSE MAIL (écrire lisiblement en MAJUSCULES) :

DATE DE NAISSANCE :

LIEU DE NAISSANCE : **N° du département de naissance** :

SEXE : /_/ Féminin /_/ Masculin **NATIONALITE** :

NUMERO DE TELEPHONE : (Fixe) :

NUMERO DE TELEPHONE : (Portable) :

N° DE SECURITÉ SOCIALE (en votre nom) : _ _ _ _ _ **CAISSE**

D'AFFILIATION :

SITUATION FAMILIALE : /_/ Célibataire /_/ Pacsé(e) /_/ Vie maritale
/_/ Marié(e) /_/ Séparé(e) /_/ Divorcé(e) /_/ Veuf(ve)

NOMBRE D'ENFANTS A CHARGE : /_/ Garçon(s) - Ages : /_/ Fille (s) - Ages :

DIPLOMES OBTENUS : (Nature et date d'obtention à préciser)
.....
.....

N° INE ou BEA pour les bacheliers (n° se trouvant sur le relevé de notes du Baccalauréat) :

NIVEAU D'ETUDES ACQUIS :

ETES-VOUS TITULAIRE DE L'AFGSU Niveau 2 ? Oui /_/ Non /_
(Formation aux Gestes et Soins d'Urgence) Si oui, date d'Obtention :

SITUATION ACTUELLE :

ETES-VOUS SALARIE(E) DANS UN ETABLISSEMENT : OUI /_/ ou NON /_/

→ Si oui :

Préciser le nom et l'adresse de votre employeur :
.....
.....

Depuis le :

Cocher le statut de l'établissement : PUBLIC /_/ ou PRIVÉ /_/

Cocher le type de contrat de travail : CDD /_/ CDI /_/ TITULAIRE /_/ INTERIM /_/ CAE /_/ AUTRES /_/

L'établissement emploie-t-il des infirmier(e)s ? OUI /_/ ou NON /_/

Bénéficierez-vous d'une prise en charge du coût pédagogique de votre formation par votre employeur ou dans le cadre des OPCO

(6 900 €*) OUI /_/ NON /_/

(* Montant pour la scolarité 2021/2022 (voir : **Annexe 2, qui fait office de devis**)

En cas de non prise en charge du coût pédagogique par le Conseil Régional ou autres organismes financeurs, vous engagez-vous à vous acquitter du coût pédagogique annuel pour les 3 ans ? OUI /_/ NON /_/

Avez-vous démissionné du secteur sanitaire depuis moins de 2 ans ? OUI /_/ NON /_/

/_/ En congé parental :

Depuis le :

/_/ En disponibilité :

Depuis le :

/_/ Inscrit(e) comme demandeur d'emploi au Pôle Emploi :

Depuis le :

Numéro d'identifiant :

Lieu d'inscription au Pôle emploi :

Êtes-vous indemnisé(e) : OUI /_/ NON /_/

DEMANDEREZ-VOUS UNE BOURSE du secteur sanitaire et social du Conseil Régional : OUI /__ / ou NON /__ /

➔ Les critères concernant la possibilité de déposer une demande de bourse et la prise en charge du coût de la formation par la Région Centre-Val de Loire sont joints : **Annexe 3.**

➔ Nous vous communiquerons toutes informations utiles quant aux dates d'ouverture et de fermeture de la campagne des bourses, lors de votre inscription définitive.

NOM ET PRENOM DE VOTRE CONJOINT ou CONCUBIN ou PACSÉ :

.....
AGE : TELEPHONE : _ _ _ _ _
PROFESSION :
EMPLOYEUR :
.....

NOM ET PRENOM DE VOTRE PERE :

.....
AGE : TELEPHONE : _ _ _ _ _
PROFESSION :
EMPLOYEUR :
.....
SITUATION FAMILIALE : Célibataire /__ / - Pacsé /__ / - Vie maritale /__ / - Marié /__ / - Séparé /__ / - Divorcé /__ / - Veuf /__ /
ADRESSE :
.....

NOM (de Jeune fille) et NOM (d'épouse) et PRENOM DE VOTRE MERE :

AGE : TELEPHONE : _ _ _ _ _
PROFESSION :
EMPLOYEUR :
.....
SITUATION FAMILIALE : Célibataire /__ / - Pacsé /__ / - Vie maritale /__ / - Marié /__ / - Séparé /__ / - Divorcé /__ / - Veuf /__ /
ADRESSE :
.....

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT :

NOM : PRENOM :
.....
ADRESSE :
.....
TELEPHONE (Fixe et Portable) : _ _ _ _ _ / _ _ _ _ _
LIEN DE PARENTE :
.....

FRERES ET SOEURS :

PRENOMS	AGES	PROFESSIONS
.....
.....
.....
.....
.....

En cas d'affectation à l'Institut pour la rentrée universitaire :

- Prévoyez-vous de vous inscrire au self de l'IFSI pour le déjeuner ? OUI /__ / ou NON /__ /
(Cocher la bonne réponse)

Souhaitez-vous une publication sur internet de vos résultats d'admission sur le site : **Site : <https://www.ch-montargis.fr/hopital/ifsi-ifas/>**

OUI /__ / ou NON /__ /
(Cocher la bonne réponse)

Je soussignée,atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements sur ce document.

Date et Signature du Candidat (précédées de la mention : « lu et approuvé »)
et signature des parents pour le candidat mineur

La date de clôture d'inscription est fixée au **LUNDI 22 FEVRIER 2021**
(Cachet de la poste faisant foi)

ATTENTION → AUCUN DEPOT DE DOSSIER SUR PLACE

*Durant cette période d'inscription
(du 20 Janvier au 22 Février 2021)*

VOUS DEVEZ POSTER IMPÉRATIVEMENT VOTRE DOSSIER

(en courrier simple ou en courrier suivi, mais suffisamment affranchi en fonction du poids de celui-ci) à l'adresse ci-dessous :



IFSI – Rue du Château – 45120 CHALETTE-SUR-LOING

*Pour toutes informations complémentaires
concernant la constitution de votre dossier,
contacter le Secrétariat de l'Institut, par téléphone,
au : **02 38 95 95 95** de : **8 h 30 à 12 h et de 13 h 30 à 17 h 30***

*

Attention !

Le dossier sera déclaré irrecevable dans les cas suivants :

- ☞ Si votre envoi n'a pas été suffisamment affranchi (refus de payer les taxes demandées par la poste).
- ☞ S'il a été posté après le 22 Février 2021 (cachet de la poste faisant foi).
- ☞ **TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS TRAITE.**

Je soussigné(e)....., m'engage à respecter les conditions ci-dessus.

A défaut, le dossier me sera systématiquement retourné.

- ☞ **N'attendez pas le dernier jour de la clôture POUR POSTER votre dossier d'inscription. Veuillez anticiper le délai d'acheminement de votre envoi de dossier, en cas d'éventuelles grèves postales et/ou lors d'intempéries.**

- ☞ **AUCUN DEPOT DE DOSSIER SUR PLACE.**

Date et Signature du Candidat
(précédées de la mention « lu et approuvé »)