

## DOSSIER D'INSCRIPTION AUX EPREUVES DE SELECTION « INFIRMIER » 2023 A REMPLIR POUR LES CANDIDATS RELEVANT DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE CONTINUE

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).

### 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 - Courriel : [ifsi@ch-montargis.fr](mailto:ifsi@ch-montargis.fr) - Site : <https://www.ch-montargis.fr/hopital/ifsi-ifas>

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

**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<sup>er</sup> Choix : .....  
→ 2<sup>ème</sup> Choix : .....  
→ 3<sup>ème</sup> Choix : .....

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

**DOSSIER D'INSCRIPTION A CONSTITUER  
PUIS A POSTER du VENDREDI 20 JANVIER 2023 au LUNDI 20 FEVRIER 2023  
(Cachet de la poste faisant foi) et (selon modalités fixées page n° 4)**

- Fiche de renseignements :  Remplir : pages n° 1 - 2 - 3 - 4 -  Lire, **compléter et signer les endroits encadrés** : pages n° 3 et 4
- 1 photo d'identité, **récente 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 : 135 € (cent trente cinq 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 (*inscrire votre nom et prénom au dos*)
- 4 enveloppes auto-adhésives (format normal) (**inscrire nom + adresse personnelle du candidat**) **timbrées au poids de 20 gr**
- 1 Lettre de candidature **manuscrite, datée et signée**
- 1 Curriculum Vitae **actualisé**
- 1 Photocopie **lisible** :  Carte nationale d'identité **en cours de validité** (recto-verso) **ou**  Passeport **en cours de validité** **ou**  Titre de séjour **en cours de validité**.
- 1 Photocopie **lisible** du schéma vaccinal complet de la COVID-19 (**pas de QR code**)
- 1 Copie du ou des diplôme(s) obtenu(s) : ..... année : .....
- 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 etagrafer à la liste : les certificats de travail ou contrats de travail ou relevé de carrière ou bulletins de salaire et/ou justificatifs Pôle emploi.
- 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 20/02/23. Toute réponse obtenue ultérieurement ne pourra être prise en compte.

#### **POUR LES RESSORTISSANTS HORS UNION EUROPEENNE :**

- 1 Attestation de reconnaissance de niveau requis (ENIC-NARIC)
- 1 Attestation du niveau de langue française requis B2.

#### **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 2023**

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

**NOM DE FAMILLE** : .....

**NOM D'USAGE** : .....

**PRENOMS** : .....

**DATE DE NAISSANCE** : .....

**LIEU DE NAISSANCE** : .....

**N° du département de naissance** : .....

**SEXE** :  Féminin  Masculin

**NATIONALITE** : .....

**ADRESSE PERSONNELLE** : .....

**CODE POSTAL** : ..... **VILLE** : .....

**ADRESSE MAIL** (*écrire lisiblement en MAJUSCULE*) : .....

**NUMERO DE TELEPHONE FIXE** : .....

**NUMERO DE TELEPHONE PORTABLE** : .....

**N° DE SECURITÉ SOCIALE** (*Personnel*) : .....

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

**NOMBRE D'ENFANTS A CHARGE** : ..... - 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

Si oui, date d'Obtention : .....

### SITUATION PROFESIONNELLE ACTUELLE :

**ETES-VOUS SALARIE(E) DANS UN ETABLISSEMENT** :  Oui : depuis le : .....  Non

→ Si oui, préciser le nom et l'adresse de votre employeur :

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

Statut de l'établissement :  PUBLIC  PRIVÉ

Contrat de travail :  CDD  CDI  TITULAIRE  INTERIM  CAE  AUTRES

L'établissement emploie-t-il des infirmier(e)s ?  Oui  Non

Bénéficierez-vous d'**une prise en charge du coût pédagogique de votre formation par votre employeur** ou dans le cadre des OPCO (7 200 €\*) ?  Oui  Non

(\* Montant pour la scolarité 2023/2024 (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 ?**  Oui : Date .....  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

NOM ET PRENOM DE VOTRE CONJOINT ou CONCUBIN ou PACSÉ : .....

PROFESSION : .....

EMPLOYEUR : .....

NOM ET PRENOM DE VOTRE PERE : .....

PROFESSION : .....

EMPLOYEUR : .....

SITUATION FAMILIALE :  Célibataire     Pacsé     Vie maritale     Marié     Séparé     Divorcé     Veuf

ADRESSE : .....

NOM ET PRENOM DE VOTRE MERE : .....

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 : ..... PORTABLE : .....

LIEN DE PARENTE : .....



La date de clôture d'inscription est fixée au **LUNDI 20 FEVRIER 2023**  
(Cachet de la poste faisant foi)

**ATTENTION → AUCUN DEPOT DE DOSSIER SUR PLACE**

*Durant cette période d'inscription  
(du 20 Janvier au 20 Février 2023)*

**VOUS DEVEZ POSTER IMPERATIVEMENT VOTRE DOSSIER  
en courrier simple ou en lettre suivie, mais suffisamment affranchi en  
fonction du poids de celui-ci à l'adresse ci-dessous :**



**IFAS - 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 09 h 00 à 12 h 00 et de 14 h 00 à 16 h 00)*

\*

### **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 20 Février 2023 (cachet de la poste faisant foi).

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

**A défaut, le dossier me sera systématiquement retourné.**

***TOUT DOSSIER INCOMPLET, ILLISIBLE ET / OU NON CONFORME  
DEVRA ÊTRE COMPLÉTÉ AVANT LA DATE DE CLÔTURE DES INSCRIPTIONS.***

**AUCUN DEPOT DE DOSSIER SUR PLACE.**

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

Le : .....