



## DOSSIER D'INSCRIPTION

### AUX EPREUVES DE SELECTION « INFIRMIER » 2024

**Candidats relevant de la formation professionnelle continue  
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 Lundi 08 Janvier au Jeudi 1<sup>er</sup> Février 2024  
(Cachet de la poste faisant foi)**

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

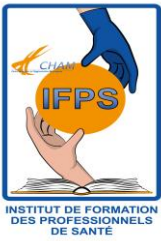
**INDIQUER PAR ORDRE PREFERENTIEL LES TROIS INSTITUTS DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS CHOISIS  
AU SEIN DU GROUPEMENT DE LA REGION CENTRE VAL-DE-LOIRE (Voir liste : Annexe 1) :**

→ 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*



**INSTITUT DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ**  
**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>

**Numéro Candidat(e) :** .....

**NOM DE NAISSANCE** : .....

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

**PRENOMS** : .....

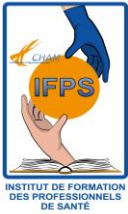
- Fiche de renseignements :
  - Remplir : **pages n° 1 - 2 - 3 - 4**
  - Lire, **compléter et signer les endroits encadrés** : pages n° 3 et 4
- 1 photo d'identité, **récente à coller à l'endroit réservé en haut à droite page 2**
- 1 Règlement libellé **à l'ordre du Trésor Public** des frais d'inscription : **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*)
  - Chèque de banque (*inscrire votre nom et prénom au dos*)
- 4 enveloppes auto-adhésives **timbrées** (*inscrire nom + adresse personnelle du candidat*)
- 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) : ..... / ..... / .....
  - Passeport en cours de validité : ..... / ..... / .....
  - Titre de séjour en cours de validité : ..... / ..... / .....
- 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 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.
- 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 01/02/2024. 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 2024

***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** : .....

**SEXE** :     Féminin     Masculin

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

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

**NATIONALITE** : .....

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

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

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

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

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

**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     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     En attente de réponse

(\* ) Montant pour la scolarité 2024/2025 (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 :** .....

**FRERES ET SOEURS :**

<b>NOM - PRENOMS</b>	<b>AGES</b>	<b>PROFESSIONS</b>
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

**En cas d'affectation à l'Institut pour la rentrée universitaire, prévoyez-vous de vous inscrire au self de l'IFPS pour le déjeuner ?**

**Oui**       **Non**

**Souhaitez-vous une publication sur internet de vos résultats d'admission sur le site (Annexe 8) :**

**Site : <https://www.ch-montargis.fr/hopital/ifs-i-ifas>**

**Oui**       **Non**

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

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

Le : .....

La date de clôture d'inscription est fixée au **Judi 1<sup>er</sup> Février 2024**  
(Cachet de la poste faisant foi)

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

*Durant cette période d'inscription  
(du **08 Janvier au 1<sup>er</sup> Février 2024**)*

**VOUS DEVEZ POSTER IMPERATIVEMENT VOTRE DOSSIER  
suffisamment affranchi à l'adresse ci-dessous :**



**IFPS - 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 **1<sup>er</sup> Février 2024** (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 : .....