



DOSSIER D'INSCRIPTION

AUX EPREUVES DE SELECTION « INFIRMIER » 2025

**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 21 Octobre au Lundi 09 Décembre 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^{er} Choix :

→ 2^{ème} Choix :

→ 3^{ème} 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 - Site : <https://www.ch-montargis.fr/hopital/ifsi-ifas>

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

Numéro Candidat(e) :

NOM DE NAISSANCE :

NOM D'USAGE :

PRENOMS :

- Fiche de renseignements à compléter et à signer
- 1 photo d'identité à coller en page 2
- 1 **chèque bancaire** libellé à l'ordre du **Trésor Public** correspondant aux frais d'inscription à la sélection : **135 €** (*inscrire votre nom et prénom au dos*) (**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).
- 1 Lettre de candidature **manuscrite, datée et signée**
- 1 **Curriculum Vitae actualisé**
- 1 Photocopie **lisible** :
 - Carte nationale d'identité Française ou Européenne en cours de validité (recto-verso) : / /
 - Passeport Français ou Européen en cours de validité : / /
- 1 Copie du ou des diplôme(s) obtenu(s) :
 - année :
 - année :
 - 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 **page 6**
 - 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.

POUR LES RESSORTISSANTS HORS UNION EUROPEENNE :

- Titre de séjour Français en cours de validité : / /
- 1 Copie du ou des diplôme(s) obtenu(s) :
 - année :
 - année :
- 1 **Attestation de reconnaissance de niveau requis (ENIC-NARIC)**
- 1 **Attestation du niveau de langue française requis B2.**

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 09/12/2024. Toute réponse obtenue ultérieurement ne pourra être prise en compte.

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 2025

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

NOM DE NAISSANCE :

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 PROFESSIONNELLE 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 (montant réévalué chaque année)

En cas de non prise en charge du coût pédagogique par votre employeur ou autres organismes financeurs, vous engagez-vous à vous acquitter du coût pédagogique ? Oui Non

Avez-vous démissionné ? 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'URGENCE :

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

.....

.....

TELEPHONE : FIXE : **PORTABLE :**

LIEN DE PARENTE :

LISTE DES EMPLOIS ET/OU DE COTISATIONS

- JUSTIFIANT D'UNE DUREE MINIMUM DE TROIS ANS DE COTISATION A UN REGIME DE PROTECTION SOCIALE (À LA DATE D'INSCRIPTION AUX EPREUVES DE SELECTION)

NOM DE FAMILLE (de naissance) _____ NOM D'USAGE _____

Prénom : _____

FONCTION	EMPLOYEUR ET/OU ORGANISME	PERIODE DU.....AU..... (du plus récent au plus ancien)	DUREE (en jours)
TOTAL			

Trois ans minimum de COTISATIONS



Agrafer à cette liste les attestations d'emplois et/ou de cotisations dans l'ordre chronologique (du plus récent au plus ancien)

Date et Signature

La date de clôture d'inscription est fixée au **Lundi 09 Décembre 2024**
(Cachet de la poste faisant foi)

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

Durant cette période d'inscription du 21 Octobre au 09 Décembre 2024 :

VOUS DEVEZ POSTER IMPERATIVEMENT VOTRE DOSSIER
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 **09 Décembre 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 :