

**NOTICE DE RENSEIGNEMENTS
EPREUVES DE SELECTION A L'ENTREE EN INSTITUT DE FORMATION
EN SOINS INFIRMIERS**



ANNEE 2018

FORMATION INFIRMIERE

**CANDIDATS DISPENSES DE LA 1^{ère} ANNEE
D'ETUDES D'INFIRMIER**

Date de clôture des inscriptions :

le 05 février 2018

(cachet de la poste faisant foi de la date d'envoi)

Tout dossier incorrectement rempli ou incomplet à la date de clôture sera refusé

Le dépôt du dossier s'effectue uniquement par courrier à l'adresse suivante :

Institut Méditerranéen de Formation en Soins Infirmiers

11, Place de la Lentilla – C.S. 90008

66025 PERPIGNAN CEDEX

**envoi recommandé avec accusé de réception
le cachet de la poste faisant foi de la date d'envoi**

**Veillez vous assurer que la poste appose la date d'envoi sur l'enveloppe,
tout dossier dont l'enveloppe ne sera pas datée ne pourra être enregistré**

NOM ET PRENOM

NOM (de jeune fille, pour les femmes mariées) :

.....
NOM D'EPOUSE :

.....
PRENOM : (indiquez également votre 2^{ème} prénom)

.....
DATE DE NAISSANCE :

.....

SOMMAIRE

1/	DATE DE L'ÉPREUVE ..	page 2
2/	CONDITIONS D'INSCRIPTION A L'ÉPREUVE	page 2
3/	NATURE DE L'ÉPREUVE	page 2
4/	CONSTITUTION DU DOSSIER D'INSCRIPTION	page 3
5/	CONVOCATION	page 3
6/	COMMUNICATION DES RESULTATS	page 3
7/	INSCRIPTION DEFINITIVE	page 4

1/ DATE DE L'EPREUVE

EPREUVE D'ADMISSION : le 4 JUIN 2018

Le coût pédagogique annuel de la formation infirmière est de 8 000 € pour 2018.

Pour les candidats en situation de demandeur d'emploi ou en poursuite d'études, la région subventionne la totalité de la formation.

Pour les candidats en promotion professionnelle du secteur public ou privé, les frais pédagogiques devront être acquittés par l'employeur (avec ou sans intervention d'un Organisme Paritaire Collecteur Agréé : ANFH, FONGECIF, FORMAP, UNIFAF, OPCAREG, etc....).

2/ CONDITIONS D'INSCRIPTION A L'EPREUVE

Arrêté du 31 juillet 2009 modifié relatif au diplôme d'Etat d'infirmier :

Peuvent se présenter à l'épreuve d'admission :

2-1 Les titulaires du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute ou d'ergothérapeute ou de pédicure-podologue ou de manipulateur d'électroradiologie médicale ou du diplôme d'assistant hospitalier des hospices civils de Lyon ou, pour les étudiants en médecine, pouvoir justifier de leur admission en deuxième année du deuxième cycle des études médicales ou, pour les étudiants sages-femmes, avoir validé la première année de la première phase ;

2-2/ Les candidats présentant un handicap :

Ils peuvent déposer une demande d'aménagement des épreuves. Ils adressent leur demande à l'un des médecins désignés par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées et en informent les instituts de formation.

Le médecin va émettre un avis sur votre demande d'aménagement. Cet avis ne préjuge pas de la décision de l'organisateur du concours, qui a seul compétence pour prendre une décision d'aménagement des conditions d'examen et qui doit tenir compte de la réglementation propre à chaque examen.

3/ NATURE DE L'EPREUVE

Epreuve d'admission

UNE EPREUVE ECRITE ET ANONYME CONSISTANT EN UN MULTIQUESTIONNAIRE

portant sur chacune des unités d'enseignement de l'année considérée dans l'institut de formation en soins infirmiers chargé de l'organisation de cette épreuve.

NOTATION : SUR 20 POINTS

UNE NOTE INFÉRIEURE A 10 SUR 20 EST ELIMINATOIRE.

4/ CONSTITUTION DU DOSSIER D'INSCRIPTION

Ce dossier doit comporter :

- Un chèque de 100 € établi à l'ordre de Monsieur le Trésorier Principal du C.H. de PERPIGNAN

En raison du traitement administratif de chaque dossier, aucun chèque ne sera restitué en cas de désistement ou d'absence au concours.

- La fiche d'inscription jointe au présent dossier dûment complétée.
- Une photocopie d'un document d'identité en cours de validité pour l'ensemble des épreuves : carte nationale d'identité ou passeport.
Pour les non citoyens de l'Union Européenne : carte de séjour en cours de validité pour l'ensemble des épreuves (les récépissés du rendez-vous à la préfecture de police ne seront pas pris en considération).
- Une photocopie des titres et diplômes
- 2 enveloppes autocollantes affranchies à 0.95 euros format standard portant vos NOM, PRENOM et ADRESSE
- 1 enveloppe autocollante affranchie à 5.70 euros format A 5 portant vos NOM, PRENOM et ADRESSE
- 1 enveloppe affranchie à 6.35 euros format A 4 portant vos NOM, PRENOM et ADRESSE
- 2 formulaires pour lettre recommandée avec « Accusé de Réception » complétés lisiblement comme suit : **(sans les signer)**
sur la partie destinataire : votre adresse
sur la partie expéditeur : I.M.F.S.I.
11, Place de la Lentilla
CS 90008
66025 PERPIGNAN CEDEX

Tout dossier incorrectement rempli ou incomplet à la date de clôture sera refusé

5/ CONVOCATION

Les candidats autorisés à concourir recevront une convocation.

Si celle-ci ne leur est pas parvenue **trois jours** avant la date de l'épreuve, ils doivent téléphoner au :

**☎ 04 68 28 67 47 (jours ouvrables)
de 8h à 12h et de 13h30 à 17h**

RAPPEL :

L'épreuve écrite d'admission aura lieu le lundi 4 juin 2018.

6/ COMMUNICATION DES RESULTATS

☞ Tous les candidats sont personnellement informés de leurs résultats par courrier en recommandé avec accusé de réception.

Aucun résultat ne sera communiqué par téléphone.

7/ INSCRIPTION DEFINITIVE

L'admission définitive dans un Institut de Formation en Soins Infirmiers est subordonnée à :

- la production, au plus tard le premier jour de la rentrée, d'un certificat médical par un médecin agréé attestant que le candidat ne présente pas de contre-indication physique ou psychologique à l'exercice de la profession ;
- la production d'un certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France.

Vaccinations obligatoires pour les professionnels de santé :

- . dTPOLIO
- . Hépatite B
- . Test tuberculinique.

Vaccinations recommandées pour les professionnels de santé :

- . Grippe
- . Coqueluche
- . Rougeole-Oreillons-Rubéole
- . Varicelle.

**Dès à présent, mettez à jour vos vaccinations.
Si ces dernières ne sont pas à jour, vous n'intégrerez pas la formation.**

➤ l'acquittement des droits d'inscription

A titre indicatif : **tarif 2017 : 192 €** (184 € droits d'inscription annuels + 8 € : droit de copie)

Tarif révisable pour la rentrée 2018.

FICHE D'INSCRIPTION POUR LES CANDIDATS DISPENSES DE LA 1^{ère} ANNEE D'ETUDES D' INFIRMIER

IDENTIFICATION

Mme Mlle M Nom de Jeune Fille _____
(Pour les femmes mariées)

NOM _____

Prénom _____
(indiquez également votre 2^{ème} prénom)

Date de naissance _____

Lieu de naissance _____ Dpt : _____

Nationalité _____

Adresse * _____

Code postal _____ Commune _____

Téléphone _____

Téléphone portable _____

Mail _____

* Toutes les correspondances se rapportant au concours vous seront envoyées à l'adresse indiquée. Si vous vous absentez, faites suivre courrier.

Tout changement d'adresse ou de n° de téléphone après envoi du dossier devra être transmis par écrit au secrétariat de l'IMFSI.

Je soussigné(e), accepte les conditions du concours et atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document.

A _____ Signature du candidat

Le _____
Pour les résultats du concours, êtes vous favorable à l'affichage en ligne de votre nom (site internet) ?OUI NON

TITRE D'INSCRIPTION

(cocher la case correspondante)

- Titulaire du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute
Année d'obtention _____
- Titulaire du diplôme d'Etat d'ergothérapeute
Année d'obtention _____
- Titulaire du diplôme d'Etat de pédicure-podologue
Année d'obtention _____
- Titulaire du diplôme d'Etat de manipulateur d'électroradiologie médicale
Année d'obtention _____
- Titulaire du diplôme d'Etat d'assistant hospitalier des hospices civils de Lyon
Année d'obtention _____
- Etudiant en médecine justifiant d'une admission en deuxième année du deuxième cycle des études médicales
- Etudiant sage-femme ayant validé la première année de la première phase

Situation actuelle

Etudiant sans emploi salarié
Autre situation précisez : _____

Candidat salarié

Nombre d'années d'activité professionnelle : _____
Nom et adresse de l'employeur : _____

