

CANDIDATS DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE CONTINUE

cf. : Arrêté du 13/12/2018 modifiant l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat Infirmier

ACCES A LA FORMATION :

*Peuvent être admis en première année de formation au diplôme d'Etat Infirmier, les candidats relevant de la formation professionnelle continue, telle que définie par l'article L.6311-1 du code du travail, et justifiant **d'une durée minimum de trois ans** de cotisations à un régime de protection sociale à la date d'inscription aux épreuves de sélection (tout domaine confondu, titulaires ou non du baccalauréat).

*Peuvent être admis en première année de formation au diplôme d'Etat Infirmier, les candidats titulaires du diplôme d'Etat d'Aide-Soignant ou du diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Puériculture justifiant de trois ans d'exercice en équivalent temps plein à la date d'inscription aux épreuves de sélection (5 460 heures).

Ouverture des inscriptions : 9 janvier 2020

Clôture des inscriptions : 19 février 2020 (cachet de la poste faisant foi)

Epreuves écrites de sélection : 19 mars 2020 – de 10 H à 12 H

Entretien : entre le 9 mars et le 27 mars 2020

Résultat d'admission : 10 avril 2020 à 14 H

Pour toute information consulter le site internet de l'institut : www.ifs-i-pontarlier.fr

CONSTITUTION DU DOSSIER D'INSCRIPTION AUX EPREUVES DE SELECTION

1°	Fiche d'inscription du candidat (imprimé A) complétée, datée et signée
2°	photocopie recto-verso d'une pièce d'identité en cours de validité, lisible
3°	Tableau récapitulatif de l'expérience professionnelle (imprimé B) complété, indiquant la liste des emplois successifs exercés (indiquer l'adresse de l'employeur, la durée pendant laquelle ces emplois ont été occupés et la quotité de travail...)
4°	Photocopie(s) de votre ou vos certificat(s) de travail ou attestation(s) employeur(s) justifiant au minimum de 3 ans d'activité professionnelle à la date d'inscription aux épreuves de sélection sur chaque document fourni, devront être mentionné(s) : la nature de l'emploi occupé, la ou les périodes d'emploi (du... au...) ainsi que la durée hebdomadaire (ex. 35 h/semaine, 50 % ...). Si le certificat de travail ne mentionne pas la durée hebdomadaire de travail, il peut être accompagné du contrat de travail correspondant. Les contrats de travail seuls ne seront pas acceptés comme justificatifs.
5°	Photocopie(s) de vos attestations de formations continues si vous en possédez
6°	Photocopie du ou des diplômes et/ou titres obtenus (ex : DEAS, DEAP, BAC..)
7°	Curriculum vitae
8°	Si situation de handicap : Attestation MDPH
9°	Lettre de motivation
10°	2 enveloppes autocollantes blanches - format 11x22 - libellées à vos nom et adresse et timbrées au tarif en vigueur pour 20 g
11°	Un chèque bancaire d'un montant de 115 € correspondant aux droits d'inscription aux épreuves de sélection, libellé à l'ordre du TRESOR PUBLIC (mentionner le nom/prénom du candidat au verso)

DEUX EPREUVES DE SELECTION :

1 : Un entretien noté sur 20, portant sur l'expérience professionnelle du candidat :

Durée 20 min

Il s'appuie sur la remise d'un dossier permettant d'apprécier l'expérience professionnelle, le projet professionnel et les motivations du candidat ainsi que ses capacités à valoriser son expérience professionnelle.

2 : Une épreuve écrite notée sur 20, comprenant :

Une sous-épreuve de rédaction et/ou de réponses à des questions dans le domaine sanitaire et social.

Durée : 30 min - Notée sur 10

Elle doit permettre d'apprécier, outre les qualités rédactionnelles des candidats, leurs aptitudes au questionnement, à l'analyse et à l'argumentation ainsi que leurs capacités à se projeter dans leur futur environnement professionnel.

Une sous-épreuve de calcul simple. Durée : 30 min - Notée sur 10

Elle doit permettre d'apprécier les connaissances en mathématiques des candidats.

**Une note inférieure à 8/20 à l'une des deux épreuves est éliminatoire
Pour être admis, le candidat doit obtenir un total d'au moins 20/40 aux 2 épreuves**

Dérogation : Le bénéfice d'une autorisation d'inscription dans la formation n'est valable que pour l'année universitaire pour laquelle le candidat a été admis. Par dérogation, le directeur de l'établissement accorde, pour une durée qu'il détermine, dans la limite cumulée de 3 ans, un report pour l'entrée en scolarité dans son établissement :

- de droit en cas de congé pour cause de maternité, de rejet du bénéfice de la promotion professionnelle ou sociale, de rejet d'une demande de congé de formation, de rejet d'une demande de mise en disponibilité ou pour garde d'un enfant de moins de quatre ans.

- de façon exceptionnelle, sur la base des éléments apportés par l'étudiant justifiant de la survenance d'un événement grave l'empêchant d'initier sa formation.

SI LA CONVOCATION NE VOUS EST PAS PARVENUE 15 JOURS AVANT LA DATE DES EPREUVES, VOUS ETES TENU D'EN INFORMER LE SECRETARIAT DE L'INSTITUT

LE DOSSIER D'INSCRIPTION COMPLET est à renvoyer à l'adresse suivante :

I.F.S.I - SELECTIONS IDE - Rue du Général Girod – CS 10329 - 25304 PONTARLIER

Par voie postale uniquement – en recommandé avec accusé réception

Au plus tard le 19 FEVRIER 2020 (cachet de la poste faisant foi)

**TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA IMMÉDIATEMENT RENVOYÉ A SON EXPÉDITEUR,
Le dossier réajusté et complet devra être restitué par courrier à l'IFSI avant la date de clôture des inscriptions
AINSI QUE TOUT DOSSIER POSTE APRÈS LA DATE LIMITE DE CLOTURE DES INSCRIPTIONS**

Les candidats absents le jour de l'épreuve de sélection perdent les droits d'inscription versés



**I.F.S.I
PONTARLIER**

**REGION
BOURGOGNE
FRANCHE
COMTE**



**Document
Sélections formation soins
infirmiers**

IMPRIME A

Version 2

FICHE INSCRIPTION 2020

CANDIDATS DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE CONTINUE

Photo

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

NOM : NOM D'USAGE :

Prénom(s) :

Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance : Département :

Nationalité : Sexe : féminin masculin

Adresse :

Code postal : Ville :

N° téléphone fixe : N° téléphone portable :

Adresse mail :@.....

Situation de handicap : oui non (si oui fournir une attestation de la MDPH ou CDAPH)

SITUATION AU MOMENT DE L'INSCRIPTION

Activité professionnelle : oui non Si oui laquelle :

Demandeur d'emploi : oui non Si oui, n°identifiant : Nom Agence PE :

Autre :

Baccalauréat : série : Année :

Diplôme de l'enseignement supérieur : type/année d'obtention :

Diplôme d'Etat d'Aide-Soignant année du diplôme : Nombre d'année
d'exercice professionnel

Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Puériculture année du diplôme : Nombre d'année
d'exercice professionnel

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

J'accepte que mon identité paraisse à la publication des résultats sur internet sur le site www.ifs-i-pontarlier.fr (si non, joindre une lettre de demande de non publication de vos résultats sur internet.

A le **SIGNATURE du CANDIDAT :**



TABLEAU RECAPITULATIF DE L'EXPERIENCE PROFESSIONNELLE

Liste des emplois successifs exercés (imprimé B)

Dates (du contrat de travail le plus récent au plus ancien)	Nom + adresse de l'entreprise	Nature de l'emploi occupé	Quotité de travail (ex. 100 %, 90 %, 50 %...)	Nombre d'heures effectuées sur cette période

TOTAL D'HEURES :

Sur la durée minimum de trois ans à la date d'inscription

RAPPEL : joindre obligatoirement les justificatifs des emplois occupés (certificats de travail)