

Ministère des Solidarités et de la Santé

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

ÉPREUVES DE SÉLECTION POUR L'ADMISSION DANS LES INSTITUTS DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS DU GROUPEMENT DES HAUTS DE FRANCE VERSANT SUD

Etablissements Publics de Santé

ANNEE 2020

En référence à l'arrêté du 31 juillet 2009 modifié relatif au diplôme d'État d'infirmier, les personnes relevant de la formation professionnelle continue, telle que définie par l'article L6311-1 du code du travail, et justifiant d'une durée minimum de 3 ans de cotisation à un régime de protection sociale à la date d'inscription aux épreuves de sélection peuvent se présenter aux épreuves de sélection dans les IFSI.

Le nombre de places réservées aux candidats relevant de la formation professionnelle continue est fixé à un minimum de 25% du quota d'accès en formation.

Cette épreuve de sélection est commune pour l'ensemble des instituts de formation en soins infirmiers du regroupement préparant au diplôme d'État d'infirmier.

**UN SEUL DOSSIER D'INSCRIPTION est à envoyer ou à déposer
à l'IFSI DE VOTRE 1^{ER} CHOIX
pour le regroupement des IFSI des Hauts de France Versant Sud
pour le 19 février 2020 dernier délai
(Cachet de la poste faisant foi)**

Au verso de la couverture : liste des 12 IFSI

Les personnes porteuses d'un handicap, qui souhaitent bénéficier d'un aménagement des conditions d'examen pour les épreuves de sélection, doivent en faire la demande au moment de leur inscription en incluant les pièces justificatives (certificat d'un médecin ...) dans le dossier d'inscription.

CONDITIONS D'INSCRIPTION

1. Les candidats doivent justifier d'une durée minimum de 3 ans de cotisation à un régime de protection sociale à la date d'inscription aux épreuves de sélection ;
2. Acquitter un droit d'inscription aux épreuves de sélection de 70 euros à l'ordre du Trésor Public.

CODE	I.F.S.I. agréés pour la préparation au DIPLOME d'ÉTAT INFIRMIER(E)
1 1	☒ INSTITUT de FORMATION en SOINS INFIRMIERS Centre Hospitalier - 94 rue des Anciens Combattants AFN & TOM 02303 CHAUNY CEDEX - ☎ 03.23.38.54.46 - ✉ secretariat.ifs@ch-chauny.fr
1 2	☒ INSTITUT de FORMATION en SOINS INFIRMIERS Centre Hospitalier - 27 rue du 13 octobre 1918 – CS 40640 02001 LAON CEDEX - ☎ 03.23.24.34.98 - ✉ secret.ifs@ch-laon.fr
1 3	☒ INSTITUT de FORMATION en SOINS INFIRMIERS Bertrand SCHWARTZ e p s m d. de l'Aisne 02320 PREMONTRE - ☎ 03.23.23.66.92 - ✉ ifs@epsmd-aisne.fr
1 4	☒ INSTITUT de FORMATION en SOINS INFIRMIERS Centre Hospitalier - B.P. 608 / 1 avenue Michel de l'Hospital 02321 SAINT QUENTIN CEDEX - ☎ 03.23.06.73.38 - ✉ ifs@ch-stquentin.fr
1 5	☒ INSTITUT de FORMATION en SOINS INFIRMIERS Centre Hospitalier - 46 Avenue du Général De Gaulle 02209 SOISSONS CEDEX - ☎ 03.23.75.72.99 - ✉ secretariat.ifs@ch-soissons.fr
2 1	☒ INSTITUT de FORMATION en SOINS INFIRMIERS Centre Hospitalier - B.P. 40319 / 40 Avenue Léon Blum 60021 BEAUVAIS CEDEX - ☎ 03.44.11.24.51 - ✉ ifs@ch-beauvais.fr
2 2	☒ INSTITUT de FORMATION en SOINS INFIRMIERS 2 rue des Finets 60607 CLERMONT DE L'OISE CEDEX - ☎ 03.44.77.50.48 - ✉ ifs@chi-clermont.fr
2 3	☒ INSTITUT de FORMATION en SOINS INFIRMIERS Centre Hospitalier Intercommunal Compiègne Noyon - 5 rue de Bourgogne – B.P. 50029 60321 COMPIEGNE CEDEX - ☎ 03.44.23.68.50 - ✉ ifs.secretariat@ch-compiegneoyon.fr
3 0	☒ INSTITUT de FORMATION en SOINS INFIRMIERS 4 rue de l'ancien calvaire BP 145 62604 BERCK SUR MER CEDEX - ☎ 03.21.09.05.47 - ✉ secretariat@ifs-berck.fr
3 1	☒ INSTITUT de FORMATION en SOINS INFIRMIERS 25 Rue Victor Hugo 80142 ABBEVILLE CEDEX - ☎ 03.22.25.64.90 - ✉ ifs@ch-abbville.fr
3 2	☒ INSTITUT de FORMATION en SOINS INFIRMIERS Centre Hospitalier Universitaire Amiens Picardie - Site Sud - Entrée secondaire – 30 Avenue de la Croix Jourdain 80054 AMIENS CEDEX 1 - ☎ 03.22.45.56.09 - ✉ ifs.epreuves-selection@chu-amiens.fr
3 3	☒ INSTITUT de FORMATION en SOINS INFIRMIERS Centre Hospitalier Philippe PINEL Route de Paris - CS 74410 80044 AMIENS CEDEX 1 - ☎ 03.22.53.46.64 - ✉ ifs@ch-pinel.fr

CONSTITUTION DU DOSSIER D'INSCRIPTION

→ CONSEILS POUR REMPLIR LE DOSSIER D'INSCRIPTION :

- Ecrivez en **MAJUSCULES** la rubrique concernant votre état civil
- Classez **obligatoirement** par ordre de vos préférences **tous les instituts de formation en soins infirmiers** du regroupement (voir le N° de code de chaque IFSI au dos de ce dossier).

→ **DOCUMENTS A JOINDRE** : votre dossier d'inscription permettra d'apprécier votre expérience professionnelle, votre projet professionnel et vos motivations :

Le dossier d'inscription avec :

1. Une copie lisible recto-verso de la carte d'identité ou du passeport ou du titre de séjour, **en cours de validité**
2. Une copie du (des) diplôme(s) détenu(s)
3. Un Curriculum Vitae
4. Une lettre de motivation
5. Une ou plusieurs attestations du ou des employeurs avec précision des durées de travail
6. Compléter la fiche récapitulative des emplois occupés (*jointe au dossier*) **avec le total d'années**
7. Les attestations de formations continues
8. Un chèque de **70 euros** libellé à l'ordre du Receveur du **TRESOR PUBLIC**, correspondant aux droits d'inscription aux épreuves de sélection **non remboursables**

TOUT DOSSIER INCOMPLET A LA DATE DE CLOTURE NE SERA PAS PRIS EN COMPTE

ENVOYER LE TOUT à l'INSTITUT de FORMATION EN SOINS INFIRMIERS DE VOTRE PREMIER CHOIX POUR LE 19 FEVRIER 2020 dernier délai
(Cachet de la poste faisant foi)

CALENDRIER

↳ **Clôture des inscriptions : 19 février 2020**

Le dossier d'inscription est à déposer ou à envoyer à l'Institut de formation en soins infirmiers **de votre 1^{er} choix**

↳ **Epreuves de sélection :**

- épreuve de sélection écrite : **mercredi 18 mars 2020 après-midi**
- entretien : **du 16 mars au 25 mars 2020**

Lieu : à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers **de votre 1er choix**

EPREUVES

↳ Une épreuve de sélection écrite (notée sur 20) composée de deux sous-épreuves :

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

(durée 30 minutes, notée sur 10)

- Une sous épreuve de calculs simples

(durée 30 minutes, notée sur 10)

↳ **Un entretien** : portant sur votre expérience professionnelle. **L'entretien s'appuie sur les éléments de votre dossier d'inscription**

(durée 20 minutes, noté sur 20)

RESULTATS

Aucun résultat ne sera communiqué par téléphone

A l'issue des deux épreuves, les candidats ayant obtenu un total de points au moins égal à 20 sur 40 (sans note éliminatoire inférieure à 8/20 à l'une des deux épreuves) sont admis.

Les **résultats** seront affichés dans l'Institut de votre 1er Choix **le vendredi 10 avril 2020** à partir de **10 h** et disponibles sur site internet : www.chu-amiens.fr

Le candidat est personnellement informé par courrier de ses résultats conjointement à l'affichage

Le candidat a jusqu'au **lundi 20 avril 2020 dernier délai** pour confirmer son admission (Cachet de la poste faisant foi)

CONDITIONS

L'admission DEFINITIVE est subordonnée :

↳ à la production, au plus tard **le premier jour de la rentrée**, d'un certificat établi par un médecin agréé attestant que l'étudiant ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession ;

↳ à la production, au plus tard **le jour de la première entrée en stage**, d'un certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France ;

↳ votre attestation de prise en charge financière de la formation.

EPREUVE DE SELECTION DANS LES INSTITUTS DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS DU REGROUPEMENT DES HAUTS DE FRANCE VERSANT SUD

DOSSIER D'INSCRIPTION

Tout dossier incomplet à la date de clôture ne sera pas pris en compte

NOM de naissance :

NOM d'usage (marital) :

PRENOM(S):

Jour / Mois / Année

DATE de NAISSANCE : / ___ / ___ / ___ Sexe : M F

LIEU de NAISSANCE :CODE POSTAL : / ___ / ___ / ___ / ___ / ___

ADRESSE :

CODE POSTAL / ___ / ___ / ___ / ___ VILLE

TELEPHONE PORTABLE

EMAIL@.....

COLONNE RESERVEE
à l'ADMINISTRATION

Dossier N°

Dossier Complet

OUI NON

Date de dépôt

/ ___ / ___ / 20___

TAMPON IFSI

Documents à fournir

	Vérification par :	
	Candidat	IFSI
Carte d'identité ou passeport ou titre de séjour en cours de validité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diplômes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Curriculum vitae	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lettre de motivation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attestation(s) employeur(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiche récapitulative des emplois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attestation(s) de formation continue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chèque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CHOIX DES INSTITUTS DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS :

Indiquez **obligatoirement les 12 codes des Instituts** dans l'ordre de vos préférences de 1 à 12 (non modifiable)
(Si les 12 IFSI n'apparaissent pas, votre dossier sera considéré incomplet)

/ ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Le Candidat soussigné certifie sur l'honneur avoir donné des renseignements exacts.

Date du : / ___ / ___ / 20___ /

Signature du candidat :

« Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion des épreuves de sélection en soins infirmiers. Les destinataires des données sont les IFSI du regroupement des Hauts de France Versant Sud. Conformément aux dispositions de la Loi Informatique et Libertés du 20 juin 2018 et du RGPD (Règlement Général sur la Protection des Données), vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de suppression, d'opposition, de portabilité, et limitation du traitement de vos données que vous pouvez exercer en vous adressant au Directeur de l'IFSI. »

FICHE RECAPITULATIVE DES EMPLOIS OCCUPÉS

Épreuves de sélection 2020 pour l'admission dans les IFSI du regroupement des Hauts de France Versant Sud

NOM de naissance :

NOM d'usage (marital) :

PRENOM(S) :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

Emploi	Lieu d'exercice	Date		Temps Complet Temps Partiel *	Durée d'emploi	
		Du	Au		An	Mois
TOTAL d'années en équivalent temps plein						

* Précisez le pourcentage du temps partiel

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION