

INSTITUTS DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS DU REGROUPEMENT DES HAUTS DE FRANCE VERSANT SUD

NOTICE ET DOSSIER D'INSCRIPTION ANNEE 2024

EPREUVES DE SELECTION POUR L'ADMISSION A LA FORMATION CONDUISANT AU DIPLOME D'ETAT D'INFIRMIER(E) POUR LES CANDIDATS RELEVANT DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE CONTINUE

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 Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI).

Cette épreuve de sélection est commune pour l'ensemble des instituts de formation en soins infirmiers du regroupement des Hauts de France Versant Sud.

**UN SEUL DOSSIER D'INSCRIPTION EST A ENVOYER PAR COURRIER
AU SECRETARIAT DE L'IFSI DE VOTRE 1^{er} CHOIX**

**POUR LE JEUDI 8 FEVRIER 2024 DERNIER DELAI
(Cachet de la poste faisant foi)**

CONDITIONS D'INSCRIPTION

Tous les candidats doivent :

1. 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 **soit avant le 8 février 2024**.
2. Acquitter un droit d'inscription aux épreuves de sélection de **70 euros à l'ordre du « Trésor Public Régie 101 »**, non remboursables.

Les personnes en situation de 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 aux épreuves de sélection en incluant les pièces justificatives (notification de demande d'aménagement d'examen établie par un médecin agréé MDPH...)** dans le dossier d'inscription.

Un référent handicap est identifié dans chaque IFSI, merci de contacter le secrétariat de l'IFSI de votre 1^{er} choix pour connaître le nom et les coordonnées du référent handicap.

MODALITES D'INSCRIPTION

- **Un seul dossier** dans un **seul IFSI** du regroupement des Hauts de France Versant Sud est à envoyer par le candidat.
 - Le candidat classe sur la fiche d'identification **par ordre de ses préférences obligatoirement, tous les instituts** de formation du regroupement en utilisant le « CODE » de chacun des IFSI (Cf. code des IFSI en page 3).

NOMBRE DE PLACES

Le nombre de places réservé aux candidats relevant de la formation professionnelle continue est fixé à un minimum de 30% du quota d'accès en formation.

Ce qui représente un minimum de 414 places pour les IFSI du regroupement des Hauts de France Versant Sud. Ces places disponibles ne tiennent pas compte des reports des années antérieures.

MODALITES DE SELECTION

Les épreuves de sélection sont au nombre de deux :

1° 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

2° Un entretien : portant sur votre expérience professionnelle (durée 20 minutes, noté sur 20)

L'entretien s'appuie sur les éléments de votre dossier d'inscription

Une note inférieure à 8/20 à l'une des deux épreuves est éliminatoire.

**LISTE DES INSTITUTS DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS DU REGROUPEMENT
DES HAUTS DE FRANCE VERSANT SUD**

CODE	IFSI agréés pour la préparation au DIPLOME d'ETAT INFIRMIER(E)
11	<p align="center">  INSTITUT de FORMATION en SOINS INFIRMIERS Centre Hospitalier - 94 rue des Anciens Combattants AFN & TOM 02303 CHAUNY CEDEX - Tel : 03.23.38.46.20 - Mail : secretariat.ifsi@ch-chauny.fr Site internet : https://www.ifasifsi02chauny.fr </p>
12	<p align="center">  INSTITUT de FORMATION en SOINS INFIRMIERS Centre Hospitalier - 27 rue du 13 octobre 1918 – CS 40640 02001 LAON CEDEX - Tel : 03.23.24.38.63 - Mail : secret.ifsi@ch-laon.fr Site internet : http://www.ifasifsilao.com </p>
13	<p align="center">  INSTITUT de FORMATION en SOINS INFIRMIERS Bertrand SCHWARTZ E.P.S.M.D de l'Aisne 02320 PREMONTRE - Tel : 03.23.23.66.92 - Mail : ifsi@epsmd-aisne.fr Site internet : http://www.ifsi-premontre.fr </p>
14	<p align="center">  INSTITUT de FORMATION en SOINS INFIRMIERS Centre Hospitalier - B.P. 608 / 1 avenue Michel de l'Hospital 02321 SAINT-QUENTIN CEDEX - Tel : 03.23.06.73.38 - Mail : ifsi@ch-stquentin.fr Site internet : http://www.ifasifsi02stquentin.fr </p>
15	<p align="center">  INSTITUT de FORMATION en SOINS INFIRMIERS Centre Hospitalier - 46 Avenue du Général De Gaulle 02209 SOISSONS CEDEX  INSTITUT de FORMATION en SOINS INFIRMIERS 19 Ter rue Jules Maciet 02400 CHATEAU-THIERRY Tel : 03.23.75.72.99 - Mail : secretariat.ifsi@ch-soissons.fr Site internet : https://www.ifsi-soissons.fr/ </p>
21	<p align="center">  INSTITUT de FORMATION en SOINS INFIRMIERS Centre Hospitalier Simone VEIL - B.P. 40319 / 40 Avenue Léon Blum 60021 BEAUVAIS CEDEX - Tel : 03.44.11.24.51 - Mail : ifsi@ch-beauvais.fr Site internet : http://www.ch-beauvais.fr/professionnels/ifsi </p>
22	<p align="center">  INSTITUT de FORMATION en SOINS INFIRMIERS CHI EPSM de l'Oise - 2 rue des Finets 60607 CLERMONT DE L'OISE CEDEX - Tel : 03.44.77.50.48 - Mail : ifsi@chi-clermont.fr Site internet : http://www.ifsi-clermont60.fr </p>
23	<p align="center">  INSTITUT de FORMATION en SOINS INFIRMIERS Centre Hospitalier Intercommunal Compiègne Noyon - 5 rue de Bourgogne – B.P. 50029 60321 COMPIEGNE CEDEX - Tel : 03.44.23.68.50 - Mail : ifsi.secretariat@ch-compiegneoyon.fr Site internet : https://www.ifsi-ifas-compiegneoyon.com/ </p>
30	<p align="center">  INSTITUT de FORMATION en SOINS INFIRMIERS 4 rue de l'ancien calvaire BP 145 62604 BERCK SUR MER CEDEX - Tel : 03.21.09.05.47 - Mail : secretariat@ifsi-berck.fr Site internet : http://ifsi-berck.fr </p>
31	<p align="center">  INSTITUT de FORMATION en SOINS INFIRMIERS 25 Rue Victor Hugo 80142 ABBEVILLE CEDEX - Tel : 03.22.25.64.90 - Mail : ifsi@ch-abbeyville.fr Site internet : https://www.ifsi-ch-abbeyville.fr/ </p>
32	<p align="center">  INSTITUT de FORMATION en SOINS INFIRMIERS Centre Hospitalier Universitaire Amiens Picardie -30 Avenue de la Croix Jourdain 80054 AMIENS CEDEX 1 - Tel : 03.22.45.59.88 - Mail : ifsi.epreuves-selection@chu-amiens.fr Site internet : https://www.chu-amiens.fr/ </p>
33	<p align="center">  INSTITUT de FORMATION en SOINS INFIRMIERS E.P.S.M de la Somme - Route de Paris - CS 74410 80044 AMIENS CEDEX 1 - Tel : 03.22.53.46.64 - Mail : ifsi@epsm-somme.fr Site internet : http://www.ch-pinel.fr </p>

CALENDRIER DES EPREUVES DE SELECTION

PERIODE D'INSCRIPTION

Du **lundi 8 janvier 2024 au jeudi 8 février 2024** (cachet de la poste faisant foi).

Le dossier (Cf. page 7, constitution du dossier) est à **envoyer uniquement** à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de **votre premier choix** au plus tard **le 8 février 2024**.

Montant des droits d'inscription : **70 euros**

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

ATTENTION A ANTICIPER : LA PRISE EN CHARGE FINANCIERE de vos études c'est-à-dire au-delà de votre salaire, le coût des études dont le montant est d'environ 8 000 € par année de formation (environ 24 000 € pour les 3 ans).

Pour plus de précisions vous pouvez consulter la rubrique « coût pédagogique (page 5) » de ce dossier ou le site internet de l'IFSI de votre premier choix.

EPREUVES DE SELECTION

- épreuve orale : du **11 au 19 MARS 2024**, matin ou après-midi

et

- épreuve écrite : le **MERCREDI 13 MARS 2024** après-midi

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



Vous pouvez être convoqué(e) à l'épreuve orale avant l'épreuve écrite.

Le jour et l'heure de la convocation à l'entretien **ne peuvent pas être modifiés.**

RESULTATS

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.

Le classement des candidats s'effectue par ordre de mérite.

Les résultats sont affichés dans chaque IFSI du regroupement :

LE JEUDI 28 MARS 2024 A PARTIR DE 10h00

Aucun résultat n'est communiqué par téléphone.

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

CONFIRMATION DES CANDIDATS

Si vous êtes admis, vous devez, **dans les dix jours ouvrés qui suivent l'affichage des résultats**, **confirmer à l'IFSI de votre 1^{er} choix votre entrée en formation.** Vous avez jusqu'au **jeudi 11 avril 2024 dernier délai** pour confirmer votre admission **par envoi d'un écrit par courrier uniquement** (Cachet de la poste faisant foi).

Passé le délai du 11 avril 2024, les candidats qui ne se sont pas manifestés, seront présumés avoir renoncé au bénéfice des épreuves de sélection.

RENTREE

Lundi 2 septembre 2024 (promotion 2024-2027).

Selon les IFSI, une journée de pré-rentrée obligatoire peut être organisée la semaine précédente.

ADMISSION DEFINITIVE

Durée de validité des résultats des épreuves

Arrêté du 31 juillet 2009 modifié, relatif au Diplôme d'Etat d'Infirmier

Les résultats des épreuves de sélection ne sont valables **que pour l'année universitaire de l'année** 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 trois 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 la 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 évènement grave l'empêchant d'initier sa formation.

Toute personne ayant bénéficié d'un report d'admission doit, six mois avant la date de rentrée, confirmer son intention de reprendre sa scolarité à la rentrée universitaire suivante.

COÛT PÉDAGOGIQUE

Le coût pédagogique annuel de formation s'élève à environ 8000 €. Vous ne pourrez une fois admis, être éligible au financement que par :

- **Votre employeur ou un organisme OPCO** (Opérateurs de compétences) chargés d'accompagner la formation professionnelle
- **Par la région des Hauts de France selon le statut :**

Les demandeurs d'emploi avec une notification d'inscription à Pôle Emploi avant la clôture des inscriptions aux épreuves de sélection (08 février 2024).

- **L'autofinancement de votre formation.**

Conformément à l'arrêté du 21 avril 2007 modifié, **l'admission DEFINITIVE 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 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.

Nous attirons votre attention sur la vaccination contre l'hépatite B qui nécessite plusieurs injections à intervalles réguliers puis une sérologie voire davantage selon votre statut d'immunisation. Si vous n'êtes pas vacciné(e), nous vous recommandons de commencer votre schéma vaccinal dès le mois d'avril de l'année en cours.

Les vaccinations doivent être anticipées avant l'entrée en formation.

Si vous n'êtes pas à jour des vaccinations **OBLIGATOIRES**, vous ne serez pas autorisé(e) à intégrer l'IFSI.

CONSTITUTION DU DOSSIER D'INSCRIPTION

INSCRIPTION

Une seule inscription administrative est autorisée pour les candidats et doit se faire dans l'institut de votre 1^{er} choix.

Votre dossier d'inscription permettra d'apprécier votre expérience professionnelle, votre projet professionnel et vos motivations.

CONSEILS POUR REMPLIR LE DOSSIER D'INSCRIPTION

- Ecrivez en **MAJUSCULES**
- 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, page 3 de ce dossier).

CONSTITUTION DU DOSSIER D'INSCRIPTION

A joindre dans votre dossier :

- La fiche d'identification complétée (en page 8).
- La fiche informations complémentaires (en page 9).
- La fiche récapitulative des emplois occupés complétée **avec le total d'années** (en page 10).
- Les ou l'attestation(s) employeur(s) avec précision des durées de travail et/ou justificatifs de cotisation à un régime de protection sociale (relevé de carrière). Les fiches de paie ne sont pas recevables.
- Les attestations de formations continues si vous en avez suivies. Ces attestations sont remises à l'issue de chaque formation que vous avez suivie.
- Une copie lisible recto-verso de la carte d'identité ou du passeport ou du titre de séjour **en cours de validité pour l'ensemble des épreuves.**
- Une copie du (des) diplôme(s) détenu(s).
- Un Curriculum Vitae.
- Une lettre de motivation **manuscrite**.
- Pour les demandeurs d'emploi, fournir l'attestation complétée + justificatif (Cf. Page 11).
- Un chèque de **70 euros** libellé à l'ordre du « **TRESOR PUBLIC Régie 101** », correspondant aux droits d'inscription aux épreuves de sélection **non remboursables**. Au dos du chèque, merci d'indiquer le nom et prénom du candidat.
- En cas de demande d'aménagement des épreuves, fournir les pièces justificatives.

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

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

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

MERCI D'ECRIRE EN MAJUSCULES

NOM de naissance :

NOM d'usage (marital) :

PRENOM(S) :

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

LIEU de NAISSANCE : CP Naissance : / / / / / /

PAYS NAISSANCE :

ADRESSE :

CODE POSTAL / / / / / / VILLE

TELEPHONE PORTABLE

EMAIL @

Le candidat autorise le service organisateur du concours à publier son nom et prénom sur Internet dans le cadre de la diffusion des résultats : OUI NON

**COLONNE RESERVEE
à l'ADMINISTRATION**
Dossier N°

Dossier Complet
OUI NON

Date de dépôt
____ / ____ / 2024

TAMPON IFSI

Documents à fournir

	Vérification par :	
	Candidat	IFSI
La fiche informations complémentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 manuscrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attestation(s) employeur(s) ou relevé de carrière de 3 ans d'activité	<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 de 70€ à l'ordre du "Trésor Public Régie 101"	<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 : _____

Dossier à envoyer

« 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. »

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

CIVILITE : Madame Monsieur

NOM de naissance : NOM d'usage (marital) :

Prénom (s) :

SITUATION ADMINISTRATIVE

Diplômes obtenus	Date

PROFIL DU CANDIDAT

Êtes-vous bachelier : OUI NON

Si OUI, année d'obtention : N°INE (Cf. relevé de notes du baccalauréat) :

Vous êtes salarié(e) :

Emploi occupé :

CDD CDI Autre contrat, précisez :

Employeur :

Adresse de l'employeur :

Prise en charge de la formation par l'employeur OUI NON

Si non, avec quel organisme : Transitions Pro ANFH Financement Personnel

Autre (à préciser)

Vous êtes demandeur d'emploi :

Emploi exercé avant la période de chômage :

Inscrit à pôle emploi depuis (précisez la date) :

Autres situations, précisez :

Demande de tiers-temps pour les épreuves : OUI NON

Si oui, joindre la notification d'aménagement des épreuves

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

A : le :

Signature du candidat :



Région
Hauts-de-France

FICHE RECAPITULATIVE DES EMPLOIS OCCUPÉS

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 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

Dossier à envoyer



ATTESTATION SUR L'HONNEUR

A compléter par les demandeurs d'emploi indemnisés ou non par l'assurance chômage

Je soussigné(e), certifie être inscrit(e) à Pôle

Emploi depuis le / / (**ATTENTION** : date de dernière inscription)

sous le numéro d'inscription,

Région d'inscription / zone géographique de rattachement de votre agence :

Joindre obligatoirement un justificatif de Pôle Emploi.

Date :

Signature