

DOSSIER D'INSCRIPTION

Epreuves de sélection
2024

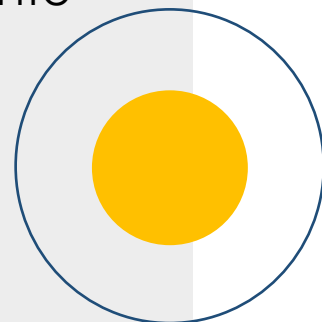
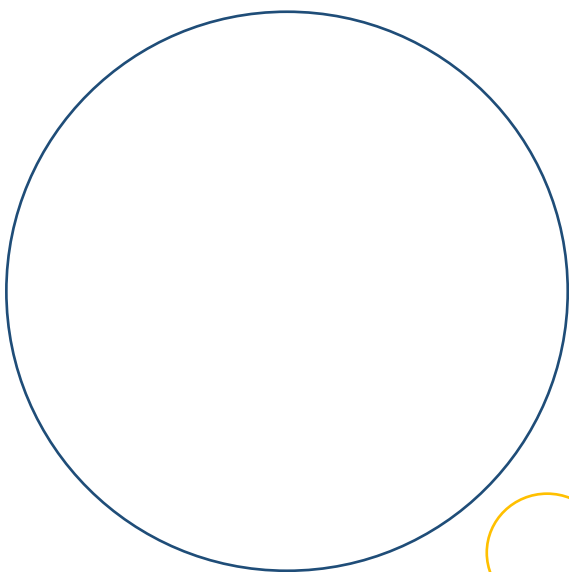


Institut de Formation
des Cadres de Santé

1, rue David Richard - BP 426
67091 Strasbourg Cedex

IFCS@chru-strasbourg.fr
03 88 11 55 82

Mis à jour : 29/01/2024
Rédigé par : IFCS



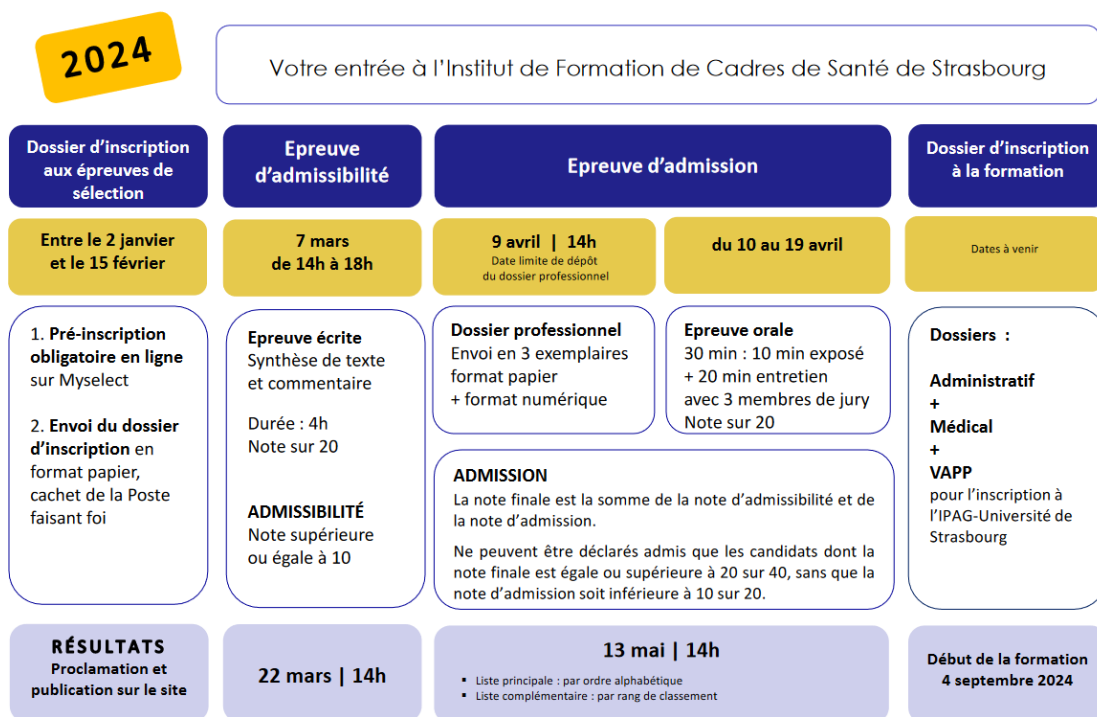
INSCRIPTION AUX EPREUVES DE SELECTION 2024

| | S'inscrire en 2 étapes | Modalités | Quand s'inscrire ? |
|----------------|---|---|--|
| ETAPE 1 | PRE-INSCRIPTION EN LIGNE OBLIGATOIRE | Sur le site MYSELECT https://formeis.chru-strasbourg.fr/MySelect-IFCS/ | Entre le 2 janvier et 15 février 2024 DERNIER DELAI |
| ETAPE 2 | DOSSIER D'INSCRIPTION FORMAT PAPIER | A adresser par voie postale, cachet de la Poste faisant foi , à : Madame la Directrice de l'IFCS 1, rue David Richard - BP 426 67091 Strasbourg Cedex ou à déposer à l'accueil de l'IFCS Ouvert du lundi au vendredi de 8h00 à 16h00 | |

TOUT DOSSIER INCOMPLET OU REÇU APRES LA CLOTURE DES INSCRIPTIONS LE 15 FEVRIER MINUIT NE SERA PAS PRIS EN COMPTE.
Après la date limite, les formulaires en ligne seront verrouillés et il ne sera plus possible de soumettre des candidatures.

La saisie de vos données sur MYCONCOURS ne constitue pas l'inscription au concours, il s'agit d'un pré-remplissage. L'inscription au concours **est effective uniquement** lorsque votre dossier d'inscription format papier avec les pièces justificatives aux épreuves de sélection est renseignée de façon exhaustive et lorsque tous les documents demandés et validés sont réceptionnés à la date de clôture des inscriptions.

CALENDRIER DES EPREUVES DE SELECTION



PREINSCRIPTION EN LIGNE SUR MYSELECT

Cette préinscription est à renseigner avec soin ; les informations que vous y apportez serviront à établir tous les documents administratifs vous concernant pour le concours et la formation. Après votre 1ère inscription en ligne, il est possible de revenir sur la plateforme et de modifier vos informations.

L'adresse mail à indiquer est votre courriel personnel suivant un modèle simplifié : nom.prénom@.....fr ou .com. Ce courriel doit être à votre nom.

ENVOI DU DOSSIER FORMAT PAPIER

Il est conseillé de nous retourner votre dossier d'inscription complet :

- ✓ **avant le 31 janvier** afin de pouvoir éventuellement régulariser les pièces manquantes ou non conformes.
Nous reviendrons par mail vers vous en cas d'incomplétude de votre dossier.
- ✓ de préférence en lettre recommandée avec accusé de réception ou à déposer directement à l'accueil de l'IFCS.

Une convocation vous sera alors adressée au plus tard 15 jours avant la date de l'épreuve écrite d'admissibilité. Il vous appartient de prendre contact de toute urgence avec l'IFCS dans l'éventualité où la semaine précédant la date de l'épreuve, vous n'auriez par reçu votre convocation.

Les candidats sont fortement incités à **ne pas attendre le dernier jour** des inscriptions pour s'inscrire ou pour transmettre leur dossier d'inscription.

➡ Les documents doivent être présentés dans l'ordre de la check-list page 4.

FINANCEMENT

Engagement de prise en charge financière personnelle

L'attestation sur l'honneur de prise en charge des frais de scolarité est à renseigner uniquement :

- ✓ Si vous êtes en situation de financement personnel
- ✓ Si aucune attestation de prise en charge ou de demande de prise en charge des frais de scolarité par l'employeur ou un organisme de financement ne figure à ce jour dans votre dossier d'inscription

Les frais de scolarité seront à régler uniquement si vous êtes en situation d'autofinancement, en cas d'admission et d'inscription ferme et définitive à la formation de votre part.

CERTIFICAT MEDICAL D'UN MEDECIN AGREE

Quel que soit l'établissement d'origine, les candidats doivent fournir ce document précisant les **2 notions** suivantes :

1. Le candidat est à jour des vaccinations obligatoires prévues par l'article L. 10 du code de la Santé Publique.
La liste des vaccins n'est pas demandée pour ce certificat.
Il ne faut pas fournir la
2. L'aptitude physique et l'absence de contre-indication au suivi de la formation cadre de santé.

Le certificat doit émaner d'un **médecin agréé** et non de votre médecin traitant.

- ➡ La liste des médecins agréés, régulièrement actualisée, est disponible sur le site de l'ARS de chaque région.
Liste des médecins agréés du Grand Est : <https://www.grand-est.ars.sante.fr/medecins-agrees-17>
- ➡ Seule la liste de l'ARS propose des médecins agréés pour le concours cadre de santé (ne pas se référer aux listes des médecins agréés de la préfecture ou autres organismes).

NOTE A L'ATTENTION DES CANDIDATS ULTRA-MARINS

Comme le prévoit la réglementation, vous avez la possibilité de passer l'épreuve écrite dans les départements, territoires et collectivités respectifs.

Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé / Article 8 bis Modifié par Arrêté du 15 mars 2010 - art. 1

*« Les candidats domiciliés dans les départements ou territoires d'outre-mer peuvent demander à subir sur place l'épreuve d'admissibilité pour l'institut de leur choix. Cette demande est faite au **directeur de l'institut choisi qui apprécie l'opportunité d'organiser sur place cette épreuve, en liaison avec le directeur général de l'agence régionale de santé ou la haute autorité territoriale concernée.** »*

Au vu des délais d'acheminement du courrier, du temps nécessaire à l'organisation d'un concours en délocalisé et d'un éventuel réajustement de votre dossier s'il devait manquer des pièces, nous vous conseillons de nous adresser :

Par courriel à IFCS@chru-strasbourg.fr :

- ✓ avant le 15 janvier votre demande en délocalisé à la directrice de l'institut de Strasbourg
- ✓ avant le 31 janvier votre version numérisée de votre dossier

Par voie postale :

Dès que possible, en lettre recommandée avec avis de réception, votre dossier format papier.

Le cachet de la poste faisant foi, nous vous rappelons que la date limite d'envoi est le 15 février.

➡ La directrice de l'IFCS de Strasbourg apprécie l'opportunité des épreuves en délocalisé notamment au regard des délais nécessaires à son organisation. Vous serez informé.e rapidement de sa décision.

RESULTATS EPREUVES D'ADMISSIBILITE

Le président du jury dresse la liste des candidats admissibles.

Ne peuvent être déclarés admissibles que les candidats ayant obtenu une note égale ou supérieure à 10 sur 20.

Les résultats des épreuves seront affichés à l'IFCS et sur notre site internet (candidats ayant autorisé la diffusion de leur nom en ligne).

Aucun résultat ne sera communiqué par téléphone.

CONVOCATION AUX EPREUVES D'ADMISSION

Seuls les candidats admissibles sont convoqués pour l'épreuve d'admission.

Les convocations à cette épreuve sont adressées aux candidats quinze jours au moins avant la date de l'épreuve, à compter du jour de publication de la liste des candidats admissibles. Il vous appartient de prendre contact de toute urgence avec l'IFCS dans l'éventualité où la semaine précédant la date de l'épreuve, vous n'auriez par reçu votre convocation.

Les convocations préciseront :

- ✓ Les modalités d'envoi du dossier professionnel en 3 exemplaires
- ✓ La date et les horaires de l'oral

Candidats ultra-marins / dossier professionnel

Au vu des délais, le dossier professionnel des candidats ultra-marins admissibles sera à envoyer uniquement par mail à : IFCS@chru-strasbourg.fr Nous imprimerons et relierons en couleur et avec soin le dossier en 3 exemplaires pour l'épreuve d'admission.

La tenue de l'oral en visioconférence est envisageable et reste soumise à la décision de la directrice de l'institut qui apprécie l'opportunité de l'organiser, en liaison avec le directeur général de l'Agence Régionale de Santé ou la haute autorité territoriale concernée.

Nom de naissance _____

Nom d'usage _____

Prénom _____

Nom de l'employeur _____

Ville d'exercice professionnel _____

| | |
|---|--|
| <p>Cadre réservé à l'IFCS</p> <p>Filière</p> <p>Métier</p> <p>N° candidat</p> | <p>Photo d'identité 1</p> <p style="text-align: center;">A AGRAFER OU COLLER</p> |
|---|--|

| A cocher par le candidat | PIECES A FOURNIR | | Cadre réservé à l'IFCS |
|--------------------------------|--|---|------------------------------|
| | ➔ Veuillez présenter vos documents dans l'ordre de la check-list | | |
| <input type="checkbox"/> | 2 photos d'identité | Il n'est pas nécessaire de présenter des photos biométriques au format officiel | |
| <input type="checkbox"/> | Chèque de 110 € | En règlement des droits d'inscription au concours libellé à l'ordre du : TRESOR PUBLIC ➔ En cas d'absence aux épreuves ou de désistement, le chèque reste acquis à l'Institut | |
| <input type="checkbox"/> | Fiche d'inscription | Pages 4 à 8 / les pages 4 et 7 sont à signer. | |
| <input type="checkbox"/> | Récapitulatif MYSELECT | Attestant de votre préinscription en ligne sur MYSELECT https://formeis.chru-strasbourg.fr/MySelect-IFCS/ | |
| <input type="checkbox"/> | Copie du diplôme | Autorisant l'exercice professionnel et de tout autre diplôme dont il est fait état dans la fiche d'inscription. (Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé) Les diplômes antérieurs à ce diplôme ne sont pas à produire | |
| <input type="checkbox"/> | Justificatifs de durée professionnelle 4 ANNEES temps plein au 31 janvier 2024 | Attestation(s) précise(s) de l'employeur actuel ou des employeurs précédents justifiant de QUATRE ANNEES D'EXERCICE (48 mois) de leur profession d'équivalent temps plein au 31 janvier de l'année des épreuves de sélection ➔ IMPORTANT : l'indication temps complet et/ou temps partiel (avec pourcentage) doit figurer impérativement sur ces attestations. Il n'est pas nécessaire de mettre les attestations de votre déroulé total de votre carrière OU <u>Pour les candidats exerçant dans le secteur libéral :</u> un certificat d'identification justifiant de QUATRE ANNEES D'EXERCICE au 31 janvier de l'année des épreuves de sélection établi par la ou les caisses primaires d'assurance maladie du secteur de leur exercice et une attestation d'inscription au rôle de la patente ou de la taxe professionnelle pour la période correspondant à leur exercice, établie par les services fiscaux de leur lieu d'exercice, et tous autres documents permettant de justifier des modes d'exercice | |
| <input type="checkbox"/> | Certificat médical émanant d'un médecin agréé | 1. attestant que le candidat <u>est à jour des vaccinations obligatoires</u> prévues par l'article L. 10 du code de la Santé Publique La liste des vaccins n'est à fournir. 2. attestant l'aptitude physique et l'absence de contre-indication du candidat au suivi de la formation | |
| <input type="checkbox"/> | Photocopie Pièce d'identité | Carte Nationale d'Identité (recto-verso et lisible) ou passeport <u>en cours de validité pour l'ensemble des épreuves</u> (à défaut joindre la copie de la demande de renouvellement) | |
| <input type="checkbox"/> | Attestation de financement | <ul style="list-style-type: none"> • <u>soit</u> une attestation de prise en charge des frais de scolarité établie par l'employeur ou l'organisme de financement concerné • <u>soit</u> une attestation <u>de demande</u> de prise en charge des frais de scolarité établie par l'employeur ou l'organisme de financement concerné • <u>soit</u> à défaut, un engagement sur l'honneur à régler les frais de scolarité établi par le candidat en cas d'autofinancement (page 9 à compléter si nécessaire) | |
| <input type="checkbox"/> | Personne en situation de handicap | Toute question concernant l'ACCESSIBILITÉ DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP à mettre en œuvre pour la sélection et pendant le cursus de formation doit être adressée au plus tard 3 semaines avant la date de l'épreuve d'admissibilité au référent handicap des Instituts de formation des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg par courriel à l'adresse suivante : referenthandicap@chru-strasbourg.fr | |

A _____, le _____

Signature du candidat

ENVOI DU DOSSIER
DU 2 JANVIER AU
15 FEVRIER DERNIER DELAI
cachet de la Poste faisant foi
ou dépôt à l'accueil de l'IFCS

Photo d'identité 2

A
AGRAFER

Merci d'inscrire
votre/vos nom.s et
prénom au verso

ETAT CIVIL

Nom de naissance : _____ Prénom : _____

Nom d'usage : _____

Date de naissance : _____ Nationalité : _____

Lieu de naissance : _____ Département de naissance _____

Situation familiale Célibataire Concubinage Marié.e Pacsé.e Divorcé.e Autre

Nombre d'enfants : _____

Numéro Sécurité Sociale : /__ /__ /__ /__ /__ /__ /__ /__ /

CPAM d'affiliation : _____

ADRESSE ET COORDONNEES

Adresse personnel: _____ ☎ fixe : _____

_____ ☎ portable : _____

CP Ville : _____ 📧 courriel : _____

➡ pas de courriel professionnel

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom : _____ ☎ : _____

CANDIDATS DES DEPARTEMENTS, REGIONS ET COLLECTIVITES D'OUTRE-MER

Martinique Guadeloupe La Réunion Guyane Nouvelle-Calédonie Mayotte
 Polynésie Française Autre : _____

PREPARATION AUX EPREUVES DE SELECTION

Avez-vous suivi une session de formation de préparation aux épreuves de sélection à l'entrée à l'IFCS ?

Oui Non

Si réponse oui : quelle année ? _____ Quel organisme ? _____

PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP

Avez-vous besoin d'un aménagement des épreuves de sélection ?

Oui / peut-être Non

Si vous avez coché oui / peut-être, veuillez contacter le référent handicap à l'adresse suivante referenthandicap@chru-strasbourg.fr au plus tard 3 semaines avant la date de l'épreuve d'admissibilité afin de coordonner éventuellement les ajustements nécessaires en fonction de vos besoins spécifiques.

EMPLOYEUR

Nom de l'établissement : _____

Nom du directeur : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville: _____

Tél. : _____ Courriel : _____

SITUATION PROFESSIONNELLE

Fonction exercée actuellement : _____

Nom du service : _____

Si faisant fonction cadre de santé, merci de préciser : Unité de soin

Depuis : _____

 Formateur

Depuis : _____

 Autre : _____

Depuis : _____

AUTRE SITUATION PROFESSIONNELLE

Formation antérieure au diplôme professionnel (diplômes ou niveau d'études obtenus) :

Diplôme professionnel

Institut de formation _____

Date d'obtention _____

FILIERE INFIRMIERE Infirmier Infirmier de secteur psychiatrique**FILIERE MEDICOTECHNIQUE** Technicien de laboratoire d'analyses
de biologie médicale Manipulateur d'électroradiologie médicale Préparateur en pharmacie**FILIERE REEDUCATION** Masseur-kinésithérapeute Opticien-lunetier Orthophoniste Orthoptiste Audioprothésiste Diététicien Ergothérapeute Psychomotricien Pédicure-podologue**Diplôme de spécialité infirmière** IBODE IADE IDEP

Date d'obtention _____

Autre(s) diplôme(s)

Intitulé : _____

Date d'obtention _____

Intitulé : _____

Date d'obtention _____

DEROULEMENT DE CARRIERE Différents services accomplis DEPUIS L'OBTENTION DU DIPLOME PROFESSIONNEL

➔ Il est important de renseigner la colonne « DUREE » et son TOTAL en EQUIVALENT TEMPS PLEIN (ETP).

Le total doit être indiqué en ETP et non en années ou en pourcentage.

1 année à temps plein = 1 ETP | ex : 2 années à mi-temps = 1 ETP

| ETABLISSEMENT Nom, ville et département | FONCTION EXERCEE Préciser si fonction d'encadrement | SERVICE ou IFSI Indiquer l'intitulé exact du service | PERIODES Indiquer les dates exactes (si temps partiel, précisez le pourcentage) | DUREE d'exercice en ETP OBLIGATOIRE |
|---|---|--|--|--|
| | | | | TOTAL en ETP |

A _____, le _____

Signature du candidat

JE SOUSSIGNE.E

Madame Monsieur

Nom de naissance : _____

Nom d'usage : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

1. déclare faire acte de candidature aux épreuves de sélection de l'IFCS de Strasbourg,
2. certifie sincères et exactes les renseignements de mon dossier d'inscription aux épreuves de sélection,
3. atteste sur l'honneur que la photocopie de mon diplôme professionnel ainsi que toutes les photocopies fournies au présent dossier sont conformes aux originaux,
4. autorise
 n'autorise pas

l'Institut de Formation des Cadres de Santé de Strasbourg à faire paraître mon nom et prénom sur la liste des résultats d'admissibilité et d'admission au concours qui seront publiés sur le site internet de l'Institut.
<https://formation.chru-strasbourg.fr/metier/cadre-de-sante/>

Le _____ , à _____

Signature du candidat

JE SOUSSIGNE.E

Madame Monsieur

Nom de naissance : _____

Nom d'usage : _____

Prénom : _____

M'engage sur l'honneur à prendre en charge l'intégralité des frais de scolarité de la formation cadre de santé de l'IFCS de Strasbourg **sous réserve de :**

1. admission sur la liste principale du concours de l'IFCS de Strasbourg
2. inscription administrative définitive à la formation pour la rentrée

☞ En cas de prise en charge financière ultérieure par mon employeur ou un organisme de financement, je déclare informer l'IFCS dans les meilleurs délais. Dès lors, cet engagement sur l'honneur deviendra caduque.

Les frais de scolarité se composent de :

✓ DROITS D'INSCRIPTION A L'INSTITUT

Fixés selon arrêté ministériel et réévalués chaque année.

A titre indicatif, ils étaient l'année précédente de 243 € (deux cent quarante-trois euros).

Le montant exact sera communiqué ultérieurement.

✓ FRAIS PEDAGOGIQUES

S'élèvent à 12 000 € (douze mille euros)

Les droits d'inscription universitaire au Master II Management de la Performance Publique sont inclus dans ce montant.

A _____, le _____

Signature du candidat

(*) Cette attestation sur l'honneur de prise en charge des frais de scolarité complète votre dossier uniquement :

- Si vous êtes en situation de financement personnel
- Si aucune attestation de prise en charge ou de demande de prise en charge des frais de scolarité par l'employeur ou un organisme de financement ne figure à ce jour dans votre dossier d'inscription