



**DOSSIER D'INSCRIPTION
AU CONCOURS D'ENTREE
EN INSTITUT DE FORMATION
DE CADRES DE SANTE**



SELECTION 2010



Calendrier des épreuves de sélection

1. CALENDRIER 2010

☛ DEPOT DES DOSSIERS D'INSCRIPTION

- Entre le 1^{er} Janvier 2010 et le 15 Février 2010 (cachet de la poste faisant foi)

☛ ADMISSIBILITÉ

- Epreuve écrite → Mardi 16 mars 2010 à 13h30
- Jury d'admissibilité → Lundi 29 mars 2010 à 10h
- Affichage résultats → Mardi 30 mars 2010 à 10h

☛ ADMISSION

- Dossier professionnel (Curriculum-vitae et projet professionnel, en 3 exemplaires) à remettre au Secrétariat de l'IFCS ou à envoyer par la poste, pour le **19 avril 2010**.

Epreuve orale → du 17 au 21 mai 2010

Jury d'admission → Mardi 25 mai 2010 à 10h

Affichage résultats → Mardi 25 mai 2009 à 17h

2. LES RESULTATS D'ADMISSIBILITE ET D'ADMISSION

Les résultats des épreuves d'admissibilité et d'admission seront consultables sur le site internet de l'IFCS :

www.ifcs-grefops.com

et seront affichés à l'extérieur du bâtiment des instituts.

***Ces dates sont communiquées
sous réserve de modifications éventuelles.***

CONDITIONS MATERIELLES

→ **FRAIS DE SELECTION :**

128 euros

→ **DROITS ANNUELS D'INSCRIPTION**

231 euros (référence Inscription Master - année scolaire 2009-2010)

→ **FRAIS DE SCOLARITE :**

9 000 euros (référence année 2009/2010)

Ces frais seront à régler suite à une convention établie par le GREFOPS et adressée à l'établissement d'origine.

La prise en charge financière de la formation peut être assurée soit par :

- ❶ votre employeur
- ❷ vous-même
- ❸ l'A.N.F.H
- ❹ le FONGECIF
- ❺ PROMOFAP
- ❻ AUTRES (subvention Conseil Régional par ex.)

Vous pouvez obtenir toutes informations précises relatives aux démarches à effectuer, en vous adressant à la Direction de votre établissement.



REUNIONS D'INFORMATION

Deux réunions d'information sont prévues à l'IFCS.

Elles ont pour objectif de présenter le projet pédagogique de l'IFCS et de répondre aux questions que se posent les candidats à la sélection à l'entrée en IFCS.

Elles se dérouleront aux dates suivantes :

↪ Le 12 janvier 2010
↪ Le 9 février 2010 } **de 14 h à 16 h**

Si vous souhaitez participer à l'une de ces réunions, merci de vous inscrire préalablement auprès du secrétariat de l'IFCS :

- par téléphone : ☎ 02.23.46.33.60
- par fax : 02.23.46.33.66
- e.mail : info@ifcs-grefops.com



PIECES A JOINDRE

AU DOSSIER D'INSCRIPTION

- 1°) **Dossier d'inscription aux épreuves de sélection** **FICHE n° ①**
- 2°) **Une lettre manuscrite de candidature et de motivation** adressée à Madame la Directrice de l'Institut de Formation des Cadres de Santé du GREFOPS.
- 3°) **Une photocopie recto-verso de la carte nationale d'identité** (en cours de validité) pour les ressortissants français et la photocopie du passeport (en cours de validité) pour les autres ressortissants.
- 4°) **Six photos d'identité** identifiées au dos avec nom patronymique et nom marital
- 5°) **Un curriculum vitae dactylographié** indiquant :
 - l'état-civil,
 - les diplômes obtenus,
 - les formations suivies,
 - l'état des services accomplis depuis le diplôme,
 - le cas échéant, les travaux divers réalisés, les communications ou les publications faites.
- 6°) **Une copie des diplômes suivants** :
 - Baccalauréat
 - Diplôme de formation *initiale* et *spécialisée*, ainsi que l'attestation ADELI ou l'enregistrement des diplômes à la DDASS
 - Diplômes universitaires
- 7°) **1 chèque d'un montant de 128 euros**, au titre des frais d'inscription au concours, libellé à l'ordre de **Monsieur l'Agent Comptable du GREFOPS**.
- 8°) • **Un certificat médical original émanant d'un médecin agréé** (*) attestant l'aptitude physique et l'absence de contre-indication au suivi de la formation
- ET** • **Un certificat médical original attestant que le candidat est à jour des vaccinations obligatoires** prévues par l'article L.10 (hépatite B, diphtérie, tétanos, poliomyélite) et l'article L 215 du code de la santé publique (BCG).
- (*) Vous pouvez vous procurer la liste des médecins agréés auprès de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales de votre département.
- 9°) **Une attestation de l'employeur, ou des employeurs justifiant de quatre années d'exercice, à temps plein, au 31 janvier 2010**, ou pour les candidats exerçant dans le secteur libéral, un certificat d'identification établi par la ou les caisses primaires d'assurance maladie du secteur de leur exercice et une attestation d'inscription au rôle de la taxe professionnelle pour la période correspondant à leur exercice, et tous autres documents permettant de justifier des modes d'exercice. **FICHE n° ②**
- 10°) **Une attestation de prise en charge ou de demande de prise en charge des frais de scolarité** par l'employeur ou l'organisme de financement concerné, **FICHE n° ③**
- ou **un engagement sur l'honneur** du candidat de régler les frais de scolarité **FICHE n° ④**

Le dossier doit être adressé **COMPLET**, par la poste (le cachet de la poste faisant foi) en **RECOMMANDE avec ACCUSE DE RECEPTION**, ou déposé directement au secrétariat de l'IFCS, **entre le 2 Janvier 2010 et le 15 février 2010**, à :

Madame la Directrice de l'I.F.C.S. du GREFOPS
Hôpital Pontchaillou - Bâtiment des Instituts
2, rue Henri Le Guilloux 35033 RENNES CEDEX 09

ATTENTION

LES DOSSIERS INCOMPLETS OU PARVENUS APRES LA DATE LIMITE, NE SERONT PAS TRAITES.

FICHE n° 1

DOSSIER D'INSCRIPTION AUX EPREUVES DE SELECTION 2010

NOM MARITAL _____ **Nom patronymique** _____

Prénom _____ **Nationalité** _____

Né(e) le _____ **à** _____

ADRESSE PERSONNELLE _____

VILLE _____ **Code postal** _____

☎ personnel fixe _____ **☎ professionnel** _____

☎ portable _____ **n° fax** _____

e.mail personnel _____ **e.mail professionnel** _____

Adresse professionnelle : _____

Fonction actuelle : _____

Fonction souhaitée après la formation cadre _____

SITUATION DE FAMILLE :

Célibataire **Marié(e)** **Veuf (ve)** **Divorcé(e)**

Autre situation _____

Profession du conjoint : _____

Nombre d'enfants _____ **leur âge** _____

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

Nom et qualité _____

n° téléphone _____ **n° fax** _____

NIVEAU D'ENSEIGNEMENT GENERAL ET SUPERIEUR

Diplôme(s) obtenu(s)	Lieu d'obtention	Année		
BEP, CAP, BEPC (niveau ou diplôme) ou fin 2 ^{nde} ou 1 ^{ère}				
Niveau fin terminale				
Baccalauréat : Série _____ n°				
Equivalence Baccalauréat				
BTS				
DUT				
DEUG - DEUST				
Diplôme 2 ^{ème} cycle d'enseignement universitaire (à préciser)				
Diplôme 3 ^{ème} cycle d'enseignement universitaire (à préciser)				
Etudes médicales, dentaires ou pharmaceutiques antérieures				
ANGLAIS	Lu	Ecrit	Parlé	Compris
Débutant				
Initié (préciser le niveau scolaire)				
Confirmé				
Maîtrise				
INFORMATIQUE	WORD	EXCEL	POWERPOINT	LOGICIELS type Linux
Débutant				
Initié				
Confirmé				
Expert				

DIPLOME(S) PROFESSIONNEL(S)

Diplôme	Lieu d'obtention	Année d'obtention
<u>Filière infirmière</u>		
Infirmier(e)		
<i>Spécialisation : ISP, IADE, IBODE, PUER</i>		
<u>Filière de rééducation</u>		
Ergothérapeute		
Masseur kinésithérapeute		
Pédicure-Podologue		
Psychomotricien		
Diététicien		
Orthoptiste		
Orthophoniste		
<u>Filière médico-technique</u>		
Manipulateur en électroradiologie médicale		
Préparateur en pharmacie		
Technicien de laboratoire		
Audioprothésiste		
Opticien lunetier		

Avez-vous déjà suivi une formation préparatoire aux épreuves de sélection à l'IFCS du GREFOPS ?

OUI Année : _____

NON

Signature :

Etablissement	Service	Fonction	Dates		Durée		Total temps de travail
			Début	Fin	Temps plein (A)	Temps Partiel (B)	
TOTAL TEMPS DE TRAVAIL (colonnes A + B)						_____ Ans _____ mois _____ jours	

FAIT à _____

le _____

Signature :

FICHE n° ③

ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE SCOLARITÉ DE LA FORMATION DE CADRE DE SANTE

(article 6, alinéa 4 de l'arrêté du 18 août 1995 modifié)

(à compléter par l'employeur)

Je, soussigné(e) _____

Etablissement _____

Atteste que, sous réserve de son admission à la formation Cadre de santé pour l'année 2010,

Madame _____

Monsieur _____

Grade : _____

☞ Sera pris en charge par l'établissement pour le coût de la scolarité afférent à cette formation

☞ Sera en mesure de produire une attestation de demande de prise en charge du coût de la scolarité afférent à cette formation.

Date _____

Qualité _____

Signature et cachet de l'établissement :

FICHE n° 4

**ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE PERSONNELLE
DES FRAIS DE SCOLARITÉ DE LA FORMATION CADRE**

(Article 6 – alinéa 4 de l’arrêté du 18 août 1995 modifié)

**(à compléter par le candidat(e) n’ayant aucune prise en charge
des frais de scolarité de la formation)**

Je, soussigné(e): _____

Adresse personnelle : _____

Employé(e) à :

M’engage sur l’honneur, en cas d’admission à la formation Cadre de Santé, à régler le coût de la scolarité afférent à cette formation.

Fait à _____ le _____

Signature :

POSSIBILITÉS DE REPORT DE SCOLARITÉ

(article 9 de l'arrêté du 18 août 1995 modifié)

«Les résultats des épreuves d'admission ne sont valables que pour la rentrée en vue de laquelle les épreuves ont été organisées. Le directeur de l'institut accorde un report de droit d'une année en cas de départ au service national, de congé maternité, de congé d'adoption ou de congé pour garde d'un enfant de moins de quatre ans. Il accorde également un report de droit d'une année, renouvelable une fois, en cas de rejet de demande d'accès à la formation professionnelle ou à la promotion sociale, de rejet de demande de congé de formation ou de rejet de demande de mise en disponibilité.

En outre, en cas de maladie, d'accident ou si le candidat apporte la preuve de tout évènement grave lui interdisant d'entreprendre ses études au titre de l'année en cours, un report de scolarité d'une année peut être accordé par le directeur de l'institut, après avis du conseil technique».

Arrêté du 14 août 2002 modifiant l'arrêté du 18 août 1995

Article 5 :

«Lorsque, dans un institut de formation des cadres de santé, la liste complémentaire établie à l'issue des épreuves de sélection n'a pas permis de pourvoir l'ensemble des places offertes aux professions visées par l'arrêté du préfet de région mentionné à l'article 5, le directeur de l'institut concerné peut faire appel, pour chaque profession concernée, à des candidats de cette profession, inscrits sur la liste complémentaire d'autres instituts de formation des cadres de santé et restés sans affectation à l'issue de la procédure d'admission dans ceux-ci. Ces candidats sont admis dans l'institut concerné dans l'ordre d'arrivée de leur demande d'inscription et dans la limite des places disponibles. Une priorité est toutefois accordée aux candidats de la profession en cause ayant passé le concours dans la région de l'institut concerné, dans le cas où il existe plusieurs instituts de formation des cadres de santé dans cette région. Cette procédure d'affectation des candidats dans les instituts de formation des cadres de santé ne peut être utilisée que pendant l'année au titre de laquelle les épreuves de sélection ont été organisées dans ceux-ci.»

...«Lorsque, dans un institut de formation des cadres de santé, la procédure définie à l'alinéa précédent n'a pas permis de pourvoir l'ensemble des places attribuées à une des professions visées par l'arrêté du préfet de région mentionné à l'article 5, les places laissées vacantes peuvent être offertes à des candidats des autres professions formées dans l'institut, classés sur la liste complémentaire du concours d'entrée dans l'institut concerné établie pour leur profession. Parmi ces candidats, la priorité est donnée à ceux ayant obtenu le plus grand nombre de points aux épreuves de sélection organisées dans cet institut.»