

CONCOURS D'ENTREE 2018 IFCS DE PAU

ECHEANCIER

**Envoi du dossier à l'IFCS :
Du 2 janvier au 15 février 2018 minuit uniquement par courrier
Cachet de la poste faisant foi.**

**Epreuve d'admissibilité : 13 mars 2018 de 9 h à 13 h à l'IFCS de PAU (pour les candidats d'Outre-Mer, l'épreuve pourra être organisée sur place sous réserve de l'accord de la tutelle compétente).
Affichage des résultats d'admissibilité : 06 avril 2018 à partir de 15 h.**

**Epreuve d'admission : 17 avril-19 avril-23 avril-25 avril-27 avril 2018 sur convocation.
Affichage des résultats d'admission : 04 mai 2018 à partir de 15 h.**

**Rentrée en formation cadre de santé 2018-2019 : 06 septembre 2018.
Fin de la formation : 28 juin 2019.**

CONDITIONS MATERIELLES

Droits d'inscription au concours d'entrée 2018 : 120 € (chèque à joindre au dossier).

Droits d'inscription à la formation cadre de santé 2018-2019 : 315 € (payables au 30 septembre par l'employeur ou le candidat).

Frais de scolarité de la formation cadre de santé 2018-2019 :

Prise en charge employeur ou OPCA-FONGECIF... : 10 050 €.

Prise en charge personnelle : 8 500 €

Les frais occasionnés par les stages et les travaux écrits sont à la charge de l'étudiant.

Pour information : une pièce d'identité en cours de validité (passeport ou carte d'identité) sera exigée pour participer aux épreuves du concours (prévoir dès à présent un éventuel renouvellement).

LES ÉPREUVES DE SÉLECTION

En référence à la réglementation : Décret n° 95-926 du 18 août 1995 portant création d'un Diplôme de Cadre de Santé. Arrêté du 18 août 1995 modifié, relatif au Diplôme de Cadre de Santé.

Pour être admis à suivre la formation préparatoire au diplôme cadre de santé, les candidats doivent :

- Etre titulaire d'un diplôme, certificat ou tout autre titre permettant d'exercer la profession de diététicien, d'infirmier, de manipulateur d'électroradiologie médicale, de masseur kinésithérapeute, de pédicure-podologue, de préparateur en pharmacie, de psychomotricien, d'ergothérapeute, d'orthophoniste, d'orthoptiste ou de technicien de laboratoire d'analyses de biologie médicale.
- Avoir exercé pendant au moins 4 ans à temps plein au 31 janvier de l'année des épreuves de sélection, l'une des professions mentionnées ci-dessus.
- Avoir passé avec succès les épreuves de sélection organisées par l'institut.

La sélection comporte deux épreuves :

1 - Une épreuve d'admissibilité écrite et anonyme.

Cette épreuve d'une durée de 4 heures, notée sur 20, consiste en un commentaire d'un ou plusieurs documents sur un sujet d'ordre sanitaire ou social. Elle a pour but de tester les capacités d'analyse et de synthèse du candidat¹, son aptitude à développer et argumenter ses idées par écrit.

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

2 - Une épreuve orale d'admission à partir d'un dossier rédigé par le candidat.

Cette épreuve notée sur 20, dont l'évaluation est assurée par 3 membres du jury, comporte, outre l'examen d'un dossier, un exposé oral de 10 minutes et un entretien de 20 minutes.

Le dossier dactylographié comporte 10 pages maximum (annexes non comprises). Il doit être fourni le jour de la convocation à l'entretien en trois exemplaires, un pour chacun des membres du jury (sur la couverture de chaque dossier doit figurer une photo d'identité scannée du candidat).

L'évaluation de l'épreuve d'admission porte sur le dossier, l'exposé et l'entretien avec le jury.

La note finale est la somme de la note d'admissibilité et de la note d'admission. Ne peuvent être déclarés admis que les candidats dont la note finale est égale ou supérieure à 20 sur 40, sans que la note d'admission soit inférieure à 10/20.

¹ Lire dans tout le document candidat/candidate

NOM PATRONYMIQUE - PRENOM :
NOM D'USAGE :

Date d'envoi du dossier (à remplir par l'IFCS) :
Date de réception du dossier (à remplir par l'IFCS) :

DOSSIER D'INSCRIPTION CONCOURS 2018 IFCS PAU

1) Une demande manuscrite d'inscription à la sélection, adressée à Monsieur Le Directeur de l'Institut de Formation des Cadres de Santé.	
2) La fiche de renseignements et la fiche de déroulement de carrière à partir de l'obtention du diplôme professionnel à compléter.	
3° Une photographie d'identité couleur à coller sur la fiche de renseignements.	
4) Une photocopie de la carte d'identité (recto verso) ou du passeport, en cours de validité.	
5) La copie du diplôme professionnel ainsi que l'attestation d'inscription de ce diplôme au répertoire ADELI pour les professions concernées (enregistrement effectué à l'ARS du département de votre adresse professionnelle).	
6) Une attestation de l'employeur, ou des employeurs justifiant des quatre années d'exercice professionnel équivalent temps plein au 31 janvier de l'année du concours (la quotité doit être précisée sur l'attestation) , ou pour les infirmiers libéraux 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 patente ou de la taxe professionnelle pour la période correspondant à leur exercice, établie par les services fiscaux de leur lieu d'exercice, ou tout autre document permettant de justifier des modes d'exercice.	
7) Un certificat médical (datant de moins de trois mois) émanant d'un médecin agréé par l'ARS (liste à demander à la délégation territoriale de l'ARS de votre département d'exercice professionnel) attestant l'aptitude physique et l'absence de contre-indication au suivi de la formation (faire compléter le document ci-joint par le médecin).	
8) Un certificat médical attestant que le candidat est à jour des vaccinations obligatoires prévues par l'article L 10 du code de la santé publique (faire compléter le document ci-joint par le médecin).	
9) Une attestation de prise en charge des droits d'inscription et des frais de scolarité par l'employeur ou l'organisme de financement concerné, ou une demande de prise en charge des droits d'inscription et des frais de scolarité enregistrée par l'employeur, ou un engagement sur l'honneur du candidat de régler les droits d'inscription et les frais de scolarité (compléter le document ci-joint).	
10) Trois enveloppes « prêt à poster lettre prioritaire » ou « prêt à poster lettre suivie » 20 g format 110 x 220 Deux enveloppes « prêt à poster lettre prioritaire » ou « prêt à poster lettre suivie » 50 g format 162 x 229 Une enveloppe « prêt à poster lettre prioritaire » ou « prêt à poster lettre suivie » 500 g format 260 x 330 Ces enveloppes sont en vente dans les bureaux de poste. Elles doivent être libellées à l'adresse du candidat (nom patronymique suivi du nom d'usage pour les femmes mariées).	
11) Un chèque de 120 € correspondant aux droits d'inscription pour le concours, libellé à l'ordre du Trésor Public (chèque non remboursable car lié à la gestion administrative du dossier).	
12) L'autorisation ci-jointe complétée et signée concernant l'affichage des résultats sur Internet.	
13) Récapitulatif de l'inscription au concours ci-joint complété et signé.	

⇒ A l'envoi du dossier, le candidat met une croix dans chaque case de gauche. La liste des pièces à fournir doit être classée dans l'ordre cité. Tout dossier incomplet ou non conforme sera rejeté.
⇒ Ne pas cocher dans la partie grisée à droite du document, réservée à l'IFCS.

Date :
Signature candidat(e) :

Dossier complet Dossier incomplet
Seule la convocation à venir validera l'inscription définitive au concours.
Date :
Le Directeur

Cadre réservé à l'IFCS

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Nom patronymique : Prénom (s) :

Nom d'usage :

COLLER
PHOTO

Né(e) le : à :

Situation matrimoniale : Nombre d'enfant(s) :

Adresse personnelle :
.....
.....

N° de téléphone fixe : N° de portable :

Adresse Email : Fax :

Etudes générales :

Dernière classe suivie :

Baccalauréat : série date :

Diplômes universitaires :

Licence (à préciser) :

Date :

Maîtrise (à préciser) :

Date :

Master (à préciser) :

Date :

Autre (à préciser) :

Date :

Profession exercée :

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| Infirmier | <input type="checkbox"/> | Pédicure-podologue | <input type="checkbox"/> |
| Diététicien | <input type="checkbox"/> | Psychomotricien | <input type="checkbox"/> |
| Ergothérapeute | <input type="checkbox"/> | Manipulateur en Electroradiologie Médicale | <input type="checkbox"/> |
| Masseur-kinésithérapeute | <input type="checkbox"/> | Préparateur en Pharmacie | <input type="checkbox"/> |
| Orthophoniste | <input type="checkbox"/> | Technicien de Laboratoire d'Analyses Biologiques | <input type="checkbox"/> |
| Orthoptiste | <input type="checkbox"/> | | |

Date d'obtention du diplôme professionnel :

Lieu :

Spécialité (à préciser) :

Date :

Lieu :

Etablissement employeur :

Nom et adresse exacte de l'établissement :
.....
.....

Téléphone de l'établissement :

Fonction actuelle exercée :

Nom du service : Téléphone du service :

**DEROULEMENT DE CARRIERE A PARTIR DE L'OBTENTION
DE VOTRE DIPLOME PROFESSIONNEL**

(4 ans équivalent temps plein au 31/01/2018- joindre certificat(s) de travail)

Nom patronymique : Prénom :

Nom d'usage :

ETABLISSEMENTS	SERVICES	FONCTION	PERIODES (Date début – date fin)	QUOTITE DU TRAVAIL (100% - 80% 75 % - 50 %)

Soit ansmoisjours au 31 janvier 2018

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) **Médecin agréé(e) par l'Administration**.....

Adresse :.....

.....

atteste l'aptitude physique et l'absence de contre-indication au suivi de la formation de Cadre de Santé de

Mme – Mr.....

Date de naissance :..... Lieu de Naissance.....

Fait à..... le

<p><u>Signature du Médecin :</u></p>	<p><u>Cachet du Médecin :</u></p>
---	--

CERTIFICAT DE VACCINATIONS

NOM – Prénom du candidat :

Date de naissance : Lieu de naissance :

VACCINATIONS OBLIGATOIRES

DATES de VACCIN

1. DT Polio

1ère injection
2ème injection
3ème injection
injections de rappel

2. Anti-hépatite B

1ère injection
2ème injection
3ème injection
injections de rappel

Ac HBS

3. BCG

Test tuberculitique

IDR

Fait à le

<u>Signature du Médecin :</u>	<u>Cachet du Médecin :</u>
--------------------------------------	-----------------------------------

**ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE DES DROITS D'INSCRIPTION ET DES FRAIS DE
SCOLARITE DE LA FORMATION CADRE DE SANTE 2018-2019**

Selon votre situation, remplir partie 1 ou partie 2 du document.

1) ⇒ Attestation de prise en charge des droits d'inscription et des frais de scolarité par l'employeur ou l'organisme concerné :

Je soussigné(e) :

Etablissement :
.....
.....

atteste que, sous réserve de son admission en formation cadre de santé pour la rentrée de septembre 2018 :

Mme, Mr. :

Grade :

Sera pris(e) en charge par l'établissement pour les droits d'inscription et les frais de scolarité (1)

ou

Une demande de prise en charge sera examinée ultérieurement pour les droits d'inscription et les frais de scolarité. (1)

Fait à : **le :**

Signature et cachet de l'établissement :

(1) Rayer la mention inutile.

2) ⇒ Engagement sur l'honneur du (ou de la) candidat(e) à régler les droits d'inscription et les frais de scolarité de la formation cadre de santé 2018-2019

Je soussigné(e) :

Adresse personnelle :
.....
.....

m'engage sur l'honneur, en cas d'inscription en formation cadre de santé, à régler les droits d'inscription et les frais de scolarité afférents à cette formation.

Fait à **le**

Signature du (ou de la) candidat(e) :

**INFORMATIONS POUR LA DIFFUSION DES RESULTATS DU CONCOURS
D'ENTREE 2018 A L'IFCS**

A retourner dûment complété

Les résultats du concours d'entrée seront diffusés sur le site Internet du Centre Hospitalier de PAU www.ch-pau.fr :

- Candidats admissibles à l'oral à l'issue de l'épreuve écrite.
- Candidats admis sur la liste principale.
- Candidats admis sur la liste complémentaire.

Selon les recommandations de la Commission Nationale Informatique et Liberté (C.N.I.L.), vous pouvez vous **opposer à la publication** de votre nom sur ces listes.

Dans tous les cas, vous voudrez bien informer l'institut par écrit de votre décision concernant la publication en **nous retournant ce document avec votre dossier d'inscription.**

Attention :

En l'absence de ce document dans le dossier d'inscription ou si ce document n'est pas complété ou signé, votre accord sera réputé acquis.

Nom patronymique :

Prénom :

Nom d'usage :

Date et signature dans la case choisie :

<u>ACCORD</u>	<u>REFUS</u>
<p>Date :</p> <p>Signature :</p>	<p>Date :</p> <p>Signature :</p>

Rappel : en cas de refus de publication sur internet, aucun résultat ne sera communiqué par téléphone.

RECAPITULATIF DE L'INSCRIPTION
AU CONCOURS D'ENTREE 2018 – IFCS DE PAU

Nom patronymique – Prénom :

Nom d'usage :

1) je déclare faire acte de candidature à la sélection d'entrée de l'IFCS du CH de PAU ;

2) je certifie sincères et exacts les renseignements communiqués dans ce dossier ;

3) je certifie envoyer à l'IFCS de PAU la totalité des pièces demandées pour l'inscription, les photocopies étant conformes aux originaux ;

4) je joins un chèque de 120 € libellé au nom du Trésor Public correspondant aux droits d'inscription au concours d'entrée 2018 :

Nom du titulaire du chèque :

Banque :

Fait à

Le

Signature du (de la) candidat(e) :