

IFCS

Institut de Formation des Cadres de Santé
145, avenue de Buros - 64 046 Pau Cedex
☎ 05 59 92 49 30 - ✉ ifcs@ch-pau.fr

DOSSIER D'INSCRIPTION

CONCOURS D'ENTREE A L'IFCS DE PAU

(mise à jour le 11 octobre 2022)



Rentrée 2023

Envoi du dossier à l'IFCS :
Du 2 janvier au 15 février 2023 minuit uniquement par courrier
Cachet de la poste faisant foi.

ECHEANCIER

Epreuve d'admissibilité (épreuve sur table) : 07 mars 2023 de 9 h à 13 h à l'Amphithéâtre de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers du CH de PAU (situé à proximité de l'IFCS-voir plan p 13).

Jury d'admissibilité : 30 mars 2023.

Epreuve d'admission : 19 avril - 20 avril - 25 avril - 26 avril 2023 sur convocation.

Jury d'admission : 04 mai 2023

Rentrée en formation cadre de santé 2022-2023 : 1er septembre 2023.

Fin de la formation : 21 juin 2024.

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).

CONDITIONS MATERIELLES

Droits d'inscription au concours d'entrée 2023: 145 € (chèque à joindre au dossier).

Droits d'inscription en formation cadre de santé 2023-2024 : 335 € (payables au 30 septembre par l'employeur, l'OPCO concerné, TRANSITIONS PRO ou le candidat).

Frais de documentation 2023-2024 : 105 € (payables au 30 septembre par l'employeur, l'OPCO concerné, TRANSITIONS PRO ou le candidat).

Frais de scolarité de la formation cadre de santé 2023-2024 :

Prise en charge employeur ou OPCO-TRANSITIONS PRO : 11 543 € dont 243 € de droits d'inscription en Master 2 C3S.

Prise en charge personnelle : 8 743 € dont 243 € de droits d'inscription en Master 2 C3S.

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

CONTACT

Pour toutes questions administratives, pédagogiques et/ou handicap, veuillez contacter :

Secrétariat IFCS - 145 avenue de Buros-64046 PAU cedex - 05 59 92 49 30

ifcs@ch-pau.fr

www.ch-pau.fr

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 hospitalière, 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 ou équivalent 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.

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

Les critères d'appréciation de cette épreuve pour l'IFCS du Centre Hospitalier de PAU sont les suivants :

- exposé
 - synthèse et argumentation des points présentés dans le dossier,
 - analyse de la fonction exercée par le candidat et liens établis avec la formation cadre de santé,
 - réalisme et motivations pour la fonction cadre de santé.
- entretien
 - capacité à exploiter son expérience pour argumenter ses choix,
 - capacité de questionnement, de remise en cause constructive,
 - ouverture d'esprit,
 - implication personnelle, professionnelle et institutionnelle,
 - perception de la fonction cadre de santé.

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.

**VEUILLEZ RENVOYER A L'IFCS LES PIECES DEMANDEES
POUR LA CONSTITUTION DU DOSSIER D'INSCRIPTION**

UNIQUEMENT EN FORMAT RECTO.

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 2023 IFCS PAU

| | |
|--|--|
| 1) Une demande manuscrite d'inscription à la sélection, adressée à Madame La Directrice 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, des frais pédagogiques 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, des frais pédagogiques et des frais de scolarité enregistrée par l'employeur, ou un engagement sur l'honneur du candidat de régler les droits d'inscription, les frais pédagogiques et les frais de scolarité (compléter le document ci-joint). | |
| 10) - Une enveloppe 250 g format 260 x 330 affranchie pour un envoi 500 g. - Une enveloppe « prêt à poster lettre prioritaire » ou « prêt à poster lettre suivie » 50 g format 110 x 220 Elles doivent être libellées à l'adresse du candidat (nom patronymique suivi du nom d'usage pour les femmes mariées). | |
| 11) Un chèque de 145 € 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 :

La Directrice de l'IFCS

Marie THEOPHILE

Cadre réservé à l'IFCS

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Nom patronymique :

Prénom (s) :

Nom d'usage :

Né(e) le :

à :

Situation matrimoniale :

Nombre d'enfant(s) :

Adresse domicile :

N° de téléphone fixe :

N° de mobile :

Adresse électronique personnelle (en majuscules) :

Si vous souhaitez nous informer de votre situation de handicap et bénéficier d'aménagements spécifiques en lien avec celle-ci, merci de renseigner les cases ci-dessous afin d'organiser une rencontre avec le référent handicap de notre centre de formation, préalable à votre présentation au concours d'entrée à l'IFCS :

oui

non (cocher la case de votre choix)

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

Pédicure-podologue

Diététicien

Psychomotricien

Ergothérapeute

Manipulateur en Electroradiologie Médicale

Masseur-kinésithérapeute

Préparateur en Pharmacie Hospitalière

Orthophoniste

Technicien de Laboratoire d'Analyses Biologiques

Orthoptiste

Date d'obtention du diplôme professionnel :

Lieu :

Spécialité (à préciser) :

Date :

Lieu :

Etablissement employeur :

Nom et adresse exacte de l'établissement :

N° Téléphone de l'établissement :

Fonction actuelle exercée :

Nom du service :

N° Téléphone du service :

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

(4 ans équivalent temps plein au 31/01/2023- joindre certificat(s) de travail)

Nom patronymique :

Prénom :

Nom d'usage :

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

Soit ansmoisjours au 31 janvier 2023

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 style="text-align: center;"><u>Signature du Médecin</u></p> | <p style="text-align: center;"><u>Cachet du Médecin</u></p> |
|--|---|

CERTIFICAT DE VACCINATIONS

NOM – Prénom du candidat :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

NOTER CI-DESSOUS LES DATES DE VACCIN :

| | |
|--|---|
| <u>Diphtérie-Tétanos-Polio (dTP) *</u> Dernier rappel dTP : | <u>Diphtérie-Tétanos-Polio-Coqueluche (dTPca)</u> Dernier rappel dTcaP : |
| <u>Hépatite B</u> 1ère injection : 2ème injection : 3ème injection : Injections supplémentaires : Ac anti-HBs : | |
| <u>Rougeole-oreillons-rubéole (ROR)</u> - Personnes nées avant 1980 : <input type="checkbox"/> Antécédent de rougeole : Date : <input type="checkbox"/> Pas d'antécédent de rougeole ou doute : vaccination 1 dose recommandée sans contrôle sérologique préalable - Personnes nées depuis 1980 : <input type="checkbox"/> Vaccination : 2 doses recommandées quels que soient les ATCD | |
| <u>Varicelle</u> <input type="checkbox"/> Antécédent de maladie : <input type="checkbox"/> Pas d'antécédent de maladie ou doute Si pas d'antécédent ou doute : sérologie à faire (joindre le résultat) Si sérologie négative : vaccination recommandée 1ère dose : 2ème dose : | |
| <u>Méningocoque C</u> (vaccination recommandée jusqu'à l'âge de 24 ans inclus) Date : | |
| <u>Tuberculose</u> (vaccination non obligatoire à compter du 1 ^{er} avril 2019) BCG : Date : Test tuberculinique (IDR) : Date : | |

Fait à le

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

ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE DES DROITS D'INSCRIPTION, DES FRAIS DE DOCUMENTATION ET DES FRAIS DE SCOLARITE DE LA FORMATION CADRE DE SANTE 2023 - 2024

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

1) ⇨ **Attestation de prise en charge des droits d'inscription, des frais de documentation et des frais de scolarité, par l'employeur ou l'organisme concerné, de la formation cadre de santé 2023 - 2024 :**

Je soussigné(e) :

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

atteste que, sous réserve de son admission en formation cadre de santé pour la rentrée de septembre 2023 :

Mme, Mr. :

Grade :

**sera pris(e) en charge par l'établissement pour les droits d'inscription, les frais de documentation et les frais de scolarité (1)
ou
une demande de prise en charge sera examinée ultérieurement pour les droits d'inscription, les frais de documentation 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, les frais de documentation et les frais de scolarité de la formation cadre de santé 2023 - 2024**

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, les frais de documentation et les frais de scolarité afférents à cette formation.

Fait à le

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

INFORMATIONS CONCERNANT LA PUBLICATION SUR INTERNET DES RESULTATS DU CONCOURS D'ENTREE 2023

A retourner à l'IFCS 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 :

| ACCORD | REFUS |
|-------------|-------------|
| Date : | Date : |
| Signature : | Signature : |

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

RECAPITULATIF DE L'INSCRIPTION AU CONCOURS D'ENTREE 2023 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 **145 €** libellé au nom du Trésor Public correspondant aux droits d'inscription au concours d'entrée 2023 :

Nom du titulaire du chèque :

Banque :

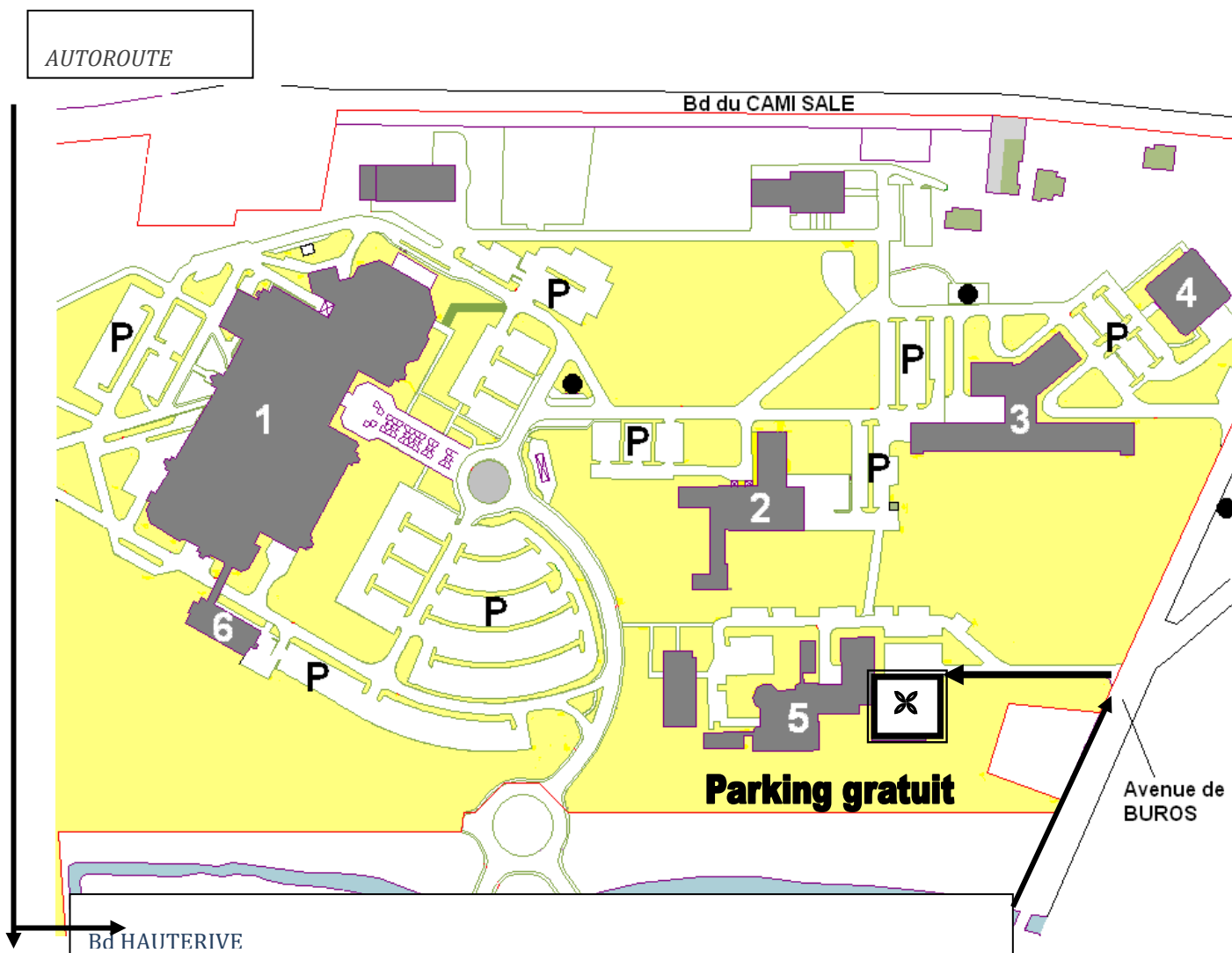
Fait à

Le

Signature du (de la) candidat(e) :

MODALITES D'ACCES A L'IFSI DU CENTRE HOSPITALIER DE PAU OU SE DEROULERA L'EPREUVE D'ADMISSIBILITE

Informations sur <http://www.pau-pyrenees.com>



✕ IFCS

- 1 Centre François Mitterrand
- 2 Centre Hauterive.
- 3 Centre Jean Vignalou.
- 4 Etablissement Français du Sang.
- 5 **Institut de Formation en Soins Infirmiers.**
- 6 Bâtiment Médico-administratif.

Accès : Bus ligne F (Fébus) à haut niveau de service terminus Hôpital François Mitterrand (desservant le centre-ville et la gare) ou ligne T1 arrêt Gaston Bonheur. Des places de stationnement sont réservées aux personnes à mobilité réduite.

Restauration : un relais H est à votre disposition sur le site du Centre Hospitalier.