

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 18 novembre 2025)



2026

Dépôt du dossier à l'IFCS :
**Du 2 janvier 2026 au 15 février 2026 minuit par courrier ou en mains
propres au secrétariat de l'IFCS**

**Tout dossier incomplet ou reçu après la clôture des inscriptions le 15 février minuit
ne sera pas pris en compte.**

ECHEANCIER

Epreuve d'admissibilité (épreuve sur table) : 05 mars 2026 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 de ce document).

Jury d'admissibilité : 26 mars 2026.

Epreuve d'admission : 15 avril - 16 avril - 22 avril - 23 avril 2026 sur convocation.

Jury d'admission : 27 avril 2026

Rentrée en formation cadre de santé 2025-2026 : début septembre 2026

Fin de la formation : fin juin 2027

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 2026: 150 € (chèque à joindre au dossier).

Droits d'inscription en formation cadre de santé 2026-2027 : 340 € (payables au 30 septembre par l'employeur, l'OPCO concerné, TRANSITIONS PRO ou le candidat).

Frais de scolarité de la formation cadre de santé 2026-2027 :

Prise en charge employeur ou OPCO-TRANSITIONS PRO : 13 000 € dont 250 € de droits d'inscription en Master 2 C3S.

Prise en charge personnelle : 8 750 € dont 250 € 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 **8 à 10 pages** (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 :

- dossier
 - présentation respectueuse des consignes,
 - logique et liens entre les éléments présentés,
 - représentation de la fonction cadre de santé.
- 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.

**LES DOSSIERS NON CONFORMES NE SERONT PAS PRIS EN
COMPTÉ**

**TOUT DOSSIER PARVENANT APRES LE 15 FEVRIER 2026
NE SERA PAS PRIS EN COMPTE**

NOM PATRONYMIQUE - PRENOM :

NOM D'USAGE :

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

DOSSIER D'INSCRIPTION CONCOURS 2026 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	
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 : 100 % - 60 % ou temps plein) , 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 A4 Kraft ou plus grande affranchie au minimum de 6 € avec suivi ou non - 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 150 € 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 de l'IFCS

Cadre réservé à l'IFCS

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Nom patronymique :

Nom d'usage :

Prénom (s) :

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 31/01/2026 - 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 2026

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

Signature du Médecin

Cachet du Médecin

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 1 ^{ère} dose : 2 ^{ème} 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>
------------------------------------	---------------------------------

INFORMATIONS CONCERNANT LA PUBLICATION SUR INTERNET DES RESULTATS DU CONCOURS D'ENTREE 2026

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 2026 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 **150 €** libellé au nom du Trésor Public correspondant aux droits d'inscription au concours d'entrée 2026 :

Nom du titulaire du chèque :

Banque :

Fait à

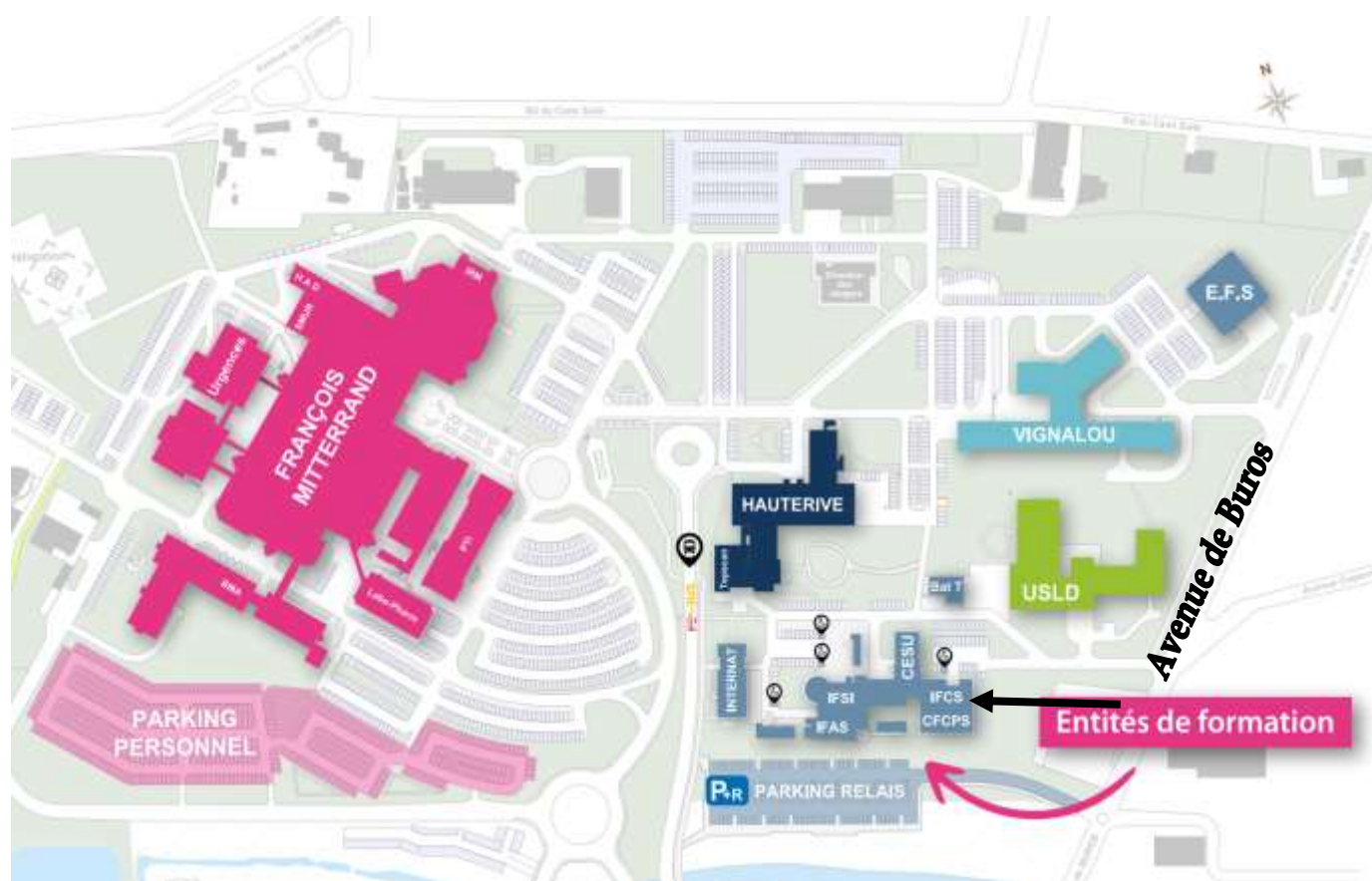
Le

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>

AUTOROUTE



BOULEVARD HAUTERIVE

Accès : Bus ligne F (F bus)   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 François Mitterrand ainsi que le restaurant du Personnel.