



Formation organisée  
avec le soutien  
de la Région  
Haute-Normandie



INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

*CONDITIONS D'ADMISSION EN  
~FORMATION DE PREPARATION A  
L'ENTRETIEN DE SELECTION ~  
AUX EPREUVES DE SELECTION  
EN IFSI - ANNEE 2012*

I.F.S.I.  
ESPACE REGIONAL DE FORMATION  
DES PROFESSIONS DE SANTE  
14, rue du Professeur Stewart  
76042 ROUEN CEDEX 1  
☎ : 02.32.88.85.99

FAX : 02.32.88.83.71  
E. Mail : [Secretariat.IFSI@chu-rouen.fr](mailto:Secretariat.IFSI@chu-rouen.fr)  
[www3.chu-rouen.fr/internet/formation/erfps/ecoles/infirmiers](http://www3.chu-rouen.fr/internet/formation/erfps/ecoles/infirmiers)

ACCUEIL E.R.F.P.S.  
☎ : 02.32.88.85.85



# SOMMAIRE

## **1- PRESENTATION DE LA FORMATION** **P.1**

- La finalité
- L'équipe pédagogique
- Les modalités d'organisation
- Les méthodes
- L'évaluation

## **2- CONSTITUTION ET DEPOT DU DOSSIER** **P.2**

- Dépôt du dossier administratif
- Liste des pièces à fournir

## **3- MODALITES D'ADMISSION** **P.3**

- La sélection
- Les frais de formation

## **4- ANNEXES** **P.4**

## **1. PRESENTATION DE LA FORMATION**

L'Institut de Formation en Soins Infirmiers du Centre Hospitalier Universitaire de Rouen propose une formation à l'entretien de sélection qui prépare :

### ➤ **La finalité**

- Développer des capacités méthodologiques et des connaissances nécessaires à la réussite de l'épreuve orale du concours.
- S'exercer et acquérir de l'assurance pour se présenter à cette épreuve.

### ➤ **L'équipe pédagogique**

Sous la responsabilité de la directrice de l' I.F.S.I., les élèves sont encadrés par une infirmière enseignante, en permanence présente pour répondre aux questions des élèves, les suivre et les conseiller individuellement.

### ➤ **Les modalités d'organisation :**

La formation dure 14 heures, réparties sur 2 semaines à raison d'une journée de 7 heures par semaine.

Elle se déroule le lundi 16 avril 2012 et le mardi 17 avril 2012 de 9h à 17h et est compatible avec une activité salariée.

Elle aura lieu dans les locaux de l' I.F.S.I.- Espace Régional de Formation des Professions de Santé – 14, Rue du Professeur Stewart 76042 Rouen Cedex 1.

### ➤ **La capacité d'accueil de la formation est de 15 élèves maximum.**

### ➤ **Les méthodes**

- ✓ Approche théorique
- ✓ Réflexion / son choix professionnel, sa formation
- ✓ Méthodologie, entraînement à l'exposé de texte
- ✓ Simulation individuelle et en groupe
- ✓ Analyse de jeux de rôles
- ✓ Conseils personnalisés

### ➤ **L'évaluation**

Les exercices et les mises en situation permettent une évaluation et un réajustement du futur candidat.

## 2. CONSTITUTION ET DEPOT DU DOSSIER

### ➤ Dépôt du dossier administratif

Les candidats peuvent retirer un dossier d'inscription ☞ à partir du lundi 31 octobre 2011

Institut de Formation en Soins Infirmiers du C.H.U. de ROUEN - Espace Régional de Formation des Professions de Santé - 14, Rue du Professeur Stewart 76042 Rouen Cedex 1

### **POUR le lundi 05 Mars 2012, le dossier doit être :**

☞ Adressé à Madame la Directrice de l'I.F.S.I. (cachet de la poste faisant foi)

ou

☞ Déposé au secrétariat de l'IFSI entre 8H30 et 16H30 sans interruption du lundi au vendredi

### ➤ Liste des pièces à fournir :

◆ Un Curriculum Vitae

◆ Une copie du relevé de notes du Baccalauréat de l'Etat Français

ou une attestation de reconnaissance de niveau d'études de leur Baccalauréat

pour les candidats titulaires d'un Baccalauréat d'un Etat Etranger ( hors CEE)

ou une copie du titre admis en dispense

ou une attestation de l'obtention du Jury de Validation des Acquis ou du Jury de présélection

◆ Les bulletins scolaires de l'année de Terminale ou de la dernière année de scolarité pour les candidats titulaires d'un titre admis en dispense.

◆ Une copie lisible de la carte nationale d'identité en cours de validité , du passeport ou du livret de famille.

◆ Un titre de séjour en cours de validité pour les candidats étrangers.

◆ La fiche d'inscription ci-jointe, dûment remplie et signée par le candidat et par la personne finançant la formation.

◆ 2 enveloppes affranchies au tarif en vigueur **libellées obligatoirement au nom et adresse du candidat**

◆ 2 photos d'identité avec le nom du candidat écrit au dos.

Pour les candidats non bacheliers titulaires du diplôme d'Etat d'Aides Médico-Psychologiques :

◆ Les attestations et appréciations des éventuels employeurs.

◆ Les attestations et appréciations de stages ou de formations effectués.

### 3. MODALITES D'ADMISSION

#### ➤ La sélection

↳ Elle est effectuée sur dossier.

↳ **Tout dossier incomplet sera systématiquement refusé.**

↳ L'admission sera prononcée :

**↳ le vendredi 16 mars 2012 à partir de 10 heures**

avec un affichage qui se tiendra à l'accueil de l'E.R.F.P.S.

↳ Deux listes seront affichées :

- ◆ Une liste des candidats admis par ordre alphabétique.
- ◆ Une liste d'attente en cas de désistement, candidats pris par ordre de classement.

#### ➤ Les frais de formation

↳ **Ils sont fixés à 210 Euros pour l'année 2012.**

*" Toute formation commencée est due et ne pourra pas donner lieu à remboursement après la date de rentrée ".*

↳ Les frais de formation couvrent l'ensemble des activités pédagogiques et le CHU s'engage à ce qu'ils ne subissent aucune augmentation au cours de l'année. Seuls seront à envisager des frais d'inscription épreuves de sélection auxquelles le candidat souhaitera s'inscrire.

↳ Les candidats admis en Formation Accélérée à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers ne pourront pas bénéficier du régime sécurité sociale des étudiants. Ils devront néanmoins, le jour de la rentrée, apporter la preuve de leur affiliation à la sécurité sociale (**consulter l'Annexe II: tableau récapitulatif de la protection sociale**).

↳ La formation peut être prise en charge partiellement ou totalement par l'employeur dans le cadre de la formation professionnelle ou d'une reconversion.

# ANNEXES



Formation organisée  
avec le soutien  
de la Région  
Haute-Normandie



**- ANNEXE I-**

**INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS**

**ATTESTATION EMPLOYEUR**

- **NOM DU CANDIDAT** : **Prénom** :
- **Date du Diplôme : Aide Médico-Psychologique :** .....
- **Date nomination dans le grade :** .....
- **Etablissement actuel :** .....
- **Service actuel :** .....
- ☎ .....

Date de prise de fonction en tant qu'Aide Médico-Psychologique	Date de fin de fonction en tant qu'Aide Médico-Psychologique	Pourcentage de temps travaillé en tant qu'Aide Médico- Psychologique

**Total des années d'exercice en tant qu'Aide Médico-Psychologique en équivalent temps plein à la date du début des épreuves, soit le 15 mars 2012**

.....

**Etablissement** : .....

**Nom** : .....

**Fonction** : .....

**Date** : .....

**Cachet et Signature** :

**VEUILLEZ UTILISER UNE ATTESTATION PAR EMPLOYEUR.  
SI BESOIN, FAIRE DES PHOTOCOPIES DE CET IMPRIME.**

## FORMATION ACCELEREE - TABLEAU RECAPITULATIF DE LA PROTECTION SOCIALE -

SITUATION DE L 'ELEVE AVANT SON ENTREE EN FORMATION	PROTECTION SOCIALE	DEMARCHES NECESSAIRES A EFFECTUER PAR L'ELEVE
Bachelier de moins de 20 ans	Ayant droit d'un de ses deux parents.	-
Bachelier de plus de 20 ans	Ayant droit d'un de ses deux parents.	se rendre à la CPAM du lieu de domicile du parent auquel il est rattaché la veille de ses 20 ans avec un certificat de scolarité + la carte vitale
Etudiant inscrit à la Faculté l'année universitaire précédente (quel que soit son âge)	Il garde la sécurité sociale étudiante jusqu'au 31 Décembre 2011 puis à partir du 1er janvier 2012 maintien des droits gratuits auprès de la CPAM .	se rendre à la CPAM du lieu de domicile de l'élève au début de la formation avec un certificat de scolarité + la carte vitale pour faire un maintien de droit gratuit au titre du "régime 250".
Salarié du secteur public ou privé (quel que soit son âge)	régime de sécurité sociale auquel le salarié était affilié avant l'entrée en formation	-
Salarié travaillant au moins 60h/ mois ou 120 h / trimestre (quel que soit son âge)	régime de sécurité sociale auquel le salarié était affilié avant l'entrée en formation;	se rendre à la CPAM pour obtenir le régime de sécurité sociale " salarié" avec la carte vitale et les trois derniers bulletins de salaire si ce n'est pas déjà fait.
Demandeur d'emploi inscrit à l'ANPE ayant travaillé précédemment (quel que soit son âge)	régime de sécurité sociale auquel l'élève était affilié avant l'entrée en formation ( à voir selon le nombre de mois travaillé précédemment).	se rendre à la CPAM du lieu de domicile de l'élève pour étudier le régime de sécurité sociale auquel il peut prétendre selon le nombre de mois travaillé.



Formation organisée  
avec le soutien  
de la Région  
Haute-Normandie



**ERFPS**  
ESPACE RÉGIONAL DE FORMATION DES PROFESSIONS DE SANTÉ

**FICHE D'INSCRIPTION A LA  
FORMATION DE PREPARATION A  
L'ENTRETIEN DE SELECTION  
AUX EPREUVES DE SELECTION EN I.F.S.I.**

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CANDIDAT**

**NOM :**

**PRENOM :**

**EPOUSE :**

**Date de Naissance :**

**Lieu :**

**Nationalité :**

**Adresse :**



**Situation Familiale :**

**Nombre d'enfants :**

**Profession du conjoint :**

---0000000---

**Profession du père :**

**Profession de la mère :**

**Nombre de frère(s) et sœur(s) :**

**Fiche d'inscription à retourner à l' Institut de Formation en Soins Infirmiers**

① **Espace Régional de Formation des Professions de Santé**

tél. : 02 32 88 85 85 – [www.chu-rouen.fr](http://www.chu-rouen.fr)

**Institut de Formation en Soins Infirmiers**

14, rue du Professeur Stewart - 76042 Rouen Cedex 1 - Tél. : 02 32 88 85 99 – Fax : 02 32 88 83 71

Secretariat.IFSI@chu-rouen.fr



## **FORMATION**

Niveau d'études :

Diplôme(s) obtenu(s) :

Vous êtes-vous déjà présenté(e) aux épreuves de sélection à l'entrée en IFSI ?  
Si oui, à quelle(s) date(s) ?

Merci de préciser la ou les épreuves où vous avez échoué :

## **SITUATION ACTUELLE**

Activité professionnelle :

Activité permanente    ou     Activité occasionnelle

Emploi :

Adresse :

---0000000---

Activité scolaire :

Niveau et section :

Etablissement fréquenté :

## **TITRE D'INSCRIPTION**

Bac – Série .....

Titulaire à l'ESEU (préciser ○ A ou ○ B )

Titulaire au DAEU (préciser ○ A ou ○ B )

Equivalence

Jury de Validation des Acquis ou **jury de présélection**

Titulaire du Diplôme AMP (avec 3 ans d'exercice temps plein) : – Date d'obtention .....

## **FINANCEMENT DE LA FORMATION**

Personne ou organisme qui finance la formation

NOM :

Prénom :

Adresse familiale :

 :

Adresse du lieu de travail :



Signature :

**Je soussigné(e), atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document.**

**Signature des parents ou tuteurs  
pour les candidats mineurs**

**Signature du candidat**

**Date :**