



Institut de Formation
en Soins Infirmiers et Aides-soignants
Communauté Le Creusot / Montceau-les-Mines

INFORMATION SUR LES EPREUVES

DE SELECTION 2019

DONNANT ACCES A LA FORMATION

INFIRMIERE

CANDIDATS DE LA FORMATION
PROFESSIONNELLE – HORS AS/AP
AYANT UNE EXPERIENCE
PROFESSIONNELLE MINIMUM DE 3 ANS
TOUT DOMAINE CONFONDU
TITULAIRES OU NON DU BACCALAUREAT

IFSI de la CCM

Adresse : IFSI CCM – Centre Hospitalier
71300 MONTCEAU-LES-MINES
Téléphone : 03.85.67.60.68
Courriel : secretariat-ifsi@ch-montceau71.fr
Site internet : www.ifsi-creusot-montceau.com

REGION
BOURGOGNE
FRANCHE
COMTE

MAJ : Décembre 2018

1 - Dates à retenir et consignes à respecter

Dates	Evénements	Informations
Du mercredi 9 janvier au vendredi 15 février 2019	Téléchargement Retrait des dossiers	Téléchargement sur le site www.ifsu-creusot-montceau.com Retrait des dossiers d'inscription à l'IFSI de la CCM site du CH de Montceau-les-Mines
Mercredi 13 février 2019	Porte ouverte à l'IFSI de la CCM	de 13h30 à 17h00 sur les 2 sites de l'IFSI de la CCM Centre Hospitalier Montceau-les-Mines et Lycée Claudie Haigneré 71450 Blanzay
Du mercredi 9 janvier au vendredi 15 février 2019	Réception des dossiers d'inscription	A déposer à l'accueil du secrétariat de l'IFSI de la CCM site de Montceau-les-Mines de 8h30 à 16h <u>OU</u> à envoyer par courrier Recommandé avec Accusé de Réception à l'IFSI de la CCM – Centre Hospitalier – 71300 Montceau-les-Mines <u>Un seul dossier dans l'IFSI de la CCM</u>
Vendredi 15 février 2019	Clôture du dépôt des dossiers d'inscription.	Dernier délai minuit (cachet de La Poste faisant foi)
Mercredi 13 mars 2019	Epreuve écrite	A partir de 13h30 à l'IFSI de la CCM [Envoi de la convocation une semaine avant les épreuves. Passé ce délai, si vous n'avez pas reçu de convocation, contacter l'IFSI de la CCM]
Du 02 au 05 avril 2019	Epreuve orale	[Envoi de la convocation une semaine avant les épreuves. Passé ce délai, si vous n'avez pas reçu de convocation, contacter l'IFSI de la CCM]
Vendredi 12 avril 2019	Affichage des résultats	A partir de 14h à l'IFSI de la CCM site Montceau + sur le site www.ifsu-creusot-montceau.com Envoi du courrier le jour même. [AUCUN résultat ou renseignement ne sera donné par téléphone]

2 - Conditions d'inscription et épreuve

Conformément à l'Arrêté du 13/12/2018 modifiant l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat Infirmier, selon les conditions énumérées dans le document ci-dessous.

ACCES A LA FORMATION :

Peuvent être admis en première année de formation au diplôme d'Etat Infirmier les candidats relevant de la formation professionnelle continue, telle que définie par l'article L.6311-1 du code du travail, et justifiant d'une durée minimum de trois ans de cotisations à un régime de protection sociale à la date d'inscription aux épreuves de sélection.

Téléchargement ou Retrait des dossiers à partir du 9 janvier 2019 :

- *Site internet de l'institut : www.ifsu-creusot-montceau.com*
- *Site : IFSU CCM – Centre Hospitalier – BP 189 – 71307 Montceau Les Mines*

Constitution du dossier d'inscription aux épreuves de sélection :

1°	Fiche d'inscription du candidat (imprimé A) complétée, datée et signée
2°	Photocopie recto-verso d'une pièce d'identité en cours de validité, lisible
3°	Tableau récapitulatif de l'expérience professionnelle (imprimé B) complété, indiquant la liste des emplois successifs exercés (indiquer l'adresse de l'employeur, la durée pendant laquelle ces emplois ont été occupés et la quotité de travail...)
4°	Photocopie(s) de votre ou vos certificat(s) de travail ou attestation(s) employeur(s) justifiant au minimum de 3 ans d'activité professionnelle à la date d'inscription aux épreuves de sélection sur chaque document fourni, devront être mentionné(s) : la nature de l'emploi occupé, la ou les périodes d'emploi (du... au...) ainsi que la durée hebdomadaire (ex. 35 h/semaine, 50 % ...). Si le certificat de travail ne mentionne pas la durée hebdomadaire de travail, il peut être accompagné du contrat de travail correspondant. Les contrats de travail seuls ne seront pas acceptés comme justificatifs.
5°	Photocopie(s) de vos attestations de formations continues
6°	Photocopie du ou des diplômes et/ou titres détenus et /ou autorisation ARS
7°	Curriculum vitae
8°	Si situation de handicap : Attestation MDPH
9°	Lettre de motivation
10°	2 enveloppes autocollantes blanches - format 11 x 22 - libellées à vos nom et adresse, et timbrées au tarif en vigueur pour 20 g
11°	Un chèque bancaire d'un montant de 100 € correspondant aux droits d'inscription au concours, libellé à l'ordre du TRESOR PUBLIC
12°	Attestation CNIL (en pièce jointe)

DEUX EPREUVES DE SELECTION :

1 : Un entretien portant sur l'expérience professionnelle du candidat :

Durée : 20 min

Noté sur 20 points

Il s'appuie sur la remise d'un dossier permettant d'apprécier l'expérience professionnelle, le projet professionnel et les motivations du candidat ainsi que ses capacités à valoriser son expérience professionnelle.

2 : Une épreuve écrite notée sur 20, comprenant :

Une sous-épreuve de rédaction et/ou de réponses à des questions dans le domaine sanitaire et social :

Durée : 30 min

Notée sur 10

Elle doit permettre d'apprécier, outre les qualités rédactionnelles des candidats, leurs aptitudes au questionnement, à l'analyse et à l'argumentation ainsi que leurs capacités à se projeter dans leur futur environnement professionnel

Une sous-épreuve de calcul simple :

Durée : 30 min

Notée sur 10

Elle doit permettre d'apprécier les connaissances en mathématiques des candidats

Une note inférieure à 8/20 à l'une des deux épreuves est éliminatoire

Pour être admis, le candidat doit obtenir un total d'au moins 20 / 40 aux 2 épreuves.

Pour information : Les candidats ayant réussi l'examen de pré-sélections 2017 ou 2018, sont dispensés de la sous-épreuve de rédaction et/ou réponse à des questions dans le domaine sanitaire et social.

Dérogation :

Le bénéfice d'une autorisation d'inscription dans la formation n'est valable que pour l'année universitaire pour laquelle le candidat a été admis. Par dérogation, le directeur de l'établissement accorde, pour une durée qu'il détermine, dans la limite cumulée de 3 ans, un report pour l'entrée en scolarité dans son établissement :

- de droit en cas de congé pour cause de maternité, de rejet du bénéfice de la promotion professionnelle ou sociale, de rejet d'une demande de congé de formation, de rejet d'une demande de mise en disponibilité ou pour garde d'un enfant de moins de quatre ans.
- de façon exceptionnelle, sur la base des éléments apportés par l'étudiant justifiant de la survenance d'un évènement grave l'empêchant d'initier sa formation.

NB : Pour les candidats titulaires du baccalauréat ou de l'équivalence de ce diplôme, l'admission définitive est conditionnée à la production d'une attestation signée de désinscription ou de non-inscription sur la plateforme PARCOURSUP

TABLEAU RECAPITULATIF DE L'EXPERIENCE PROFESSIONNELLE

Liste des emplois successifs exercés (imprimé B)

Dates (du contrat de travail le plus récent au plus ancien)	Nom + adresse de l'entreprise	Nature de l'emploi occupé	Quotité de travail (ex. 100 %, 90 %, 50 %...)	Nombre d'heures effectuées sur cette période
TOTAL D'HEURES :				

Sur la durée minimum de trois ans à la date d'inscription

RAPPEL : joindre obligatoirement les justificatifs des emplois occupés (certificats de travail)

Pour information : en cas de réussite aux épreuves, dossier médical à fournir à l'inscription d'août 2019.

DOSSIER MEDICAL



VACCINATIONS ET RADIOLOGIE PULMONAIRE

Votre entrée à l'IFSI-IFAS de la CCM ne sera autorisée qu'à réception au plus tard le 1^{er} jour de la rentrée :

- ✓ **D'un certificat médical émanant d'un médecin agréé** (liste disponible sur le site de l'ARS) attestant que « votre état de santé est compatible avec l'exercice de la profession d'infirmier ou d'aide-soignant ».
- ✓ **Du compte-rendu de la radiologie pulmonaire** de moins d'un an (obligatoire).
- ✓ **Du Passeport-Santé** (FOR- 257, au verso) dûment complété.

A fournir OBLIGATOIREMENT, avant votre premier stage (pour pouvoir poursuivre la formation) :

Conformément à l'arrêté du 02/08/2013, pris en application de l'article L-311-4 du Code de la Santé Publique, vous devez apporter une preuve d'immunisation.

- ✓ **Fournir une attestation médicale de vaccinations contre :**
 - La diphtérie,
 - Le tétanos,
 - La poliomyélite,
 - La tuberculose (vaccination par le BCG : obligation et modalités pour les élèves et les étudiants définies dans les articles L. 3112-1, R. 3112-1 et R. 3112-2 du Code de la Santé Publique)
- ✓ **Fournir la preuve d'immunisation contre l'HEPATITE B :** présenter les résultats biologiques attestant la présence d'Ac anti-Hbs au taux efficace.
Concernant la vaccination contre l'hépatite B, **aucune dérogation n'est possible à l'obligation vaccinale** pour les élèves et étudiants souhaitant s'engager dans des formations médicales, pharmaceutiques et paramédicales.

Vaccinations recommandées pour ces professionnels de santé :

- Rubéole (pour les femmes)
- Coqueluche
- Rougeole
- Varicelle
- Grippe saisonnière

Institut de formations Montceau- Le Creusot		PASSEPORT SANTE ETUDIANT		FOR-257
				Version : 1
				MAJ : 13/07/2017

NOM :

DATE DE NAISSANCE :

NOM D'USAGE :

FORMATION : Aide-Soignante

PRENOM :

Infirmière

VOUS DEVEZ ETRE A JOUR DE VOS VACCINS :

<u>B.C.G</u> (N.B : l'obligation de revaccination par le B.C.G a été Supprimée) Date :	<u>TUBERTEST</u> (de moins de 3 mois à 5U de Tuberculine) Test de référence (art. R3112-1 et R3112-2CSP) Date :	<u>Résultat en millimètres</u>
DIPHTERIE – TETANOS – POLIO : Dates : (NB : dernier rappel de moins de 10 ans)		
1 ^{ère} injection : 2 ^{ème} injection : 3 ^{ème} injection :	1 ^{er} rappel :	
HEPATITE B dates : (NB : vaccin complet : 2 injections à 1 mois, rappel à 6 mois)		
1 ^{ère} injection : 2 ^{ème} injection : 3 ^{ème} injection :	Rappels éventuels :	
SEROLOGIE DE L'HEPATITE B (Anticorps anti-HBs) OBLIGATOIRE (NB : un taux d'anticorps supérieur à 100UI/l est considéré comme protecteur, si compris entre 10 et 100, l'antigène doit être négatif) voir fiche au verso. DATE :		
Résultat (UI/l) :		
Lecture cliché pulmonaire interprété – datant de moins de 3 mois, ne présentant pas de contre-indication à la fonction infirmière et/ou aide-soignante. OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		

Fait le :

Signature et cachet du Praticien

Institut de formations Montceau-Le Creusot		ATTESTATION CNIL		FOR-228
				Version : 2
				MAJ : 20/06/2017

L'affichage des résultats de l'admissibilité et de l'admission aux épreuves de sélection à l'Institut de **F**ormation en **S**oins **I**nfirmiers et l'Institut de **F**ormation **A**ides-**S**oignants de la CCM paraîtra sur le site Internet de l'**IFSI-IFAS**.

Selon la CNIL¹, le droit de regard sur ses propres données personnelles vise aussi bien la collecte des informations que leur utilisation. Ce droit d'être informé est essentiel car il conditionne l'exercice des autres droits tels que le droit d'accès ou le droit d'opposition.

« Toute personne a la possibilité de s'opposer, pour des motifs légitimes, à figurer dans un fichier ».

A ce titre, il vous est demandé de **cocher la réponse qui vous convient** ci-dessous :

- J'accepte** que mon nom figure sur une liste des candidats diffusée sur le site Internet de l'IFSI-IFAS de la CCM
- Je refuse** que mon nom figure sur une liste des candidats diffusée sur le site Internet de l'IFSI-IFAS de la CCM.

NOM (de jeune fille, suivi du nom d'épouse) - **Prénom** :

Date : __ / __ / 20 __

Signature,

¹ Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.



Photo

FICHE INSCRIPTION 2019 (imprimé A)

CANDIDATS DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE – HORS AS/AP

AYANT UNE EXPERIENCE PROFESSIONNELLE MINIMUM DE 3 ANS
TOUT DOMAINE CONFONDU
TITULAIRES OU NON DU BACCALAUREAT

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

NOM PATRONYMIQUE : NOM D'USAGE :

Prénom(s) :

Date de naissance : / / Lieu de naissance :

Nationalité :

Sexe : féminin masculin

ADRESSE :

Code postal : Ville :

N° téléphone fixe : N° téléphone portable :

Adresse mail :@.....

Situation de handicap : oui non

SITUATION AU MOMENT DE L'INSCRIPTION

Activité professionnelle : oui non
Si oui
laquelle :

Demandeur d'emploi : oui non
Si oui, n° d'identifiant :

Autre :
.....

Baccalauréat : Série : Année :
.....

Diplôme de l'enseignement supérieur : oui non
Si oui
lequel :

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

A Le

SIGNATURE du CANDIDAT :