

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS
Centre Hospitalier de Libourne

DOSSIER D'INSCRIPTION
ADMISSION RENTREE 2020

Important : Cette pré-inscription concerne exclusivement les candidats relevant de la formation professionnelle continue dont les candidats titulaires du diplôme d'Etat d'aide-soignant ou du diplôme d'Etat d'auxiliaire de puériculture, en référence à l'arrêté du 13/12/2018 modifiant l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier.

Début des inscriptions : 6 janvier 2020
Clôture des inscriptions : 21 février 2020

Tout dossier incomplet, non conforme (illisible...) ou adressé après la date de clôture ne sera pas traité (le cachet de la poste faisant foi).

Pré-inscription en ligne et téléchargement du dossier d'inscription sur le site
IFSI CENTRE HOSPITALIER DE LIBOURNE www.ch-libourne.fr (rubrique formation)

Contact :
IFSI CH LIBOURNE
HOPITAL GARDEROSE
70 Rue des Réaux
33500 Libourne
05.57.25.49.16

Email : secretariat.ifsi@ch-libourne.fr

SOMMAIRE

✓ Calendrier des épreuves	page 3
✓ Inscription	page 3
✓ Candidats relevant de la formation professionnelle continue dont candidats aides-soignants ou auxiliaires de puériculture	page 4
✓ Prise en charge financière des études	page 6
✓ Information importante : vaccinations obligatoires	page 7
✓ Annexe	
Certificat médical de vaccinations	page 8
✓ Fiche d'inscription	page 9
Candidats relevant de la Formation Professionnelle Continue (dont Aides-soignants ou Auxiliaires de puériculture)	

CALENDRIER DES EPREUVES

Épreuves écrites	30 mars 2020 à partir de 10h00
Et entretien	A partir de 13h00

INSCRIPTION

14 IFSI constituent le regroupement de conventionnement avec l'université de Bordeaux (Cf : Liste des 14 IFSI sur site IFORM). Dans ce contexte, vous devez formaliser votre inscription aux épreuves auprès de l'IFSI d'admission de votre choix. Vous ne pouvez vous inscrire que dans l'un des 14 IFSI du regroupement de l'Université de Bordeaux.

Modalités inscriptions IFSI de Libourne :

⇒ **Après la pré-inscription en ligne, le dossier d'inscription version papier est à retourner **COMPLET par voie postale** et au plus tard le **vendredi 21 février 2020** (cachet de la poste faisant foi) à :**



Secrétariat IFSI Centre Hospitalier de Libourne – Hôpital Garderose
70 rue des Réaux – 33500 Libourne

⇒ **Frais d'inscription au concours : 120€ (ne seront pas remboursés en cas de désistement et/ou d'absence aux épreuves ou tout autre motif).**

⇒ **Nombre de places** 33% (à confirmer) de 95 places sous couvert de report
⇒ **Date de pré-rentrée :** **semaine 35** (la date sera précisée ultérieurement)
présence obligatoire, rentrée le 1^{er} septembre 2020

CANDIDATS RELEVANT DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE CONTINUE DONT AIDES-SOIGNANTS ET/OU AUXILIAIRES DE PUERICULTURE

(Arrêté du 13 décembre 2018 modifiant l'arrêté du 31 Juillet 2009 modifié relatif au diplôme d'Etat d'infirmier)

Conditions requises :

Les candidats **doivent justifier de 3 ans d'exercice professionnel** en équivalent **temps plein** à la **date d'inscription aux épreuves de sélection, soit 4821 heures.**

Constitution du dossier :

Fiche d'inscription à remplir en lettres capitales (ne pas plier).



*La rubrique diffusion des résultats sur Internet **non renseignée** vaut **accord** de diffusion.*

- Une photocopie d'une pièce d'identité recto/verso en cours de validité : Carte d'Identité ou Passeport (le permis de conduire n'est pas recevable),
- Une photocopie des diplômes détenus,
- Un** certificat du ou des employeurs attestant de l'exercice professionnel de l'intéressé **de 3 ans précisant le temps de travail,**



Pour les salariés intérimaires ou multi-employeurs, **fournir une attestation unique par employeur (bulletins de salaires non acceptés),**

- Les attestations de formations continues,
- Un curriculum vitae,
- Une lettre de motivation,
- 2 enveloppes auto-adhésives format 23X16 cm ou 1/2 A4 libellées à vos nom et adresse, affranchies au tarif en vigueur 20 g (rapide) en recommandé avec accusé de réception,
- Un chèque de 120 € libellé à l'ordre du Trésor Public, montant des droits d'inscription au concours,
- 1 carte postale timbrée (tarif normal) à vos nom et adresse qui vous sera retournée pour accuser réception de votre dossier. Le contenu sera contrôlé ultérieurement.

Les épreuves de sélection (*)

1° Un entretien de vingt minutes (*) noté sur 20 points, portant sur l'expérience professionnelle du candidat. 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, (cf : pièces constituant le dossier).

2° Une épreuve écrite notée sur 20 points. Elle est d'une durée totale d'une heure répartie en temps égal entre chaque sous-épreuve. La sous-épreuve de rédaction et/ou de réponses à des questions dans le domaine sanitaire et social, est notée sur 10 points. Elle doit permettre d'apprécier, outre les qualités rédactionnelles des candidats, leurs aptitudes au questionnement, à l'analyse et à l'argumentation ainsi que leur capacité à se projeter dans leur futur environnement professionnel. La sous-épreuve de calculs simples est notée sur 10 points. Elle doit permettre d'apprécier les connaissances en mathématiques des candidats.

Une note inférieure à 8/20 à l'une des deux épreuves prévues au 1° et 2° du présent article est éliminatoire. Pour être admis, le candidat doit obtenir un total d'au-moins 20 sur 40 aux épreuves mentionnées aux 1° et 2°.

Pour les candidats titulaires du baccalauréat ou de l'équivalence de ce diplôme admis aux épreuves mentionnées aux 1° et 2°, l'admission définitive est conditionnée à la production d'une attestation signée de désinscription ou de non-inscription sur la plateforme de préinscription prévue à l'article D. 612-1 du code de l'éducation.

(*) à confirmer

PRISE EN CHARGE FINANCIERE DES ETUDES

Frais annuels de formation : non remboursables (à titre indicatif, tarifs au 01/07/2019).

	Etudiant en formation initiale ⁽¹⁾	Candidat relevant de la formation continue ⁽²⁾
Droits d'inscription	170,00 € (*)	
Frais pédagogiques	7 500,00 € (*)	
Tenues vestimentaires Petit matériel	80 € (*)	
Contribution vie étudiante CVEC	91 € (*)	
Autres	Sur facturation et facultatif en fonction de la réglementation en vigueur.	

* Montants susceptibles de modifications

(1) Sont considérés « Etudiant en formation initiale » :

- Demandeurs d'emploi inscrits à Pôle Emploi (cf : fiche inscription, attestation à fournir)
- Dans le cas d'une rupture conventionnelle de contrat le candidat doit justifier d'un refus de prise en charge financière et être inscrit à Pôle Emploi (cf : fiche inscription, attestation à fournir)
- Bénéficiaires du RSA

(2) Sont considérés candidats relevant de la formation continue :

- Les candidats en reconversion professionnelle salariés ou non

Dans ce contexte trois modes de financement existent :

- La promotion professionnelle : dossier à constituer auprès de votre employeur
- La prise en charge par un organisme financeur du type CIF (Fongecif, ANFH...)
- L'autofinancement : vous financez vous-même vos études. Vous signez alors une convention de formation vous engageant financièrement

INFORMATION IMPORTANTE

L'admission définitive est subordonnée à des vaccinations obligatoires :

Au plus tard le jour de la rentrée, il est exigé **un certificat médical (cf. annexe)** de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France (cf. article 44 de l'arrêté du 21 avril 2007 modifié).

Ne pourront être admis en stage d'octobre, que les étudiants pouvant justifier des deux premières doses relatives à la vaccination contre l'hépatite B, sachant qu'il faut 1 mois entre chaque injection.

Pour toutes les vaccinations, en plus de la fiche médicale, des justificatifs ou photocopies du carnet de santé devront être fournis.

N'attendez pas les résultats du concours, faites vérifier vos vaccins par un médecin car être correctement vacciné peut prendre plusieurs mois et compromettre la mise en stage.

→ Ne pourront être admis à poursuivre la formation les étudiants dont le dossier administratif est incomplet.

ANNEXE



- Inscription des étudiants en santé - Fiche médicale à valider par un médecin

Filière universitaire : NOM : NOM de jeune fille :
 Médecine Prénom : Date de naissance : .. / .. / ..
 Odontologie Tél. : Email :
 Pharmacie Département de naissance : Code postal lieu de résidence :
 Sage-femme ou Institut de formation : Commune de naissance ou pays si né(e) à l'étranger :

Avant votre entrée en formation, vous devez apporter la preuve que vous êtes vacciné(e) contre différents risques infectieux. Si vous n'êtes pas à jour des vaccinations obligatoires, vous ne serez pas autorisé(e) à aller en stage. Les tableaux suivants devront être complétés par votre médecin sauf si le carnet de vaccination électronique a été créé sur www.mesvaccins.net et validé par un médecin. Cette fiche devra être communiquée, avec les résultats**, en même temps que votre dossier d'inscription (article L3111.4 du Code de la Santé Publique).

Si carnet de vaccination électronique créé et validé par un médecin : code de partage
 Le médecin n'a rien de plus à compléter. Joindre uniquement les résultats demandés sous pli confidentiel.

Diphtérie-Tétanos-Polio (dTP)* / Diphtérie-Tétanos-Polio-Coqueluche (dTPca)

Rappel dTPca si un vaccin coquelucheux n'a pas été administré dans les 5 dernières années (respecter un délai de 1 mois après le dernier dTP). Lors des rappels à âge fixe (25, 45 et 65 ans), sera réalisé systématiquement un dTPca.

Dernier rappel dTP => Date : .. / .. / Nom : Dernier rappel dTPca => Date : .. / .. / Nom :

Hépatite B*

Rappel des conditions d'immunisation :
 1) Ac anti-HBs > 100 UI/l (quel que soit l'historique vaccinal et l'ancienneté des résultats)
 2) Ac anti-HBs ≥ 10 UI/l et Ac anti-HBe négatif (si schéma vaccinal complet)
 Joindre les résultats**

- Première dose => Date : .. / .. / Nom :
- Deuxième dose => Date : .. / .. / Nom :
- Troisième dose => Date : .. / .. / Nom :
- Injections supplémentaires => Date : .. / .. / Nom :
- => Date : .. / .. / Nom :
- => Date : .. / .. / Nom :

Attention !! Stratégie vaccinale en période de pénurie : se référer à l'avis du Haut Conseil de la Santé Publique du 14/02/2017 (cf. algorithme décisionnel - page 19). En savoir plus sur la pénurie de vaccins : www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr

Rougeole-Oreillons-Rubéole (ROR)

- Première dose => Date : .. / .. / Nom :
- Deuxième dose => Date : .. / .. / Nom :

Varicelle

- Antécédent de maladie
- Pas d'antécédent ou doute

Si pas d'antécédent ou doute => Sérologie à faire
 Joindre le résultat**

Si sérologie négative => Vaccination recommandée

- Première dose => Date : .. / .. / Nom :
- Deuxième dose => Date : .. / .. / Nom :

Méningocoque C

Une seule injection recommandée jusqu'à l'âge de 24 ans inclus => Date : .. / .. / Nom :

Tuberculose* En période de pénurie : pas de vaccination (cf. avis du HCSP du 18/04/2016 et 10/03/2017)

BCG

=> Date : .. / .. /

Test tuberculinique (IDR)

Une valeur de référence post-vaccinale est indispensable

- Taille de l'induration en mm :

Je, soussigné Dr _____ certifie que les renseignements inscrits ci-dessus sont exacts.

Fait le : _____ Signature et cachet du praticien :

* Obligatoire

**Nous vous rappelons que tous les éléments demandés doivent être joints sous pli confidentiel.

FICHE D'INSCRIPTION 2020 FORMATION PROFESSIONNELLE/AS/AP Institut de Formation en Soins Infirmiers CH LIBOURNE

NOM DE NAISSANCE : _____

Prénom : _____

Nom d'USAGE : _____

Date et lieu de naissance : _____ à _____

Statut actuel (obligatoire) : . Salarié oui non CDI CDD secteur public privé

Nom et adresse de l'employeur : _____

. Demandeur d'emploi (attestation à fournir)

N° identifiant : _____

Dans quelle région êtes-vous inscrit(e) au pôle emploi :

Sexe : F M

Nationalité :

Cadre réservé à l'IFSI

Photocopie d'une pièce d'identité (R/V) en cours de validité

Photocopie titres, diplômes

Paiement (120 €)

2 Enveloppes 23/16 (libellées noms & adresse, timbrées tarif en vigueur en recommandé avec AR)

1 carte postale (libellée noms & adresse, timbrée tarif en vigueur)

DATE DE RECEPTION DU DOSSIER D'INSCRIPTION :

..... / /

Demande Tiers-temps (attestation CDDPAH jointe)

ADRESSE

(où le candidat peut être joint) : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Adresse mail : _____ @ _____
(écrire lisiblement en MAJUSCULES)

Portable (Obligatoire) :

Fixe (Obligatoire):

TITRE D'INSCRIPTION pour présenter les épreuves de sélection (ne cocher qu'une seule case)

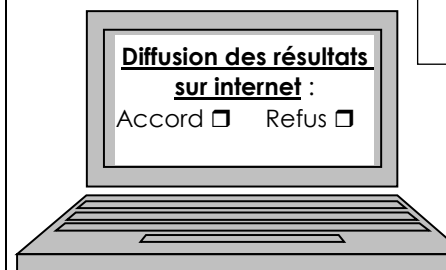
3 ans d'exercice professionnel obligatoire (soit 4821 heures)

Baccalauréat, Série _____, année _____

Numéro INE : _____

Diplôme d'état d'aide-soignant, année..... 3 ans d'exercice professionnel (soit 4821 heures)

Diplôme d'état d'auxiliaire de puériculture, année..... 3 ans d'exercice professionnel (soit 4821 heures)



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

A _____, le _____, Signature

