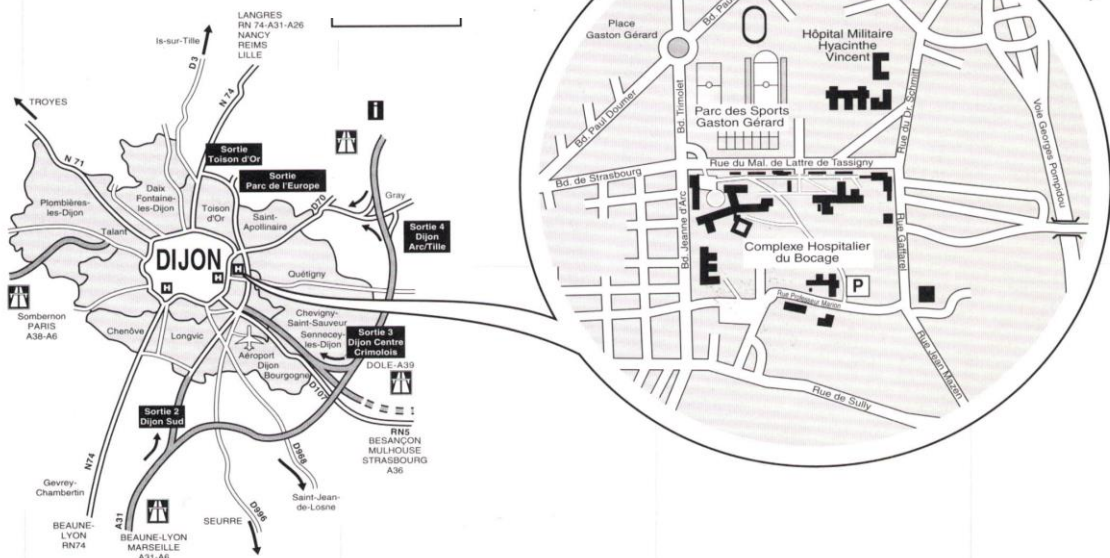


DOSSIER D'INSCRIPTION AU CONCOURS

PLAN D'ACCES AU

COMPLEXE HOSPITALIER DU BOCAGE



ELEMENTS DU DOSSIER D'INSCRIPTION

Pièces à fournir

- **Le dossier d'inscription au concours d'entrée dûment rempli** (cf. pièce jointe).
- **Une lettre manuscrite de demande d'inscription au concours**
- **2 photos d'identité** format 3,5 x 4,5 (dont une à coller sur le dossier d'inscription).
- **Une copie d'une pièce d'identité** en cours de validité (recto / verso).
- **Une copie des diplômes**
 - Pour les étudiants I.F.S.I :***
 - Scolaire et Universitaire
 - Certificat de scolarité de dernière année d'étude
 - Pour les professionnels :***
 - Scolaire et Universitaire
 - **Copie du(des) numéro(s) d'enregistrement** de votre(vos) diplôme(s) (**numéro ADELI** donné par l'ARS de votre région)
- **Une copie de l'Attestation de Formation aux gestes et Soins d'Urgence (AFGSU) niveau II (valide)**
- **Une attestation de prise en charge ou de demande de prise en charge des frais de scolarité pour l'année de formation d'infirmière puéricultrice** par l'employeur ou l'organisme de financement concerné ou, à défaut, un engagement sur l'honneur du candidat à régler les frais de scolarité (cf. pièce jointe).
 - Diplôme d'Etat infirmier < 1an : 7000€
 - Diplôme d'Etat infirmier > 1an et 1 jour : 9000€
- **Un chèque de 95 €, non remboursable**, en règlement des frais de dossier et de sélection, libellé à l'ordre de « Trésorerie Principale du CHU de Dijon »
- **Un certificat médical** délivré par votre médecin traitant ou la Médecine du travail, récent, indiquant les vaccinations obligatoires pour les professionnels de santé (arrêtés du 6 mars 2007 et 2 août 2013).

**Date de dépôt de dossier (cachet de la poste faisant foi)
entre le 20 décembre 2019 et le 28 février 2020**

**En raison des formalités administratives il est recommandé
aux candidats des DOM-TOM d'envoyer le dossier avant
le : 21 février 2020**

Aucun dossier ne sera pris en compte au-delà de ces dates.

Sera à fournir au moment de la confirmation d'entrée à l'école :

- Une copie de l'attestation de Droits de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- Un certificat médical émanant d'un médecin agréé « attestant l'aptitude physique et l'absence de contre-indication au suivi de la formation »
- 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

/! Notre établissement de rattachement exige la vaccination de la Rougeole et de la Coqueluche

ACTIVITE PROFESSIONNELLE ACTUELLE :**Nom de l'établissement employeur :****Tél. :**

N° et Rue :

Code postal et ville :

- Nom du Site dans lequel vous exercez (si différent de celui ci-dessus) :

- Adresse :

Tél. :

Fonction :

Service :

Tél. :

Fax. :

E-mail :

Secteur : **Public** Hospitalier Territorial Education Nationale
 Privé
 Autre

EXPERIENCE PROFESSIONNELLE

| DATE ET EMPLOI | DUREE | NOM ET ADRESSE EMPLOYEUR | TYPE DE SERVICE ET ACTIVITE |
|-----------------------|--------------|---------------------------------|------------------------------------|
| | | | |

SUJETS DE MEMOIRE IFSI ; PUBLICATION D'ARTICLE (MEME PROFESSIONNELLE) ET AUTRES

STAGES REALISES EN IFSI (Si formation initiale inférieure à 2 ans)

| LIEU DE STAGE | DUREE |
|---------------|-------|
| | |

ACTIVITES EXTRA PROFESSIONNELLES

Notez les activités extra-professionnelles en lien avec l'enfant

AVEZ-VOUS DEJA PASSE LE CONCOURS D'ENTREE D'IPDE ?OUI NON

– Nom de l'école :

– Année(s) du ou des concours :

ETES-VOUS INSCRIT(E)S DANS UNE OU AUTRES ECOLES POUR PASSER LE CONCOURS D'IPDE :

Etes-vous inscrit(e)s dans une ou d'autres écoles :

OUI NON

Si oui, laquelle (lesquels) ?

AUTORISATION DE DIFFUSION DES RESULTATS (ECRIT – ORAL)

Je soussigné(é) :

- Accepte que mon nom figure sur internet
- N'accepte pas que mon nom figure sur internet

Je certifie l'exactitude des renseignements portés sur ce dossier de candidature :

Date :

NOM – Prénom :

Signature :



I.F.P.S
ECOLE REGIONALE
D'INFIRMIERES PUERICULTRICES



**SELECTION D'ENTREE A L'ECOLE D'INFIRMIERE PUERICULTRICE DE
 DIJON**

**ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE
 DES FRAIS DE SCOLARITE DE LA FORMATION**

| Par l'employeur ou l'organisme de financement | Par le candidat n'ayant pas de prise en charge |
|---|---|
| Frais de scolarité : Diplôme d'Etat infirmier < 1an : 7000 € Diplôme d'Etat infirmier > 1 an + 1 jour : 9000€ | Frais de scolarité : Diplôme d'Etat infirmier < 1an : 7000 € Diplôme d'Etat infirmier > 1 an + 1 jour : 9000€ |
| Etablissement : Je soussigné(e) : Qualité : Atteste que : Mme / M. : Cochez une seule case : <input type="checkbox"/> A déposé une demande de prise en charge des frais de scolarité auprès de notre établissement <input type="checkbox"/> Sera pris(e) en charge par l'établissement pour les frais de scolarité afférents à cette formation, sous réserve de son admission à la formation d'infirmière puéricultrice <input type="checkbox"/> A fait une demande de prise en charge des frais de scolarité auprès de l'organisme suivant : <input type="checkbox"/> Ne sera pas pris(e) en charge par l'établissement Date : Signature et cachet de l'établissement : | Je soussigné(e) : M'engage sur l'honneur, en cas d'admission à la formation d'infirmière puéricultrice, à régler la totalité des frais de scolarité afférents à cette formation Date : Signature du candidat : |