

CALENDRIER DU CONCOURS 2025

2 janvier au 15 février 2025 : Inscriptions au concours.

Réunion d'informations concours 2025 :

Vendredi 17 janvier 2025 de 14h à 15h30 – Salle à préciser

- ◆ Échanges avec des étudiants de la promotion en cours (si possible).
- ◆ Précision des objectifs de l'épreuve d'admissibilité et d'admission.
- ◆ Présentation synthétique du déroulement de la formation de l'Institut.
- ◆ Réponses aux demandes d'information des candidats.

Jeudi 23 janvier 2025 : Information jury plénier de 14h00 à 15h30

- ◆ Objectifs et critères d'évaluation de l'épreuve écrite 2025.
- ◆ Modalités de correction.

Lundi 3 mars 2025 de 13h30 à 17h30 :

Epreuve d'admissibilité au grand amphithéâtre du Campus Paramédical (bâtiment Campus 1).

Appel des candidats à 13h. Surveillance assurée par l'équipe pédagogique de l'I.F.C.S.

Jeudi 20 mars 2025 : Réunion de jury de 14h00 à 15h30, à l'IFCS :

- ◆ Liste des candidats admissibles.
- ◆ Critères d'évaluation de l'épreuve orale.
- ◆ Finalisation de l'organisation de l'épreuve orale.

** Affichage de la liste des candidats admissibles à 17h.*

** Diffusion des résultats sur le site internet*

<https://campus-paramedical.chu-dijon.fr/Filiere/cadres-de-sante/>

Envoi des dossiers personnalisés au plus tard le lundi 31 mars 2025 (cachet de la poste faisant foi).

Du lundi 7 au vendredi 18 avril 2025 inclus : Epreuve d'admission.

Lundi 5 mai 2025 : Réunion du jury plénier de 14h00 à 15h30 :

- ◆ Liste des candidats admis.
- ◆ Bilan de la sélection.

Mardi 13 mai 2025 : Affichage et envoi des résultats de l'admission

** Affichage de la liste des candidats admis à 10h.*

** Diffusion des résultats sur le site internet*

<https://campus-paramedical.chu-dijon.fr/Filiere/cadres-de-sante/>



DOSSIER D'INSCRIPTION

Pièces à fournir

- Le dossier d'inscription de l'Institut dûment rempli (*cf. pièce jointe*).
- Un courrier 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
 - généraux
 - professionnels **et** également :
 - Pour les infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes : copie de l'identifiant RPPS (Répertoire Partagé des Professionnels de Santé). Une capture d'écran depuis le site de l'ONI est acceptée. **Attention : N° RPPS différent du N° ordinal**
 - Pour les autres professions : copie de l'attestation d'inscription au répertoire Adeli (numéro ADELI donné par l'ARS de votre région).
- Une attestation de l'employeur, ou des employeurs, justifiant des quatre années d'exercice :

IMPORTANT : Le pourcentage de temps de travail doit impérativement être mentionné.

Pour les candidats exerçant dans le secteur libéral, 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, et tout autre document permettant de justifier des modes d'exercice.

- Une attestation de prise en charge ou de demande de prise en charge des frais de scolarité pour l'année de formation cadre 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*).
- Un chèque de 120 €, non remboursable, en règlement des frais de dossier et de sélection, libellé à l'ordre de « Trésorerie des Hôpitaux de Côte d'Or ».

**Date de dépôt de dossier (cachet de la poste faisant foi)
entre le 2 janvier et le 15 février 2025.**

Aucun dossier ne sera pris en compte au-delà de cette date.

**En raison des formalités administratives, il est recommandé
aux candidats des DOM-TOM de s'inscrire
avant le 7 février 2025.**

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

- Une copie de l'attestation de droit 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



DOSSIER D'INSCRIPTION

à retourner sous forme papier entre le 2 janvier et le 15 février 2025

Madame Monsieur

NOM de NAISSANCE :

NOM (d'usage) :

PRENOM :

DATE de NAISSANCE :

LIEU :

NATIONALITE :

SITUATION FAMILIALE :

NOMBRE D'ENFANTS :

NUMERO de SECURITE SOCIALE : | | | | | | | | | | | | | | | | | |



ADRESSE PERSONNELLE :

N° : Rue :
Code Postal : Commune :
Tél. : Tél. Portable :
E-mail : @

DIPLOMES PROFESSIONNELS* :

- IDE Spécialisation : IADE IBODE PUER
 ISP
 MERM MK PPHAR TLM

IDE = Infirmier ISP = Infirmier de Secteur Psychiatrique
MERM = Manipulateur en Electroradiologie Médicale
MK = Masseur Kinésithérapeute
PPHAR = Préparateur en Pharmacie
TLM = Technicien de Laboratoire Médical

Institut où a été effectué : - la formation initiale :
- la spécialisation éventuelle :

* Indiquer la date d'obtention du diplôme

Cadre réservé à l'IFCS
Courier demande inscription
2 photos d'identité
Copie pièce d'identité
Copie(s) diplôme(s) + N° Adeli ou Identifiant RPPS
Attestation(s) employeur(s)
Attestation prise en charge
Chèque de 120 Euros

A fournir à l'entrée en formation :
Copie attestation carte vitale
Certificat médical médecin agréé
Certificat médical vaccinations

DIPLOMES ET ETUDES :

– UNIVERSITAIRES :

Domaine(s)	Niveau

– AUTRES (Baccalauréat, BEP, ...) :

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. :

E-mail :

Nom du Directeur de Soins :

Tél. :

E-mail :

Etablissement de santé : **Public** **Hospitalier** **Territorial** **Education Nationale** **Armée** **Privé d'intérêt collectif** **Privé** **Associatif** **Libéral** **Autre**

RESPONSABILITES ASSUMÉES : (Précisez leur nature)

– dans le cadre professionnel :

– dans le cadre extra professionnel :

Année / Durée

FORMATION PROFESSIONNELLE CONTINUE :

Intitulé(s) :

Année / Durée

PREPARATION AU CONCOURS D'ENTREE A L'I.F.C.S :

Année(s)	Organisme(s)	Nombre d'heures

CONCOURS D'ENTREE EN I.F.C.S :

Avez-vous déjà passé un concours d'entrée ? OUI NON

– Nom du ou des I.F.C.S. :

– Année(s) du ou des concours :

INSCRIPTION DANS D'AUTRES I.F.C.S :

Etes-vous inscrit(e)s dans un ou d'autres I.F.C.S. OUI NON

Si oui, lequel(lesquels) ?

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

Nom : Qualité :

Tél :

RECAPITULATIF DU DEROULEMENT DE LA CARRIERE (remplir la page suivante)

ACCESSIBILITÉ : Demande particulière : OUI NON

Pour les personnes en situation de handicap qui souhaiteraient en faire part à l'institut de formation, nous vous invitons à prendre contact avec un référent Handicap afin d'envisager les aménagements possibles pour participer à la sélection et/ou pour suivre la formation, dans les meilleures conditions possibles :

campusp.handicap@chu-dijon.fr

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

Date :

NOM - Prénom :

Signature :

RECAPITULATIF DU DEROULEMENT DE LA CARRIERE

Conformément à l'Arrêté du 16 août 1999 modifiant l'arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé : « *Le candidat doit avoir exercé pendant au moins 4 ans à temps plein ou une durée de quatre ans d'équivalent temps plein au 31 janvier de l'année des épreuves de sélection pour être admis à suivre la formation* ».

NOM et ADRESSE de l'EMPLOYEUR*	SERVICES d'affectation ¹	Fonction occupée ²	Dates précises des périodes passées dans chaque service		Durée en mois	Dates des interruptions de services supérieures à un mois		Durée en mois	TOTAL en mois exercice prof. réel équivalent temps plein
			du	au		du	au		
			../.. //.. //.. //.. /		
			../.. //.. //.. //.. /		
			../.. //.. //.. //.. /		
			../.. //.. //.. //.. /		
			../.. //.. //.. //.. /		
			../.. //.. //.. //.. /		
			../.. //.. //.. //.. /		
			../.. //.. //.. //.. /		
			../.. //.. //.. //.. /		

* Débuter à partir de l'obtention de votre diplôme d'Etat.

¹ Indiquer la discipline : médecine, chirurgie ou spécialité.

² Ajouter la quotité de travail = 100 %, 75 %, ...

SELECTION D'ENTREE A L'I.F.C.S. DE DIJON

ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE
DES FRAIS DE SCOLARITE DE LA FORMATION CADRE DE SANTE

Par l'employeur ou l'organisme de financement

Frais de scolarité : 13 000 €

Etablissement :

Je soussigné(e) :
Qualité :

Atteste que :

Mme / M. :

Cochez une seule case :

- A déposé une demande de prise en charge** des frais de scolarité auprès de notre établissement
- 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 Cadre de santé
- A fait une demande de prise en charge** des frais de scolarité auprès de l'organisme suivant :
- Ne sera pas pris(e) en charge** par l'établissement

Date :

Signature et cachet de l'établissement :

Par le candidat n'ayant pas de prise en charge

Frais de scolarité : 13 000 €

Je soussigné(e) :

M'engage sur l'honneur, en cas d'admission à la formation de cadre de santé, à régler la totalité des frais de scolarité afférents à cette formation

Date :

Signature du candidat :