

Fiche d'inscription aux épreuves de sélection du concours INFIRMIERS

Accès à la formation parcours spécifique 420 heures

INFORMATIONS CNIL : Les informations mentionnées dans ce document feront l'objet d'un traitement automatisé. Conformément à l'article 27 de la loi n°78 du 6 janvier 1978, chaque candidat bénéficie du droit d'accès au fichier informatique établi par le C.R.I.H. pour les informations le concernant.

CHOIX I.F.S.I.

En application à l'arrêté du 31 juillet 2009 modifié relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, vous êtes invité.e à formuler 2 choix :

I.F.S.I. PORTEUR - GIPES AVIGNON ET DU PAYS DE VAUCLUSE

Code I.F.S.I. du choix n° 1 / / / VILLE.....

Code I.F.S.I. du choix n° 2 / / / (facultatif) VILLE.....(cf notice d'information)

NOM DE NAISSANCE.....

NOM MARITAL.....

PRENOM

NATIONALITE (en toutes lettres)

DATE DE NAISSANCE / / / (JJ/MM/AAAA) ÂGE / / ANS

DEPARTEMENT / / / COMMUNE DE NAISSANCE.....

SEXE ☐ MASCULIN ☐ FÉMININ DATE D'EXPIRATION DE LA PIECE D'IDENTITE :

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE / / / / / / / / / / / / / / / /

ADRESSE.....

ADRESSE SUITE

VILLE..... CODE POSTAL / / / / /

TEL / / / / / / / / / / / / / / / / PORTABLE / / / / / / / / / / / / / / / /

MAIL (**obligatoire**).....@.....

Etes-vous en situation de handicap* ? ☐ OUI ☐ NON

EMPLOYEUR :

MAIL EMPLOYEUR (**obligatoire**).....@.....

Les résultats peuvent être diffusés sur les sites des instituts. La réglementation vous autorise à vous opposer à ce que votre nom apparaisse. Si vous n'autorisez pas la publication de votre nom dans la cadre de la diffusion des résultats seul votre numéro de candidat sera inscrit : ☐ Affichage autorisé ☐ Affichage non autorisé

Je me positionne et je coche

En cas de réussite aux épreuves de sélection FPC spécifique mais de non admission au parcours spécifique à l'issue de l'entretien de positionnement, je souhaite garder le bénéfice de cette sélection et être classé.e en report sur 2026/2027 dans la liste des admis parcours classique (admission en 1^{ère} année) dans un des 2 instituts mentionnés ci-dessus ☐ OUI ☐ NON

Je demande mon inscription

« J'atteste sur l'honneur avoir pris connaissance de la notice d'information ainsi que du règlement du regroupement, du règlement intérieur des instituts de formation du GIPES d'Avignon et m'engage à les respecter (disponible sur le site internet www.erfpp84.fr) »

- Les droits d'inscription demeurent acquis à l'institut et ne seront pas remboursés quelle que soit la cause d'empêchement éventuel à concourir, ou en cas de dossier incomplet. En cas d'annulation ou de report de l'épreuve, aucun dédommagement ne sera appliqué.
- Le/la candidat.e est tenu de passer l'épreuve au lieu indiqué sur la convocation et ne sera pas accepté.e dans un autre centre. Le/la candidat.e qui n'a pas reçu sa convocation doit impérativement contacter l'institut où il/elle s'est inscrit.e en amont des épreuves.
- Le candidat recevra sa convocation et ses résultats par mail et est tenu d'en accuser réception, un courrier simple lui sera également envoyé.

« Je soussigné.e atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document. »

Fait à.....le.....

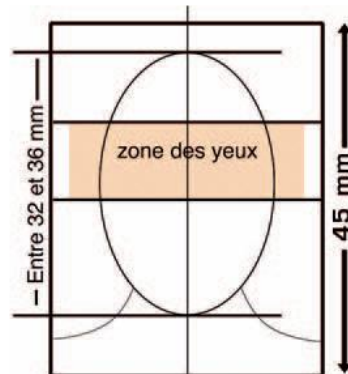
Signature (obligatoire)

INSCRIPTION
I.F.S.I.

2025
FPC
Parcours
spécifique

PIÈCES À FOURNIR

N° candidat :



- ☐ 1 photo d'identité récente
- ☐ Signature de la fiche d'inscription
- ☐ Copie recto/verso de la carte d'identité **en cours de validité** (passeport & carte de séjour acceptés) **certifiée conforme à l'originale par vous-même**. Le permis de conduire n'est pas accepté.
- ☐ Copie D.E. Aide-Soignant *
- ☐ Curriculum vitae *
- ☐ Lettre de motivation *
- ☐ Copie du **relevé de carrière** ou justificatifs de 3 ans d'expérience professionnelle *
- ☐ Copie attestation(s) employeur(s) *
- ☐ Copie AFGSU *
- ☐ Engagement écrit d'inscription au parcours spécifique (annexe jointe) *
- ☐ Frais d'inscription de **140 €** (chèque daté et signé à l'ordre de l'**Agent comptable du GIPES**) et carte bleue (au secrétariat de l'IFSI entre 13h et 16h)
- ☐ *Demande d'aménagement des épreuves si vous êtes concerné.e - formulaire téléchargeable sur notre site
- ☐ 1 enveloppe autocollante (non cartonnée) format A4 libellée à votre adresse et affranchie pour 100 g au tarif en vigueur

*Candidats répondant aux critères de l'arrêté du 3 juillet 2003 et de l'instruction du 02/08/2023. Toutes les copies doivent être « certifiées conformes à l'originale » par vous-même.

IMPORTANT : Tout dossier incomplet sera rejeté. Le secrétariat ne vous contactera pas en cas de pièces et/ou informations manquantes.

Date réception dossier :
/ / / 2/0/2/5

Dépôt du dossier uniquement au secrétariat IFSI du lundi au vendredi entre 13h et 16h et possibilité d'envoi par la poste (A privilégier) .



CONSTITUTION DU DOSSIER

Arrêté du 31 juillet 2009 modifié relatif au diplôme d'État d'infirmier
Arrêté du 3 juillet 2023 modifiant l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier
Instruction N° DGOS/RH1/2023/129 du 2 août 2023 relative à la mise en place d'un parcours spécifique d'accès en 2^{ème} année de formation en soins infirmiers pour les aides-soignants.

Année 2025



GCS AIX-MARSEILLE

IFSI porteur GIPES AVIGNON ET PAYS DE VAUCLUSE

Le dossier d'inscription complet doit être parvenu à l'IFSI porteur au plus tard le

Vendredi 31 janvier 2025

(A 23h59 cachet de la poste faisant foi)

POUR TOUS LES CANDIDATS, fournir :

- La fiche d'inscription fournie par l'IFSI porteur, dûment remplie ;
- 1 photo d'identité, nom et prénom indiqués au verso (à coller sur la fiche d'inscription) ;
- La photocopie recto verso d'une pièce d'identité en cours de validité (sauf permis de conduire) comportant la mention « *J'atteste la conformité à l'original de la présente copie* », datée et signée
- 1 enveloppe libellée à votre nom, prénom et adresse - format A4 affranchie au tarif en vigueur pour 100g
- Les droits d'inscription : lors du dépôt du dossier, les candidats doivent s'acquitter du montant des droits d'inscription aux épreuves de sélection qui s'élève à **140 Euros**, payable par chèque bancaire ou postal libellé à l'ordre de « AGENT COMPTABLE DU GIPES » ou en carte bleue au secrétariat ;
- Copie D.E. Aide-Soignant certifié conforme à l'original
- Copie du relevé de carrière ou tout autre justificatif attestant de 3 ans d'expérience professionnelle lors des 5 dernières années
- Copie(s) attestation(s) employeur(s)
- Copie AFGSU
- Engagement écrit d'inscription au parcours spécifique (annexe jointe)
- Un Curriculum vitae
- Une lettre de motivation
- Si vous êtes bénéficiaire d'un aménagement 1/3 Temps : joindre à votre dossier d'inscription le dossier de demande dûment complété.
(Imprimé de demande à télécharger sur notre site internet : www.erfpp84.fr)

Les éléments en gras sont à fournir impérativement.



**TOUT DOSSIER INCOMPLET OU RENDU HORS DÉLAI SERA REJETÉ
AUCUN DOSSIER NE SERA RESTITUÉ**

DATES IMPORTANTES

Dates des épreuves écrites : **Samedi 8 février 2025**
Date des épreuves orales : **Du 12 au 26 février 2025 inclus**
Résultats d'admission FPC : **Vendredi 28 février à 11h00**
Entretiens de positionnement : **du 5 au 18 mars 2025**

Résultats d'admission en parcours spécifique : **Jedi 20 mars 2025**

Date début de formation Parcours spécifique 420 heures : **Lundi 31 mars 2025**



ANNEXE

Modèle lettre d'engagement parcours spécifique Aide-Soignant

Je soussigné(e),

..... (*nom et prénom du candidat*), répondant aux conditions mentionnées à l'article 7 bis de l'arrêté du 31/07/2009 relatif au Diplôme d'Etat d'infirmier :

- demande à bénéficier de la dispense de la première année de formation en soins infirmiers, en raison de mon expérience et de mes compétences acquises en tant qu'aide-soignant ;
- m'engage à participer de manière active au parcours spécifique proposé (formation théorique et pratique, accompagnement spécifique assuré par l'infirmier tuteur et le référent cadre formateur en IFSI) et à intégrer la deuxième année de formation en cas de validation de cette phase préparatoire.

Salarié(e) de l'établissement de santé (*nom de l'établissement*), représenté(e) par (*nom du représentant légal*).

En termes de contribution au projet, l'établissement de santé employeur de (*nom et prénom du candidat*) identifie :

- un infirmier tuteur en charge de l'accompagnement (*nom, prénom et mail du tuteur si connaissance à l'inscription au concours*) durant les 27 mois de formation qui se dérouleront en deux temps : 3 mois de phase préparatoire puis 24 mois de scolarité,
- le cadre de santé en charge de l'évaluation annuelle du candidat (*nom, prénom, mail et téléphone du cadre référent*).

En tant que partenaire du projet, (*nom de l'établissement de santé*) pourra également l'accueillir pour le stage de 5 semaines (séquence 5) en respectant les conditions précisées dans le livret de positionnement du parcours spécifique de formation.

En cas de non validation du parcours spécifique, il est conservé le bénéfice de la sélection par la voie de la Formation Professionnelle Continue (FPC) et la possibilité d'intégrer la formation en soins infirmiers en 1^{ère} année en report pour l'année 2026/2027.

Date et signature :

Le Directeur de l'établissement de santé
ou son représentant

L'aide-soignant