DOSSIER D'INSCRIPTION 2025

SELECTION D'ADMISSION
A L'INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIMIERS

CANDIDAT RELEVANT DE LA

FORMATION PROFESSIONNELLE CONTINUE

2 Impasse Isaac Newton, 85340 Les Sables d'Olonne
Tel. : 02.85.75.74.61 / 06.14.30.64.14
Courriel : contact@ifsi.formationsante-vlo.com

Calendrier 2025 des modalités de sélection pour les candidats relevant de la formation professionnelle continue

ETAPE	DATE
Ouverture des inscriptions	Mercredi 15 janvier 2025
Date limite de réception des dossiers à l'institut	Mercredi 26 février 2025
Epreuve écrite de sélection	Mercredi 19 mars 2025
Epreuve orale de sélection	Entre le 20 mars et le 30 avril 2025
Affichage des résultats des épreuves de sélection	Vendredi 16 mai 2025
Rentrée	Lundi 1er septembre 2025

Cette voie d'admission, prévue par l'arrêté du 31 juillet 2009 modifié, relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, est accessible aux candidats relevant de

- ⇨ La formation continue (telle que définie par l'article L.6311-1 du code du travail et justifiant d'une **durée minimale de 3 ans de cotisations à un régime de protection sociale** à la date d'inscription aux épreuves de sélection prévues.

➢ Les Épreuves de sélections :

Les épreuves de sélection sont au nombre **de deux** :

1- Une épreuve orale.

L'épreuve orale consiste en **un entretien** portant sur **l'expérience professionnelle** du candidat. L'entretien de vingt minutes est noté sur 20 points. Il vise à apprécier l'expérience professionnelle, le projet professionnel et les motivations du candidat au travers son dossier personnel, ainsi que ses capacités à suivre la formation.

2- Une épreuve écrite

Elle comprend une sous-épreuve de **rédaction** et/ ou de **réponses à des questions** dans le domaine sanitaire et social et une sous-épreuve de **calculs simples.**

L'épreuve écrite est 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 **est éliminatoire**. Pour être admis, le candidat doit obtenir un total **d'au-moins 20 sur 40 aux épreuves mentionnées**.

Les convocations seront envoyées par courriel. Les candidats devront se rendre disponibles pour la totalité de l'épreuve. Les changements de date pour convenance personnelle (vacances, etc.) ne seront pas acceptés.

Les résultats seront communiqués :

- Par affichage à l'IFSI (le vendredi 16 mai 2025)
- Sur le site internet de l'IFSI : https://ifsi.formationsante-vlo.com/formation-professionnelle-continue
- Par courrier

➢ <u>Les modalités d'inscription à la sélection</u> :

Déposez au secrétariat de l'IFSI ou envoyez en LETTRE RECOMMANDÉE avec AR l'ensemble du dossier comprenant :

⇨ **La justification de la durée minimale de 3 ans de cotisations à un régime de protection sociale.**
La ou les attestation(s) employeur(s) et attestations de formation continue.

- Contrat de travail ou,
- Fiches de paie ou,
- Attestation pôle emploi ou,
- Certificat employeur ou,

Tout autre document justifiant la durée de cotisation.

⇨ **La fiche de renseignements complétée**

⇨ **Les pièces suivantes :**

- La copie d'une pièce d'identité recto/verso en cours de validité ;
- Le(s) diplôme (s) détenu (s) ;
- Un curriculum vitae ;
- Une lettre de motivation ;
- Le règlement des frais d'inscription à la sélection FPC d'un montant de 120€ (chèque à l'ordre de Santé Val de Loire Océan) ;
- Une RQTH selon votre situation (afin de prévoir un éventuel aménagement de l'épreuve)

➢ Après les épreuves de sélection :

Si, à l'issue du concours de sélection, **vous avez reçu une réponse favorable**, vous devez procéder à votre inscription à l'IFSI.

La rentrée 2025 aura lieu **le 1er septembre 2025**.

Pour vous inscrire, vous devrez :

- Compléter le dossier d'inscription - FPC - concours validé (à télécharger sur le site internet de l'IFSI) ;

- Fournir les documents médicaux suivants :

  - Le certificat médical de vaccination et immunisation complète (à fournir au plus tard avant le premier départ en stage qui se déroule courant novembre)
  - Le certificat médical de non-contre-indication délivré par un médecin agréé ARS ; (la liste des médecins agrées est disponible sur le site de l'ars. En pays de la Loire : https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/consulter-la-liste-des-medecins-agrees-en-pays-de-la-loire) (Document à fournir au plus tard le jour de la rentrée).

ATTENTION

La vaccination contre l'hépatite B est obligatoire (cf. arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L.3111-4 du code de la santé publique).

Compte-tenu des délais parfois importants du protocole de vaccination, il est recommandé de commencer le schéma vaccinal classique dès que possible.

Les formulaires « suivi médical CERTIFICAT MEDICAL DE VACCINATION et d'IMMUNISATION » et « suivi médical CERTIFICAT MEDICAL de non-contre-indication » sont disponibles ci-après.

Ces certificats médicaux sont à réaliser seulement si vous avez reçu une réponse favorable au concours de sélection.

FICHE DE RENSEIGNEMENTS
Formation Professionnelle continue

Promotion 2025/2028

Photo d'identité

Madame ☐ Monsieur☐

Nom de naissance.....

Nom d'usage.....

Prénoms.....

Date de naissance ..... Lieu de naissance.....

Nationalité.....

Numéro INE (Numéro précisé sur votre relevé de notes au Baccalauréat)

Numéro de Sécurité Social

ADRESSES

Adresse électronique : .....

Téléphone Portable :..... **Téléphone Fixe** : .....

Adresse personnelle pour la formation (si non connue, à préciser lors de la rentrée)

.....

Code postal..... Ville .....

Adresse familiale

.....

Code postal..... Ville .....

NIVEAU D'ETUDE :

Diplôme	Date d'obtention	Série/Spécialité/Type/Dénomination

Situation de l'année 2024/2025..... Etablissement .....

SITUATION FAMILIALE :

Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Séparé(e) ☐ PACS ☐ Vie maritale ☐ Veuf(ve) ☐

Enfants : Oui☐ Non☐
Si oui combien ? Âge(s) ?

SITUATION DE HANDICAP :

Oui ☐ Non ☐

Si **oui**, souhait d'aménagement de formation : Oui☐ Non☐

Joindre l'attestation de RQTH et prendre contact avec le référent handicap de l'institut pour une prise de rendez-vous :

M. Nicolas BOUVET
06.14.30.64.14
nbouvet@formationsante-vlo.com

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

Nom et prénom : .....

Lien de parenté : .....

Numéro de téléphone fixe : .....

Numéro de téléphone portable : .....

Email : .....

Adresse postale :.....
.....

Je soussigné(e), ...certifie que les renseignements ci-dessus sont exacts

Fait à ..... Le.....

Signature

Tout changement d'adresse / de numéro de téléphone et tout changement de situation en cours d'année scolaire sera à signaler au secrétariat

SUIVI MEDICAL

CERTIFICAT MEDICAL DE VACCINATION et d'IMMUNISATION

(Etabli par votre médecin traitant)

Je soussigné(e),

Docteur .....

Certifie que

Madame ☐, Monsieur ☐

.....

Né(e) le .....

A ses vaccinations obligatoires à jour, conformément à la réglementation en vigueur.

☐ oui ☐ non

Doit réaliser un rappel durant le cursus

☐ oui ☐ non

Si oui préciser : .....

Est considéré immunisé contre l'hépatite B, conformément à la réglementation en vigueur

☐ oui ☐ non

A été informé des vaccinations recommandées possibles dans le cadre de son orientation

☐ oui ☐ non

Fait à ..... Le .....

Signature :

CACHET

- Compléter les informations du document suivant –
Vaccination obligatoire –Hépatite B – autres vaccins

Vaccinations obligatoires

Diphtérie + tétanos + poliomyélite +/- coqueluche *Pour les professionnels de santé, il est recommandé que les rappels administrés aux âges de 25, 45, 65 ans comportent systématiquement la valence coqueluche*		
DTP	Nom du vaccin	Date dernière dose
DTPC	Nom vaccin	

Vaccination hépatite B			
Nom du vaccin	Nombre de doses reçues	Protocole	Date dernière dose
Date			

Immunisation contre l'hépatite B

Sérologie				
Anti HBs	Date	Résultat		
Anti HBc	Date	Résultat		

☐ sérologie négative après 6 doses = non répondeur(euse) à la vaccination

Autres vaccinations

Antituberculeuse		
BCG	Date(s)	
IDR	Date	Résultat en mm
Rougeole, oreillon, rubéole		
ROR 1ère injection	Date	OU date maladie
ROR 2ème injection	Date	
Autres (grippe, méningocoque, varicelle, hépatite A, covid…)		
Vaccin / maladie	Date	

SUIVI MEDICAL

CERTIFICAT MEDICAL de non contre indication

(Etabli par un médecin agréé par l'ARS - cf. liste sur le site internet de l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire)

Je soussigné(e),

Docteur .....

Exerçant à .....

Certifie que

Madame ☐Monsieur ☐

Nom de naissance ..... Nom marial.....

Né(e) le .....

Ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession d'infirmier(e)

Fait à ..... le .....

Signature :

CACHET

Art. 54 de l'arrêté du 21 avril 2007 modifié par arrêté du 17 avril 2018 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux :

*« **L'admission définitive dans un institut de formation en soins infirmiers est subordonnée** à la production, au plus tard le premier jour de la rentrée, d'un **certificat établi par** un médecin agréé attestant que l'étudiant ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession... »*