

**Date limite de retour du dossier d'inscription : 5 mars 2018** (Le cachet de la poste faisant foi)

**ÉTAT CIVIL** SEXE F  M

*Tous les champs sont obligatoires*

NOM DE NAISSANCE ..... PRÉNOM ..... NOM D'USAGE .....

SITUATION FAMILIALE ..... NATIONALITÉ.....

DATE DE NAISSANCE ..... LIEU DE NAISSANCE ..... Dpt .....

ADRESSE .....

CP ..... VILLE .....

TÉLÉPHONE FIXE ..... TÉLÉPHONE PORTABLE ..... ADRESSE MAIL .....

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE : Nom : ..... Tél .....

**TITRE D'INSCRIPTION (Cocher la case correspondante) :**

- Candidat inscrit en classe de terminale (l'admission en institut est subordonnée à l'obtention du baccalauréat)
- Titulaire du baccalauréat français ou d'un titre admis en dispense hors territoire français (délivré par l'Etat)
- Titulaire d'un titre homologué au minimum au niveau IV
- Titulaire du Diplôme d'Accès aux Etudes Universitaires (DAEU) ou d'un Examen Spécial d'Entrée en Université (ESEU)
- Titulaire du Diplôme d'Etat d'Aide Médico-Psychologique (DEAMP) justifiant de 3 ans d'exercice professionnel (à la date des épreuves de sélection)
- Titulaire du Diplôme d'Etat d'Aide-Soignant (DEAS) justifiant de 3 ans d'exercice professionnel (à la date des épreuves de sélection)
- Titulaire du Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Puériculture (DEAP) justifiant de 3 ans d'exercice professionnel (à la date des épreuves de sélection)
- Candidat justifiant à la date du début des épreuves, d'une activité professionnelle ayant donné lieu à cotisation à la sécurité sociale (d'une durée de 3 ans pour les personnes issues du secteur sanitaire et médico-social, autres que les titulaires du Diplôme d'Etat d'Aide-Soignant, d'Auxiliaire de Puériculture et d'Aide Médico-Psychologique, d'une durée de 5 ans pour les autres candidats). Ces candidats doivent au préalable avoir été retenus par un jury régional de présélection dans les conditions définies aux articles 5 à 10 de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier.
- Candidat inscrit en 1<sup>ère</sup> année PACES (UVSQ)
- Titulaire d'un diplôme d'infirmier ou autre titre ou certificat permettant l'exercice de la profession d'infirmier obtenu en dehors d'un Etat membre de l'Union européenne

**DEMANDE DE TIERS TEMPS**  oui  non

# DOSSIER D'INSCRIPTION aux épreuves de sélection d'entrée en Institut de Formation en Soins Infirmiers du 04 avril 2018

## SITUATION ACTUELLE

Avez-vous suivi une préparation au concours :  NON  
 OUI Nom de l'organisme : .....

## PRISE EN CHARGE FINANCIERE par la Région (après obtention du concours)

- Etudiants et élèves âgés de 25 ans ou moins à l'entrée en formation
- Etudiants et élèves en formation initiale sortis du système scolaire depuis moins de deux ans  
Précisez votre dernière formation .....
- Etre âgé(e) de 16 à 25 ans sorti(e) du système scolaire depuis plus d'un an, suivis par une mission locale
- Demandeur d'emploi inscrit à Pôle Emploi **depuis 6 mois au minimum** dont le coût de formation n'est pas pris en charge ou partiellement par Pôle Emploi  
Date d'inscription .....N° d'inscription .....
- Bénéficiaire d'un contrat aidé (CAE, CIE, Contrat Avenir) y compris les démissionnaires
- Bénéficiaire du RSA
- Etudiants et élèves dont le service civique s'est achevé dans un délai d'un an avant l'entrée en formation

## NON PRISE EN CHARGE FINANCIERE par la Région : Financement à prévoir

- Salarié dont le coût de la formation sera pris en charge par l'employeur (formation ou promotion professionnelle)
- Salarié en Congé Individuel de Formation dont le coût de formation sera pris en charge par un organisme (Fongecif, ANFH, Unifaf, etc.)
- Salarié en congé de formation dont le coût de la formation sera assumé personnellement
- Salarié en disponibilité : coût de la formation assumé personnellement
- Démissionnaire inscrit à Pôle emploi depuis moins de 6 mois : financement assuré personnellement
- Congé parental
- Autres. Merci de préciser : .....

# DOSSIER D'INSCRIPTION aux épreuves de sélection d'entrée en Institut de Formation en Soins Infirmiers du 04 avril 2018

## DESISTEMENT

Le montant des droits d'inscription aux épreuves de sélection restera acquis à l'institut en cas de désistement après la date de clôture des inscriptions sauf en cas d'absence à une épreuve justifiée par un certificat médical.

## ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document.  
J'accepte sans réserve le règlement qui régit les épreuves de sélection.

J'autorise le Centre Hospitalier Intercommunal de Meulan les Mureaux à faire apparaître mon nom et prénom sur son site internet dans le cadre de la diffusion des résultats aux épreuves de sélection :

Oui  Non

Conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, je dispose d'un droit d'accès et de rectification aux données du fichier qui me concerne, droit que je peux exercer auprès du CAMPUS de formation du Centre Hospitalier Intercommunal de Meulan les Mureaux.

Nom : .....

Prénom : .....

Fait à ..... Le .....

**Signature**

## Liste des pièces à joindre IMPÉRATIVEMENT à votre dossier

(**Attention** : ne pas cocher les cases – réservé à l'administration)

- 1  1 photo d'identité 35 x 45 mm (à agraffer en page 1 – inscrire votre nom et prénom au dos)
- 2  photocopie carte d'identité ou titre de séjour en cours de validité (recto-verso) \*
- 3  lettre de motivation manuscrite + curriculum vitae
- 4  certificat de scolarité pour les candidats en classe terminale ou en première année PACES
- 5  photocopie du diplôme obtenu justifiant l'inscription \*
- 6  attestation d'équivalence et photocopie du diplôme avec traduction pour les diplômes hors territoire français (délivrée par le centre ENIC NARIC France – [www.ciep.fr/enic-naric-france](http://www.ciep.fr/enic-naric-france))\*
- 7  certificats de travail attestant la durée de l'exercice professionnel supérieur ou égal à 3 ans (pour les AS, AP et AMP)
- 8  justificatif d'inscription au pôle emploi ou mission locale
- 9  en cas de demande de tiers temps, fournir l'accord délivré par le médecin désigné par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (M.D.P.H.) ou un certificat établi par un médecin de l'éducation nationale
- 10  3 enveloppes timbrées à 0,80 € (tarif lettre verte : 1 timbre vert) au format 22,8 x 16,2 (ne rien inscrire sur les enveloppes)
- 11  1 enveloppe timbrée à 1,60 € (tarif lettre verte : 2 timbres verts) format 22,9 x 32,2 cm) (ne rien inscrire sur l'enveloppe)
- 12  droits d'inscription aux épreuves de sélection d'un montant de 98 € à l'ordre du Trésor Public (chèque : inscrire votre nom et prénom au dos)

\* les originaux vous seront demandés lors des épreuves de sélection  
et lors de votre entrée à l'institut de formation

### Réservé à l'administration de l'IFSI

Date de réception (tampon) :

Personne ayant réceptionné le dossier :

.....  
Règlement :  oui  non  
Espèce  Chèque  Nom de l'émetteur (si  
différent du candidat) .....

### Réservé à la gestionnaire concours

Le dossier est complet :  oui  non

Relance pour pièces manquantes :

.....  
.....  
.....

Le : ..... par .....  
Dossier enregistré par .....