

**DOSSIER D'INSCRIPTION AUX EPREUVES DE SELECTION
POUR LES RECONVERSIONS PROFESSIONNELLES
Formation Professionnelle Continue
DE L'INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS D'AUXERRE
ANNEE 2025**

Composition :

I.	Modalités d'inscription	Page 2
II.	Modalités de sélection	page 3
III.	Informations générales	page 4
IV.	Dossier médical	page 4
V.	Constitution du dossier d'inscription aux épreuves de sélection	page 5
VI.	Fiche d'inscription	Pages 6 -7
VII.	Tableau récapitulatif de l'expérience professionnelle	Page 8
VIII.	Formulation des vœux	Page 9
IX.	Autorisation de diffusion des résultats	page 10
X.	Procédure « Etudiant en situation de handicap	page 11
XI.	Dossier médical – <i>(Spécimen pour information)</i> <i>(Ne pas faire remplir par le médecin traitant, ni le médecin agréé)</i>	pages 12 à 15

IFSI AUXERRE :

Centre Hospitalier

2 Boulevard de Verdun – 89011 – AUXERRE Cedex

☎ : 03.86.48.47.17 ☏ : 03.86.48.47.44 📧 ifsi@ch-auxerre.fr



<https://ght-union.fr/professionnels-de-sante/formations/institut-de-formation-soins-infirmiers-ifsi/institut-de-formation-soins-infirmiers-ifsi-129-157.html>

I. MODALITES D'INSCRIPTION

cf. : Arrêté du 13/12/2018 modifiant l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat Infirmier

ACCES A LA FORMATION

- Peuvent être admis en première année de formation au diplôme d'Etat Infirmier les candidats relevant de la formation professionnelle continue, telle que définie par l'article L.6311-1 du code du travail, et justifiant d'une durée minimum de trois ans de cotisations à un régime de protection sociale à la date d'inscription aux épreuves de sélection.
- Peuvent être admis en deuxième année de formation au diplôme d'Etat Infirmier les candidats relevant de l'arrêté du 3 juillet 2023 modifiant l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, à savoir :
les aides-soignants expérimentés, ayant exercé à temps plein **dans des conditions d'exercice variées** durant au moins 3 ans lors des 5 dernières années, et ayant réussi la sélection d'entrée en IFSI par la voie de la formation professionnelle continue. Ils sont ensuite sélectionnés par leurs employeurs doivent suivre une formation d'une durée totale de 420 heures dont 5 semaines de stage.

PERSONNES CONCERNEES

Les candidats en reconversion professionnelle (aide-soignant, auxiliaire de puériculture ou autres expériences professionnelles que celui du domaine sanitaire et social, titulaires ou non du baccalauréat).

CONDITIONS D'INSCRIPTION

Toute personne ayant au minimum 3 ans d'expérience professionnelle, à savoir, ayant cotisé trois années à un organisme de protection sociale en France.

DATES D'INSCRIPTION

DATE DE RETRAIT DU DOSSIER : A compter du Lundi 7 Octobre 2024

DATE DE CLOTÛRE DES INSCRIPTIONS : Jeudi 14 Novembre 2024, cachet de la poste faisant foi

DATES DES EPREUVES

EPREUVES ECRITES : Mardi 10 Décembre 2024 : De 14 heures à 16 heures sur convocation

EPREUVE ORALE : Du Lundi 25 Novembre au vendredi 20 Décembre 2024 sur convocation

AFFICHAGE DES RESULTATS D'ADMISSION A L'IFSI : Vendredi 17 Janvier 2025 : 14 Heures

II. MODALITES DE SELECTION

1 : Un entretien portant sur l'expérience professionnelle du candidat

Durée : 20 minutes

Noté sur 20 points

Il s'appuie sur la remise d'un dossier permettant d'apprécier l'expérience professionnelle, le projet professionnel et les motivations du candidat ainsi que ses capacités à valoriser son expérience professionnelle.

2 : Une épreuve écrite notée sur 20, comprenant

Une sous-épreuve de rédaction et/ou de réponses à des questions dans le domaine sanitaire et social :

Durée : 30 minutes

Notée sur 10

Elle doit permettre d'apprécier, outre les qualités rédactionnelles des candidats, leurs aptitudes au questionnement, à l'analyse et à l'argumentation ainsi que leurs capacités à se projeter dans leur futur environnement professionnel.

Une sous-épreuve de calculs simples

Durée : 30 minutes

Notée sur 10

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 20/40 aux 2 épreuves.

NB : Pour les candidats titulaires du baccalauréat ou de l'équivalence de ce diplôme, l'admission définitive est conditionnée à la production d'une attestation signée de désinscription ou de non-inscription sur la plateforme PARCOURSUP.

III. INFORMATIONS GENERALES

- Durée de la formation en alternance cours/stage : 4200 h déclinées sur 6 semestres
- Une pré-rentrée aura lieu : **Jeudi 28 Août 2025**
- Date de la rentrée : **Lundi 1^{er} Septembre 2025**
- Date de fin de formation : Juillet 2028

• TARIFS – AIDES FINANCIERES

IFSI Auxerre	Frais d'inscription des candidats inscrits à Pôle Emploi	Frais de scolarité (pour les candidats sans prise en charge)	Tenues professionnelles (caution)
	175 euros en 2024 parution tarif au JO 2025	7 600 euros (tarif 2024)	120 euros

Possibilité de solliciter différentes aides financières suivant la situation du candidat : Conseil Régional de Bourgogne Franche Comté, France Travail, Employeurs, OPCO...

STAGES : Pour les déplacements vers les lieux de stage, il est **indispensable** que les futurs étudiants aient un moyen de locomotion (stages dans un périmètre de 70 kms de l'institut).

IV. DOSSIER MEDICAL

 **IMPORTANT : OBLIGATIONS VACCINALES A RESPECTER AVANT L'ENTREE EN FORMATION PARAMEDICALE : METTEZ A JOUR VOS VACCINATIONS DES MAINTENANT**

VOUS DEVEZ OBLIGATOIREMENT ETRE IMMUNISE CONTRE), L'HEPATITE B, LA DIPHTERIE, LE TETANOS, LA POLIOMYELITE.

L'admission définitive à l'I.F.S.I. d'Auxerre est subordonnée à la production d'un dossier médical, le dossier officiel sera joint au dossier d'admission et sera à remplir par votre médecin traitant et un médecin agréé par l'ARS (prendre connaissance du dossier SPECIMEN).

V. CONSTITUTION DU DOSSIER D'INSCRIPTION AUX EPREUVES DE SELECTION

1°	Fiche d'inscription du candidat (imprimé A) complétée, datée et signée (la photo doit être collée)
2°	Photocopie lisible recto-verso de votre carte nationale d'identité ou de votre passeport en cours de validité Pour les personnes de nationalité étrangère, la photocopie de votre titre de séjour en cours de validité
3°	Tableau récapitulatif de l'expérience professionnelle (imprimé B) complété, indiquant la liste des emplois successifs exercés (indiquer l'adresse de l'employeur, la durée pendant laquelle ces emplois ont été occupés et la quotité de travail...)
4°	Photocopie(s) de votre ou vos certificat(s) de travail ou attestation(s) employeur(s) justifiant au minimum de 3 ans d'activité professionnelle à la date d'inscription aux épreuves de sélection sur chaque document fourni, devront être mentionné(s) : la nature de l'emploi occupé, la ou les périodes d'emploi (du... au...) ainsi que la durée hebdomadaire (ex. 35 h/semaine, 50 % ...). Si le certificat de travail ne mentionne pas la durée hebdomadaire de travail, il peut être accompagné du contrat de travail correspondant. Les contrats de travail seuls ne seront pas acceptés comme justificatifs. LES FICHES DE PAYE NE SONT PAS ACCEPTEES.
5°	Photocopie(s) de vos attestations de formations continues
6°	Photocopie du ou des diplômes et/ou titres détenus et/ou autorisation ARS
7°	Curriculum vitae
8°	Si situation de handicap : Attestation MDPH
9°	Lettre de motivation
10°	Un chèque bancaire d'un montant de 110 € correspondant aux droits d'inscription aux épreuves de sélection, libellé à l'ordre du TRESOR PUBLIC
11°	Autorisations de diffusion des résultats des épreuves de sélection et d'utilisation de l'image, ci-jointes, signées ,

**Les frais d'inscription aux épreuves de sélection restent acquis à l'Institut
en cas de désistement, d'absence ou d'échec**

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS PRIS EN COMPTE

VI.

FICHE INSCRIPTION 2025 (imprimé A)

CANDIDATS DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE CONTINUE
AYANT UNE EXPERIENCE PROFESSIONNELLE MINIMUM DE 3 ANS
TOUT DOMAINE CONFONDU
TITULAIRES OU NON DU BACCALAUREAT

PHOTO
COLLEE

RAPPEL : Clôture des inscriptions le 14 Novembre 2024, cachet de la poste faisant foi

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

NOM PATRONYMIQUE:NOM D'USAGE :

Prénom(s) :

Date de naissance : / / Lieu de naissance :

Nationalité : Sexe : féminin masculin

ADRESSE :

Code postal : Ville :

N° téléphone fixe : / / / / Portable : / / / /

Adresse mail (lisible) :@.....

(Format : nompatronymique.prenom@gmail.com). Cette adresse mail administrative est obligatoire.
Elle vous suivra durant votre scolarité.

Situation de handicap : oui non

SITUATION AU MOMENT DE L'INSCRIPTION

Activité professionnelle : oui non

Si oui laquelle :

Demandeur d'emploi : oui non

Si oui, n° d'identifiant :

Autre :

.../...

DIPLOME AS - AP : CAFAS - DPAS - DEAS - CAFAP - DPAP - DEAP

Année d'obtention :

Baccalauréat : Série :

Année :

Diplôme de l'enseignement supérieur oui non

Si oui lequel :

Je soussigné(e), atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document et la conformité des photocopies et documents transmis,

A le

SIGNATURE DU CANDIDAT :

VII. **TABLEAU RECAPITULATIF DE L'EXPERIENCE PROFESSIONNELLE**

Liste des emplois successifs exercés (imprimé B)

NOM PATRONYMIQUE :

NOM D'USAGE :

Prénom du candidat :

Dates (du contrat de travail le plus récent au plus ancien)	Nom + adresse de l'entreprise	Nature de l'emploi occupé	Quotité de travail (ex. 100 %, 90 %, 50 %...)

RAPPEL : joindre obligatoirement les justificatifs des emplois occupés
(CERTIFICATS DE TRAVAIL SIGNES ET TAMPONNES)

VIII.

FORMULATION DES VŒUX I.F.S.I. 2025
CANDIDATS DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE CONTINUE
ET RECONVERSION

NOM Prénom :

Adresse :

CP - Ville :

Né(e) le :

Vous avez choisi de vous inscrire aux épreuves de sélection d'entrée en I.F.S.I. 2025.

Votre admission sera soumise sous condition de résultats, dans un premier temps, puis une commission des vœux se réunira et analysera votre dossier (au même titre que les candidats inscrits sur PARCOURSUP) et vous affectera dans un I.F.S.I. en fonction de votre note finale ainsi que votre rang de classement. Vous ne serez pas admis obligatoirement dans l'I.F.S.I. dans lequel vous avez déposé votre dossier d'inscription. C'est pourquoi, nous vous demandons de bien vouloir compléter ce formulaire en indiquant, **PAR ORDRE DE PREFERENCE**, 3 I.F.S.I. que vous accepteriez d'intégrer, en cas d'admission, parmi ceux cités ci-dessous.

Aucun formulaire ne sera admis sans ces trois vœux.

FORMULATION DES VŒUX

AUXERRE - SENS - DIJON - BEAUNE - QUETIGNY - CHALON/SAÔNE - MONTCEAU-LES-MINES - PARAY-LE-MONIAL - SEMUR-EN-AUXOIS - MÂCON - NEVERS

1^{er} Choix : AUXERRE

2^{ème} Choix :

3^{ème} Choix :

En l'absence de choix de votre part, vous serez affectés dans un I.F.S.I. ayant des places vacantes.

Je soussigné(e), atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document.

A le

SIGNATURE du CANDIDAT :

RAPPEL : Document est à renvoyer ou à transmettre à l'I.F.S.I. de votre premier choix avec votre dossier d'inscription

**IX. AUTORISATION DE DIFFUSION DES
RÉSULTATS DES EPREUVES DE SELECTION POUR L'ENTREE EN I.F.S.I.**

A l'issue de l'épreuve d'admission pour l'entrée en I.F.S.I., l'institut de formation d'Auxerre, est susceptible de diffuser les résultats sur leur site Internet.
Conformément à la loi « Informatique et Libertés » n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, nous avons besoin de votre accord.

Je soussigné(e), M., Mme¹,.....

autorise

n'autorise pas

(Cochez la case correspondante)

la diffusion de mon nom dans le cadre cité ci-dessus. Pour faire valoir ce que de droit.

Date :

Signature :

¹ *Rayer la mention inutile.*

X. ETUDIANT EN SITUATION DE HANDICAP

REDACTION	VERIFICATION	APPROBATION
Lynda BEN MOHAMED	Karine FRANCOIS	Karine FRANCOIS

ETUDIANT EN SITUATION DE HANDICAP

Vous êtes en situation de handicap et vous souhaitez savoir si votre handicap est compatible avec la formation choisie

Prendre Rendez-vous avec la Direction de l'I.F.S.I.
Tél : 03.86 .48 .47 .17

Mail : ifsi@ch-auxerre.fr

Contactez la délégation régionale de l'AGEFIPH :

Tél : 0800111009

Lien : <https://www.agefiph.fr>

Ou

Si vous êtes inscrit à Pôle Emploi, un conseiller pourra vous renseigner sur les démarches à effectuer

Ou

Vous êtes en situation de handicap et vous avez des questions concernant la formation

Contactez la MDPH de l'Yonne à Auxerre :

Tél : 03.86.72.89.72

Mail : mdph@yonne.fr

Lien : <https://www.mdp89.fr/formulaire/contact>

Ou

Contactez CAP Emploi 89

Tél : 03.86.52.45.11

Lien : <https://www.capemploi-89/contact.html>

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE A LA FORMATION INFIRMIER(E)

DOCUMENT A COMPLETER PAR UN MEDECIN AGREE ARS (autre que le médecin traitant)

Je soussigné, Docteur Médecin agréé par l'ARS, (1)

certifie que :

Nom de famille⁽²⁾ suivi du nom d'usage si besoin et Prénoms⁽²⁾

.....

né(e) le : __ / __ / ____

à :

- N'est pas atteint(e) d'affection d'ordre physique et/ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession d'infirmier(e)⁽³⁾
- Est atteint(e) d'affection d'ordre physique et/ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession d'infirmier(e)⁽³⁾

Que la radiographie pulmonaire date de moins de trois mois

Date : à compléter impérativement :

- Est normale.⁽³⁾
- Présente des anomalies.⁽³⁾
- Que l'état oculaire est compatible avec l'exercice de cette profession⁽³⁾
- Que l'état oculaire est incompatible avec l'exercice de cette profession⁽³⁾

Fait à

le

SIGNATURE et CACHET

Remis en mains propres à l'intéressé(e).

(1) Figurant sur la liste départementale des médecins agréés par l'Agence Régionale de Santé, liste à fournir si le candidat n'est pas originaire de l'Yonne.

(2) En caractères d'imprimerie.

(3) Cocher la mention correspondante.

CERTIFICAT MEDICAL ATTESTANT DES VACCINATIONS OBLIGATOIRES

DOCUMENT A COMPLETER PAR LE MEDECIN TRAITANT

Je, soussigné(e), Docteur :

Certifie que la situation vaccinale de Mme, Mr

Né(e) le : __ / __ / ____

☞ **Ne lui fait courir aucun risque lors de sa mise en stage dans les établissements hospitaliers en regard de la réglementation.**

☞ **A été vacciné(e)** contre les affections suivantes :

sont obligatoires les vaccinations contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, l'hépatite B

(Article L 3111-1 du code de la Santé Publique, Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé).

• **Contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite :**

Dernier rappel DTP effectué		
Nom du vaccin	Date	N° lot

• **Par le BCG :** OUI Date : NON

• **I.D.R ou intradermo réaction à la tuberculine (datant de moins de 3 mois) :**

IDR à la tuberculine	Date de moins de trois mois	Résultat (en mm)

• **Contre l'hépatite B**, selon les conditions définies dans l'annexe jointe : algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'Hépatite B (**joindre les résultats sérologiques**).

Injections Hépatite B effectuées (toutes les noter)		
Nom du vaccin	Date	N° lot

→ Immunisé(e) contre l'hépatite B : oui non le _____

→ Immunisé(e) contre l'hépatite B : oui non le _____

→ Immunisé(e) contre l'hépatite B : oui non le _____

→ Sérologie AC anti HBS : le _____

→ Non répondeur (se) à la vaccination : oui non

Concernant la vaccination contre l'Hépatite B, aucune dérogation n'est possible à l'obligation vaccinale pour les étudiants souhaitant s'engager dans des formations médicales, pharmaceutiques et paramédicales.

TOUT CANDIDAT N'AYANT PAS REALISE LES VACCINATIONS OBLIGATOIRES NE POURRA PAS ENTRER EN FORMATION

CERTIFICAT MEDICAL ATTESTANT DES RECOMMANDATIONS VACCINALES

HCSP, Calendrier vaccinal 2010

DOCUMENT A COMPLETER PAR LE MEDECIN TRAITANT

Recommandations vaccinales (BEH 14-15 du 10 avril 2012)

• GRIPPE :

« Les recommandations concernant le vaccin contre les **virus grippaux saisonniers** peuvent évoluer en fonction des données épidémiologiques et ainsi faire l'objet de recommandations actualisées non incluses dans le calendrier vaccinal. »

Vaccin	Type	Date

• COQUELUCHE :

- Vaccination par un vaccin quadrivalent dTcaPolio à l'occasion d'un rappel décennal dTPolio

Vaccin	Type	Date

• ROUGEOLE :

Vaccin	Type	Date

• VARICELLE :

- Antécédent : oui non
- Sérologie :

Vaccin	Type	Date

• COVID 19 : FOURNIR LE CERTIFICAT DE VACCINATION

1ère injection le : _____ 2ème injection le : _____ 3ème injection le : _____

Fait à :

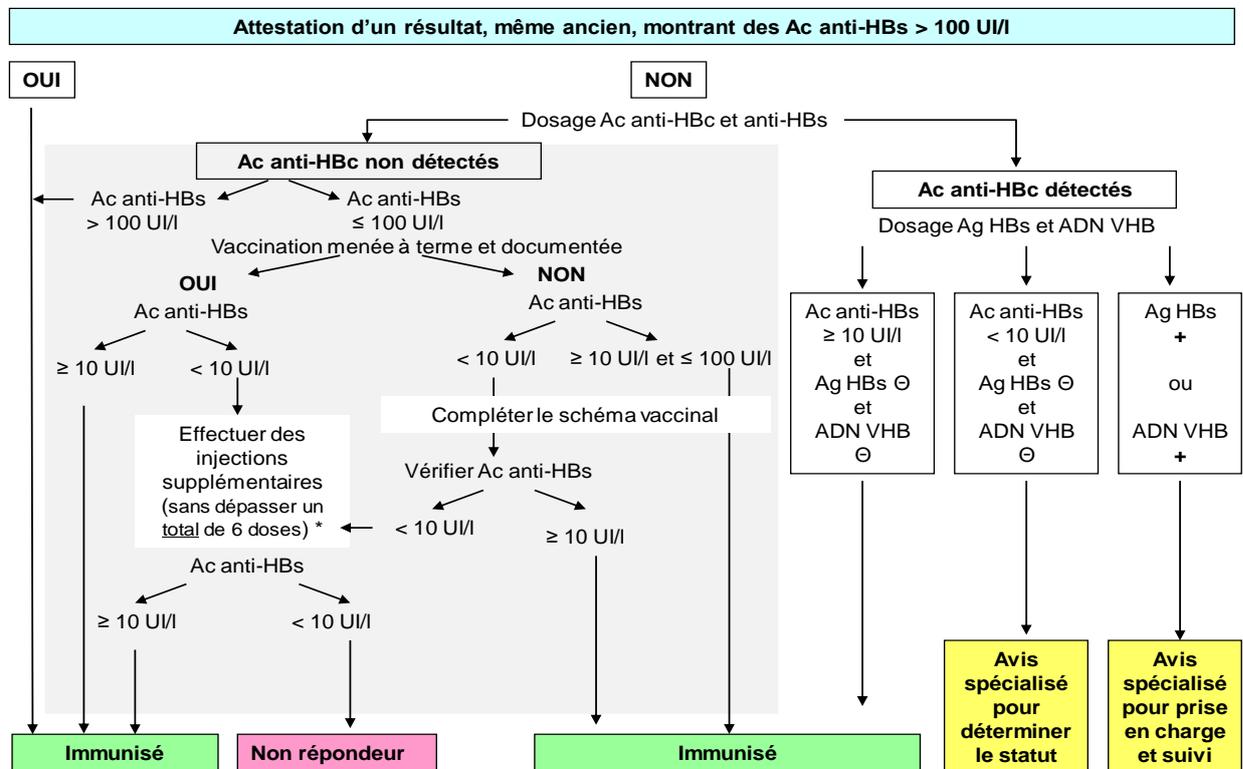
le :

Signature du médecin :

Cachet :

ATTENTION : AUCUN DUPLICATA NE SERA FOURNI. CONSERVER UNE COPIE

ALGORITHME POUR LE CONTRÔLE DE L'IMMUNISATION CONTRE L'HEPATITE B DES PERSONNES MENTIONNEES A L'ARTICLE L.3111-4 et dont les conditions sont fixées par l'arrêté du 2 août 2013



* Sauf cas particulier voir 4° de l'annexe 2 de l'arrêté

Légende : Ac : anticorps ; Ag : antigène ; VHB : virus de l'hépatite B

Textes de référence

- Articles L.3111-1, L.3111-4 et L.3112-1 du code de la santé publique (CSP)
- Arrêté du 15 mars 1991 fixant la liste des établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins dans lesquels le personnel exposé doit être vacciné, modifié par l'arrêté du 29 mars 2005 (intégration des services d'incendie et de secours)
- Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiques
- Arrêté du 6 mars 2007 relatif à la liste des élèves et étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des autres professions de santé pris en application de l'article L.3111-4 du CSP
- Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux (Titre III)
- Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L.3111-4 du CSP

Calendrier vaccinal en vigueur (cf. Site du ministère chargé de la santé : <http://www.sante.gouv.fr/vaccinations-vaccins-politique-vaccinale.html>)