

# DOSSIER D'INSCRIPTION

Epreuves de sélection  
2024

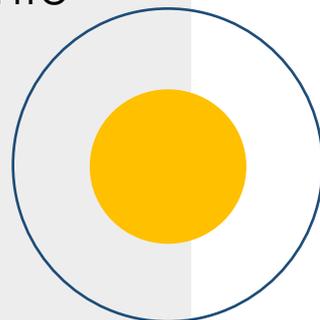
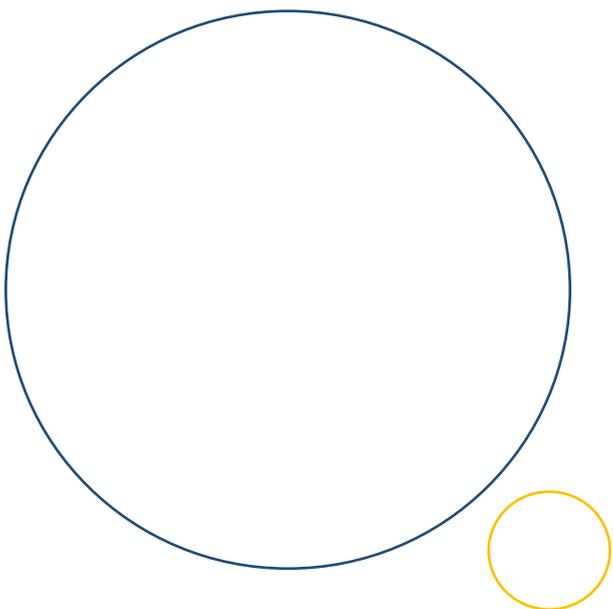


Institut de Formation  
des Cadres de Santé

1, rue David Richard - BP 426  
67091 Strasbourg Cedex

IFCS@chru-strasbourg.fr  
03 88 11 55 82

Mis à jour : 05/02/2024  
Rédigé par : IFCS



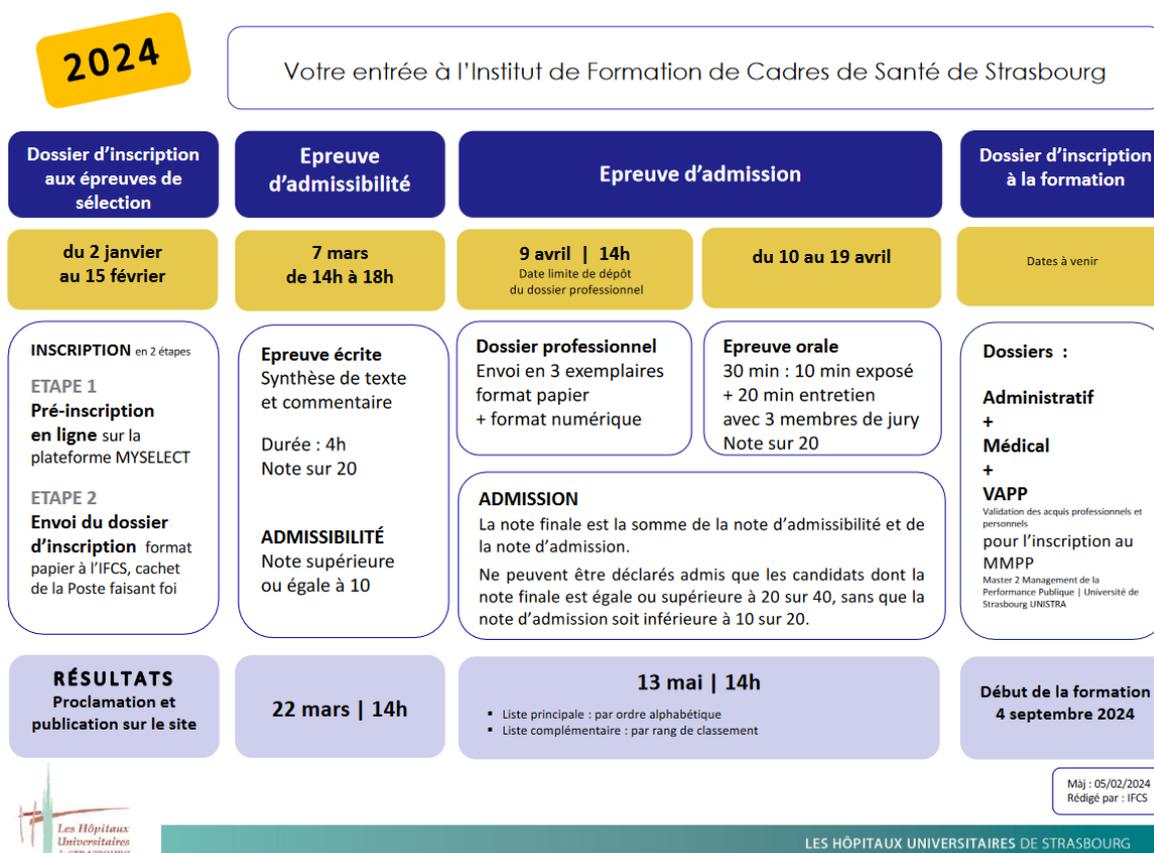
# INSCRIPTION AUX EPREUVES DE SELECTION 2024

	S'inscrire en 2 étapes	Modalités	Quand s'inscrire ?
<b>ETAPE 1</b>	<b>PRE-INSCRIPTION EN LIGNE OBLIGATOIRE</b>	<b>Sur le site MYSELECT</b> <a href="https://formeis.chru-strasbourg.fr/MySelect-IFCS/">https://formeis.chru-strasbourg.fr/MySelect-IFCS/</a>	Entre le <b>2 janvier et 15 février 2024</b>  <b>DERNIER DELAI</b>
<b>ETAPE 2</b>	<b>DOSSIER D'INSCRIPTION FORMAT PAPIER</b>	A adresser par voie postale, <b>cachet de la Poste faisant foi</b> , à :  Madame la Directrice de l'IFCS 1, rue David Richard - BP 426 67091 Strasbourg Cedex ou à déposer à l'accueil de l'IFCS  Ouvert du lundi au vendredi de 8h00 à 16h00	

**TOUT DOSSIER INCOMPLET OU REÇU APRES LA CLOTURE DES INSCRIPTIONS LE 15 FEVRIER MINUIT NE SERA PAS PRIS EN COMPTE.**  
Après la date limite, les formulaires en ligne seront verrouillés et il ne sera plus possible de soumettre des candidatures.

**La saisie de vos données sur MYSELECT ne constitue pas l'inscription au concours**, il s'agit d'un pré-remplissage.  
L'inscription au concours **est effective uniquement** lorsque votre dossier d'inscription format papier avec les pièces justificatives aux épreuves de sélection est renseignée de façon exhaustive et lorsque tous les documents demandés et validés sont réceptionnés à la date de clôture des inscriptions.

## CALENDRIER DES EPREUVES DE SELECTION



### PREINSCRIPTION EN LIGNE SUR MYSELECT

---

Cette préinscription est à renseigner avec soin ; les informations que vous y apportez serviront à établir tous les documents administratifs vous concernant pour le concours et la formation. Après votre 1ère inscription en ligne, il est possible de revenir sur la plateforme et de modifier vos informations.

L'adresse mail à indiquer est votre courriel personnel suivant un modèle simplifié : nom.prénom@.....fr ou .com. Ce courriel doit être à votre nom.

### ENVOI DU DOSSIER FORMAT PAPIER

---

Il est conseillé de nous retourner votre dossier d'inscription complet :

**avant le 31 janvier** afin de pouvoir éventuellement régulariser les pièces manquantes ou non conformes et de préférence en lettre recommandée avec accusé de réception (ou à déposer directement à l'accueil de l'IFCS).

➡ Nous reviendrons vers vous en cas d'incomplétude de votre dossier.

Une convocation vous sera alors adressée au plus tard 15 jours avant la date de l'épreuve écrite d'admissibilité. Il vous appartient de prendre contact de toute urgence avec l'IFCS dans l'éventualité où la semaine précédant la date de l'épreuve, vous n'auriez par reçu votre convocation.

### FINANCEMENT DE LA FORMATION : engagement de prise en charge financière personnelle

---

Le document « attestation sur l'honneur de prise en charge des frais de scolarité » page 4 est à transmettre **uniquement** :

- **Si** vous êtes en situation de financement personnel
- **Si** aucune attestation de prise en charge ou de demande de prise en charge des frais de scolarité par l'employeur ou un organisme de financement ne figure à ce jour dans votre dossier d'inscription

Si vous êtes admis, les frais de scolarité seront à régler l'année de votre formation.

En cas de prise en charge financière ultérieure par votre employeur ou un organisme de financement, cet engagement sur l'honneur deviendra caduque.

### CERTIFICAT MEDICAL D'UN MEDECIN AGREE

---

Quel que soit l'établissement d'origine, les candidats doivent fournir ce document précisant **les 2 notions suivantes** :

1. Le candidat est à jour des vaccinations obligatoires prévues par l'article L. 10 du code de la Santé Publique.
2. L'aptitude physique et l'absence de contre-indication au suivi de la formation cadre de santé.

Le certificat doit émaner d'un **médecin agréé** et non de votre médecin traitant.

➡ La liste des médecins agréés, régulièrement actualisée, est disponible sur le site de l'ARS de chaque région.  
Liste des médecins agréés du Grand Est : <https://www.grand-est.ars.sante.fr/medecins-agrees-17>

➡ Seule la liste de l'ARS propose des médecins agréés pour le concours cadre de santé (ne pas se référer aux listes des médecins agréés de la préfecture ou autres organismes).

## NOTE A L'ATTENTION DES CANDIDATS ULTRA-MARINS

---

Comme le prévoit la réglementation, vous avez la possibilité de passer l'épreuve écrite dans les départements, territoires et collectivités respectifs.

Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé / Article 8 bis Modifié par Arrêté du 15 mars 2010 - art. 1

*« Les candidats domiciliés dans les départements ou territoires d'outre-mer peuvent demander à subir sur place l'épreuve d'admissibilité pour l'institut de leur choix. Cette demande est faite au **directeur de l'institut choisi qui apprécie l'opportunité d'organiser sur place cette épreuve, en liaison avec le directeur général de l'agence régionale de santé ou la haute autorité territoriale concernée.** »*

Au vu des délais d'acheminement du courrier, du temps nécessaire à l'organisation d'un concours en délocalisé et d'un éventuel réajustement de votre dossier s'il devait manquer des pièces, nous vous conseillons de nous adresser :

Par courriel à IFCS@chru-strasbourg.fr :

- avant le 15 janvier votre demande en délocalisé à la directrice de l'institut de Strasbourg
- avant le 31 janvier votre version numérisée de votre dossier

Par voie postale :

Dès que possible, en lettre recommandée avec avis de réception, votre dossier format papier.

Le cachet de la poste faisant foi, nous vous rappelons que la date limite d'envoi est le 15 février.

➡ La directrice de l'IFCS de Strasbourg apprécie l'opportunité des épreuves en délocalisé notamment au regard des délais nécessaires à son organisation. Vous serez informé.e rapidement de sa décision.

## RESULTATS EPREUVES D'ADMISSIBILITE

---

- Le président du jury dresse la liste des candidats admissibles. Ne peuvent être déclarés admissibles que les candidats ayant obtenu une note égale ou supérieure à 10 sur 20.
- Les résultats des épreuves seront affichés à l'IFCS et sur notre site internet (candidats ayant autorisé la diffusion de leur nom en ligne).
- Aucun résultat ne sera communiqué par téléphone.

## CONVOCATION AUX EPREUVES D'ADMISSION

---

Seuls les candidats admissibles sont convoqués pour l'épreuve d'admission.

Les convocations à cette épreuve sont adressées aux candidats quinze jours au moins avant la date de l'épreuve, à compter du jour de publication de la liste des candidats admissibles. Il vous appartient de prendre contact de toute urgence avec l'IFCS dans l'éventualité où la semaine précédant la date de l'épreuve, vous n'auriez par reçu votre convocation.

Les convocations préciseront :

- Les modalités d'envoi du dossier professionnel en 3 exemplaires format papier et en format numérique
- La date et les horaires de l'oral

### Candidats ultra-marins / dossier professionnel

Au vu des délais, le dossier professionnel des candidats ultra-marins admissibles sera à envoyer uniquement par mail à : IFCS@chru-strasbourg.fr Nous imprimerons et relierons en couleur et avec soin le dossier en 3 exemplaires pour l'épreuve d'admission.

La tenue de l'oral en visioconférence est envisageable et reste soumise à la décision de la directrice de l'institut qui apprécie l'opportunité de l'organiser, en liaison avec le directeur général de l'Agence Régionale de Santé ou la haute autorité territoriale concernée.

Nom de naissance \_\_\_\_\_

Nom d'usage \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Nom de l'employeur \_\_\_\_\_

Ville d'exercice professionnel \_\_\_\_\_

<p>Cadre réservé à l'IFCS</p> <p>Filière</p> <p>Métier</p> <p>N° candidat</p>	<p>Photo d'identité 1</p> <p>A AGRAFER OU COLLER</p>
---	--

A cocher par le candidat	<b>PIECES A FOURNIR</b>		Cadre réservé à l'IFCS
<b>➡ Veuillez présenter vos documents dans l'ordre de la check-list</b>			
<input type="checkbox"/>	2 photos d'identité	A agraffer ou coller. Il n'est pas nécessaire de présenter des photos biométriques au format officiel	
<input type="checkbox"/>	Chèque de 110 €	En règlement des droits d'inscription au concours libellé à l'ordre du : TRESOR PUBLIC ➡ En cas d'absence aux épreuves ou de désistement, le chèque reste acquis à l'Institut	
<input type="checkbox"/>	Fiche d'inscription	Pages 4 à 8 / les pages 4 et 7 sont à signer.	
<input type="checkbox"/>	Récapitulatif MYSELECT	Attestant de votre préinscription en ligne sur MYSELECT <a href="https://formeis.chru-strasbourg.fr/MySelect-IFCS/">https://formeis.chru-strasbourg.fr/MySelect-IFCS/</a>	
<input type="checkbox"/>	Copie du diplôme	Autorisant l'exercice professionnel et de tout autre diplôme dont il est fait état dans la fiche d'inscription. (Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé) Les diplômes antérieurs à ce diplôme ne sont pas à produire	
<input type="checkbox"/>	Justificatifs de durée professionnel  4 ANNEES temps plein au 31 janvier 2024	Attestation(s) précise(s) de l'employeur actuel ou des employeurs précédents justifiant de QUATRE ANNEES D'EXERCICE (48 mois) de leur profession d'équivalent temps plein au 31 janvier de l'année des épreuves de sélection ➡ <b>IMPORTANT : l'indication temps complet et/ou temps partiel (avec pourcentage) doit figurer impérativement sur ces attestations.</b> Il n'est pas nécessaire de mettre les attestations de votre déroulé total de votre carrière <b>OU</b> <u>Pour les candidats exerçant dans le secteur libéral :</u> un certificat d'identification justifiant de QUATRE ANNEES D'EXERCICE au 31 janvier de l'année des épreuves de sélection 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 tous autres documents permettant de justifier des modes d'exercice	
<input type="checkbox"/>	Certificat médical émanant d'un médecin agréé	1. attestant que le candidat <u>est à jour des vaccinations obligatoires</u> prévues par l'article L. 10 du code de la Santé Publique. La liste des vaccins n'est à fournir. 2. attestant l'aptitude physique et l'absence de contre-indication du candidat au suivi de la formation	
<input type="checkbox"/>	Photocopie Pièce d'identité	Carte Nationale d'Identité (recto-verso et lisible) ou passeport <u>en cours de validité pour l'ensemble des épreuves</u> (à défaut joindre la copie de la demande de renouvellement)	
<input type="checkbox"/>	Attestation de financement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• soit une attestation de prise en charge des frais de scolarité établie par l'employeur ou l'organisme de financement concerné</li> <li>• soit une attestation <u>de demande</u> de prise en charge des frais de scolarité établie par l'employeur ou l'organisme de financement concerné</li> <li>• soit à défaut, un engagement sur l'honneur à régler les frais de scolarité établi par le candidat en cas d'autofinancement (page 9 à compléter si nécessaire)</li> </ul>	
<input type="checkbox"/>	Personne en situation de handicap	Toute question concernant l'ACCESSIBILITÉ DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP à mettre en œuvre pour la sélection et pendant le cursus de formation doit être adressée au plus tard <b>3 semaines avant la date de l'épreuve d'admissibilité</b> au référent handicap des Instituts de formation des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg par courriel à l'adresse suivante : referenthandicap@chru-strasbourg.fr	

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature du candidat

ENVOI DU DOSSIER  
DU 2 JANVIER AU  
15 FEVRIER DERNIER DELAI  
cachet de la Poste faisant foi  
ou dépôt à l'accueil de l'IFCS

Photo d'identité 2

A  
AGRAFER

Merci d'inscrire  
votre/vos nom.s et  
prénom au verso

## ETAT CIVIL

Nom de naissance : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Nom d'usage : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_

Lieu de naissance : \_\_\_\_\_ Département de naissance \_\_\_\_\_

Situation familiale  Célibataire  Concubinage  Marié.e  Pacsé.e  Divorcé.e  Autre

Nombre d'enfants : \_\_\_\_\_

Numéro Sécurité Sociale : /\_\_ /\_\_ /\_\_ /\_\_ /\_\_ /\_\_ /\_\_ /

CPAM d'affiliation : \_\_\_\_\_

## ADRESSE ET COORDONNEES

Adresse personnel: \_\_\_\_\_ ☎ fixe : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ☎ portable : \_\_\_\_\_

CP Ville : \_\_\_\_\_ 📧 courriel : \_\_\_\_\_

➡ pas de courriel professionnel

## PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom : \_\_\_\_\_ ☎: \_\_\_\_\_

## CANDIDATS DES DEPARTEMENTS, REGIONS ET COLLECTIVITES D'OUTRE-MER

Martinique  Guadeloupe  La Réunion  Guyane  Nouvelle-Calédonie  Mayotte  
 Polynésie Française  Autre : \_\_\_\_\_

## PREPARATION AUX EPREUVES DE SELECTION

Avez-vous suivi une session de formation de préparation aux épreuves de sélection à l'entrée à l'IFCS ?

Oui  Non

Si réponse oui : quelle année ? \_\_\_\_\_ Quel organisme ? \_\_\_\_\_

## PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP

Avez-vous besoin d'un aménagement des épreuves de sélection ?

Oui / peut-être  Non

Si vous avez coché oui / peut-être, veuillez contacter le référent handicap à l'adresse suivante [referenthandicap@chru-strasbourg.fr](mailto:referenthandicap@chru-strasbourg.fr) au plus tard 3 semaines avant la date de l'épreuve d'admissibilité afin de coordonner éventuellement les ajustements nécessaires en fonction de vos besoins spécifiques.

**EMPLOYEUR**

Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_

Nom du directeur : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

**SITUATION PROFESSIONNELLE**

Fonction exercée actuellement : \_\_\_\_\_

Nom du service : \_\_\_\_\_

**Si faisant fonction cadre de santé**, merci de préciser : Unité de soin

Depuis : \_\_\_\_\_

 Formateur

Depuis : \_\_\_\_\_

 Autre : \_\_\_\_\_

Depuis : \_\_\_\_\_

**AUTRE SITUATION PROFESSIONNELLE**

\_\_\_\_\_

**Formation antérieure au diplôme professionnel** (diplômes ou niveau d'études obtenus) :

\_\_\_\_\_

**Diplôme professionnel**

Institut de formation \_\_\_\_\_

Date d'obtention \_\_\_\_\_

**FILIERE INFIRMIERE** Infirmier Infirmier de secteur psychiatrique**FILIERE MEDICOTECHNIQUE** Technicien de laboratoire d'analyses  
de biologie médicale Manipulateur d'électroradiologie médicale Préparateur en pharmacie**FILIERE REEDUCATION** Masseur-kinésithérapeute Opticien-lunetier Orthophoniste Orthoptiste Audioprothésiste Diététicien Ergothérapeute Psychomotricien Pédicure-podologue**Diplôme de spécialité infirmière** IBODE IADE IDEP

Date d'obtention \_\_\_\_\_

**Autre(s) diplôme(s)**

Intitulé : \_\_\_\_\_

Date d'obtention \_\_\_\_\_

Intitulé : \_\_\_\_\_

Date d'obtention \_\_\_\_\_

## DEROULEMENT DE CARRIERE Différents services accomplis DEPUIS L'OBTENTION DU DIPLOME PROFESSIONNEL

➡ Il est important de renseigner la durée d'exercice et son total en EQUIVALENT TEMPS PLEIN (ETP) et non en années ou en pourcentage : 1 année à temps plein = 1 ETP | ex : 2 années à mi-temps = 1 ETP

<b>ETABLISSEMENT</b> Nom, ville et département	<b>FONCTION EXERCEE</b> Préciser si fonction d'encadrement	<b>SERVICE ou IFSI</b> Indiquer l'intitulé exact du service	<b>PERIODES</b> Indiquer les dates exactes ( si temps partiel, précisez le pourcentage)	<b>DUREE d'exercice en ETP OBLIGATOIRE</b>
				<b>TOTAL en ETP</b>

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature du candidat

JE SOUSSIGNE.E

Madame     Monsieur

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Nom d'usage : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

1. déclare faire acte de candidature aux épreuves de sélection de l'IFCS de Strasbourg,
2. certifie sincères et exactes les renseignements de mon dossier d'inscription aux épreuves de sélection,
3. atteste sur l'honneur que la photocopie de mon diplôme professionnel ainsi que toutes les photocopies fournies au présent dossier sont conformes aux originaux,
4.     autorise  
       n'autorise pas

l'Institut de Formation des Cadres de Santé de Strasbourg à faire paraître mon nom et prénom sur la liste des résultats d'admissibilité et d'admission au concours qui seront publiés sur le site internet de l'Institut.  
<https://formation.chru-strasbourg.fr/metier/cadre-de-sante/>

Le \_\_\_\_\_ , à \_\_\_\_\_

Signature du candidat

JE SOUSSIGNE.E

Madame  Monsieur

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Nom d'usage : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

M'engage sur l'honneur à prendre en charge personnellement l'intégralité des frais de scolarité de la formation cadre de santé de l'IFCS de Strasbourg **sous réserve de :**

1. admission sur la liste principale du concours de l'IFCS de Strasbourg
2. inscription administrative définitive à la formation pour la rentrée

☞ En cas de prise en charge financière ultérieure par mon employeur ou un organisme de financement, je déclare informer l'IFCS dans les meilleurs délais. Dès lors, cet engagement sur l'honneur deviendra caduque.

Les frais de scolarité se composent de :

✓ DROITS D'INSCRIPTION A L'INSTITUT

Fixés selon arrêté ministériel et réévalués chaque année.

A titre indicatif, ils étaient l'année précédente de 243 € (deux cent quarante-trois euros).

Le montant exact sera communiqué ultérieurement.

✓ FRAIS PEDAGOGIQUES

S'élèvent à 12 000 € (douze mille euros)

Les droits d'inscription universitaire au Master II Management de la Performance Publique sont inclus dans ce montant.

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature du candidat

(\*) Cette attestation sur l'honneur de prise en charge des frais de scolarité complète votre dossier uniquement :

- Si vous êtes en situation de financement personnel
- Si aucune attestation de prise en charge ou de demande de prise en charge des frais de scolarité par l'employeur ou un organisme de financement ne figure à ce jour dans votre dossier d'inscription