

DOSSIER D'INSCRIPTION

Epreuves de sélection
2025

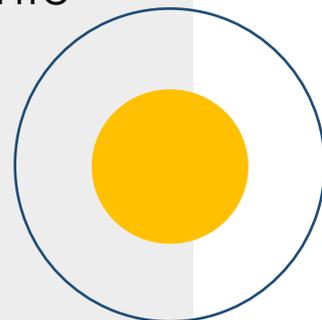
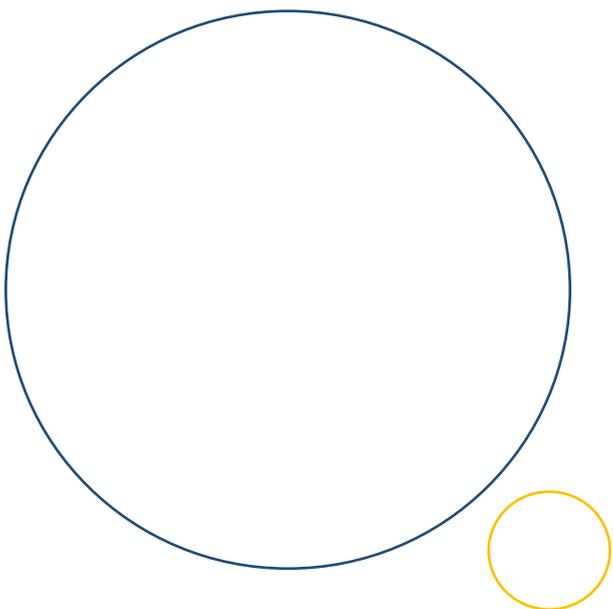


Institut de Formation
des Cadres de Santé

1, rue David Richard - BP 426
67091 Strasbourg Cedex

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

Mise à jour : 09/12/2024
Rédigé par : IFCS



	S'INSCRIRE EN 2 ETAPES	MODALITES	QUAND S'INSCRIRE ?
ETAPE 1	PRE-INSCRIPTION EN LIGNE OBLIGATOIRE (*)	<p align="center">Sur le site MYselect https://formeis.chru-strasbourg.fr/MySelect-IFCS/</p>	<p align="center">du 2 janvier au 15 février 2025 DERNIER DELAI</p> <p>Tout dossier incomplet ou reçu après la clôture des inscriptions le 15 février minuit ne sera pas pris en compte.</p> <p>Après la date limite, les formulaires en ligne seront verrouillés et il ne sera plus possible de soumettre des candidatures.</p>
ETAPE 2	DOSSIER D'INSCRIPTION FORMAT PAPIER	<p align="center">à adresser par voie postale, Cachet de la Poste faisant foi (date d'envoi), à :</p> <p align="center">IFCS 1, rue David Richard - BP 426 67091 Strasbourg Cedex</p> <p align="center">★</p> <p align="center">Vous pouvez également déposer votre dossier directement à l'accueil de l'IFCS.</p> <p align="center">Ouverture de l'Institut : du lundi au vendredi de 8h00 à 16h00 03 88 11 55 82</p>	

(*) 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.

2025

Votre entrée à l'Institut de Formation de Cadres de Santé de Strasbourg

Inscription aux épreuves de sélection

du 2 janvier au 15 février

ETAPE 1
Pré-inscription en ligne sur la plateforme MYSELECT

ETAPE 2
Envoi en format papier du dossier d'inscription * à l'IFCS, cachet de la Poste faisant foi

(*) Le dossier d'inscription est téléchargeable sur notre site dans l'onglet « Condition d'accès »

RÉSULTATS
Proclamation et publication sur le site

Épreuve d'admissibilité

6 mars de 14 h à 18 h

Convocation envoyée 15 jours avant l'épreuve

Épreuve écrite
Synthèse de texte et commentaire
Durée : 4h
Note sur 20

ADMISSIBILITÉ
Note supérieure ou égale à 10

24 mars | 14 h

Épreuve d'admission

17 avril | 12 h
Date limite de dépôt du dossier professionnel

Convocation envoyée 15 jours avant l'épreuve orale

Dossier professionnel
Format papier en 3 exemplaires + Format numérique

ADMISSION

La note finale est la somme de la note d'admissibilité et de la note d'admission.

Ne peuvent être déclarés admis que les candidats dont la note finale est égale ou supérieure à 20 sur 40, sans que la note d'admission soit inférieure à 10 sur 20.

13 mai | 14 h

- Liste principale : par ordre alphabétique
- Liste complémentaire : par rang de classement

Inscription à la formation

A partir du 14 mai

Dossiers à transmettre :

Administratif + Médical + VAPP

Validation des acquis professionnels et personnels

pour l'inscription au Master 2 Management de la Performance Publique de l'IPAG | Université de Strasbourg UNISTRA

Début de la formation
Début septembre 2025

Maj : 15/11/2024
Rédigé par : IFCS



LES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG

PREINSCRIPTION EN LIGNE SUR MYSELECT

La 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 que vous y avez apportées.

L'adresse mail à indiquer est votre **courriel personnel** et à votre nom.

➡ Ne pas renseigner la préinscription avec votre courriel professionnel.

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
- de préférence en lettre recommandée avec accusé de réception

➡ Nous reviendrons vers vous en cas d'incomplétude de votre dossier dès réception de celui-ci.

Une convocation vous sera adressée 15 jours avant la date de l'épreuve écrite d'admissibilité. Il vous appartient de prendre contact rapidement avec l'IFCS dans l'éventualité où la semaine précédant la date de l'épreuve, vous n'auriez pas reçu votre convocation.

➡ **Dans la fiche d'inscription, merci de présenter vos documents dans l'ordre de la check-list.**

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 » 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.e, 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 un certificat médical d'un médecin agréé :

- **Précisant obligatoirement 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.
- **Comportant le cachet du médecin agréé**

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 DOMICILIES DANS LES DEPARTEMENTS OU TERRITOIRES D'OUTRE-MER

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. »*

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

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 notamment s'il devait manquer des pièces, nous vous conseillons de nous adresser :

Avant le 15 janvier par courriel à IFCS@chru-strasbourg.fr :

- votre demande en délocalisé auprès de la directrice de l'institut de Strasbourg
- votre version numérisée du dossier

Avant le 31 janvier par voie postale :

Votre dossier format papier en lettre recommandée avec avis de réception. Le cachet de la poste faisant foi, nous vous rappelons que la date limite d'envoi est le 15 février.

Droits d'inscription aux épreuves

Le règlement par virement bancaire est envisageable pour les CANDIDATS DOMICILIES DANS LES DEPARTEMENTS OU TERRITOIRES D'OUTRE-MER. Le cas échéant, veuillez contacter le secrétariat. Il faudra indiquer sur l'ordre de virement : nom et prénom du candidat et concours « IFCS 25 ».

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 pour les 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 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'épreuve orale

Candidats ultra-marins / Dossier professionnel pour l'épreuve orale d'admission

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 _____

Cadre réservé à l'IFCS

Filière
Métier

N° candidat

Photo d'identité

A AGRAFER

A cocher par le candidat	PIÈCES A FOURNIR ➔ Veuillez présenter vos documents dans l'ordre de cette check-list		Cadre réservé à l'IFCS
<input type="checkbox"/>	MYselect Fiche récapitulative	Attestant de votre préinscription OBLIGATOIRE en ligne sur MYselect. https://formeis.chru-strasbourg.fr/MySelect-IFCS/	
<input type="checkbox"/>	2 photos d'identité	Veuillez y inscrire au verso votre nom de naissance/nom d'usage et prénom. 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"/>	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 nécessaires.	
<input type="checkbox"/>	Attestation.s de/des employeur.s 4 ANNEES TEMPS PLEIN au 31 janvier 2025	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 ➔ IMPORTANT : l'indication temps complet et/ou temps partiel (avec pourcentage) doit figurer impérativement sur ces attestations. Il n'est pas nécessaire de mettre les attestations de votre déroulé total de votre carrière. OU Pour les candidats exerçant dans le secteur libéral : 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 MEDECIN AGREE (voir les modalités page 2)	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 descriptive de vos vaccinations n'est pas à fournir. 2. attestant l'aptitude physique et l'absence de contre-indication du candidat au suivi de la formation Merci de ne pas utiliser les modèles d'autres IFCS.	
<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"> • SOIT une attestation de prise en charge des frais de scolarité établie par l'employeur ou l'organisme de financement concerné • 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 • SOIT à défaut, un engagement sur l'honneur à régler les frais de scolarité établi par le candidat en cas d'autofinancement 	
<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 3 semaines avant la date de l'épreuve d'admissibilité au référent handicap des Instituts de formation des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg par courriel à l'adresse suivante : referenthandicap@chru-strasbourg.fr	

Le _____, à _____ Signature du candidat

ENVOI DU DOSSIER
DU 2 JANVIER AU
15 FEVRIER DERNIER DELAI

Cachet de la Poste faisant foi
ou date du dépôt à l'IFCS

Photo d'identité

A
AGRAFER

Merci d'inscrire votre nom
de naissance/nom
d'usage et prénom au
verso de la photo

ETAT CIVIL

Nom de naissance : _____ Prénom : _____

Nom d'usage : _____

Date de naissance : _____ Nationalité : _____

Lieu de naissance : _____ Département de naissance : _____

Titre d'identité fourni (carte d'identité, passeport) : _____

Date limite de validité du titre d'identité : _____

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

Numéro Sécurité Sociale : / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ /

CPAM d'affiliation : _____

Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom : _____ ☎ : _____

ADRESSE ET COORDONNEES

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

☎ fixe : _____ ☎ portable : _____

✉ courriel personnel : _____

➡ pas de courriel professionnel

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 ci-dessous 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.

referenthandicap@chru-strasbourg.fr

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 50 % = 1 ETP

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

Le _____, à _____ 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 à faire paraître mon nom et prénom sur la liste des résultats d'admissibilité et d'admission au concours **sur le site internet de l'Institut.**

<https://formation.chru-strasbourg.fr/metier/cadre-de-sante/>

Pour information, les listes complètes des candidats admissibles et admis seront affichées à l'issue des jurys aux portes du bâtiment de l'IFCS, 1 rue David Richard BP 426, 67091Strasbourg.

Le _____ , à _____

Signature du candidat

A compléter par le candidat si nécessaire

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 250 € (deux cent cinquante euros).

Le montant exact sera communiqué ultérieurement.

✓ FRAIS PEDAGOGIQUES

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

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

Le _____ , à _____

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