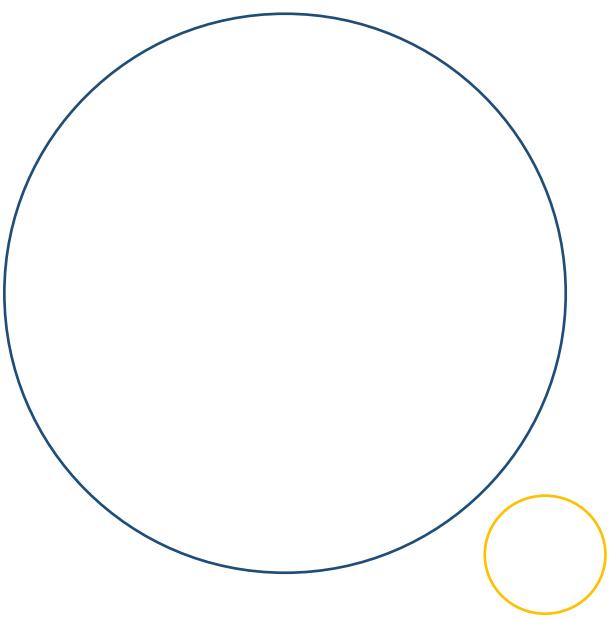
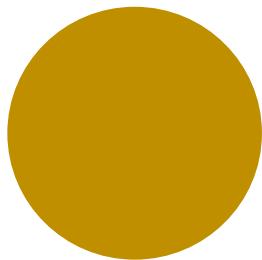


DOSSIER D'INSCRIPTION

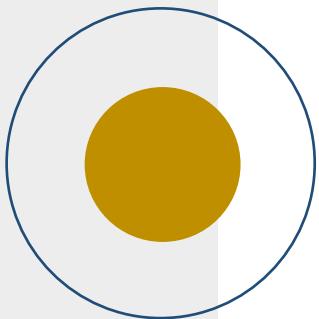
Epreuves de sélection
2026



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 : 12/01/2026
Rédigé par : IFCS

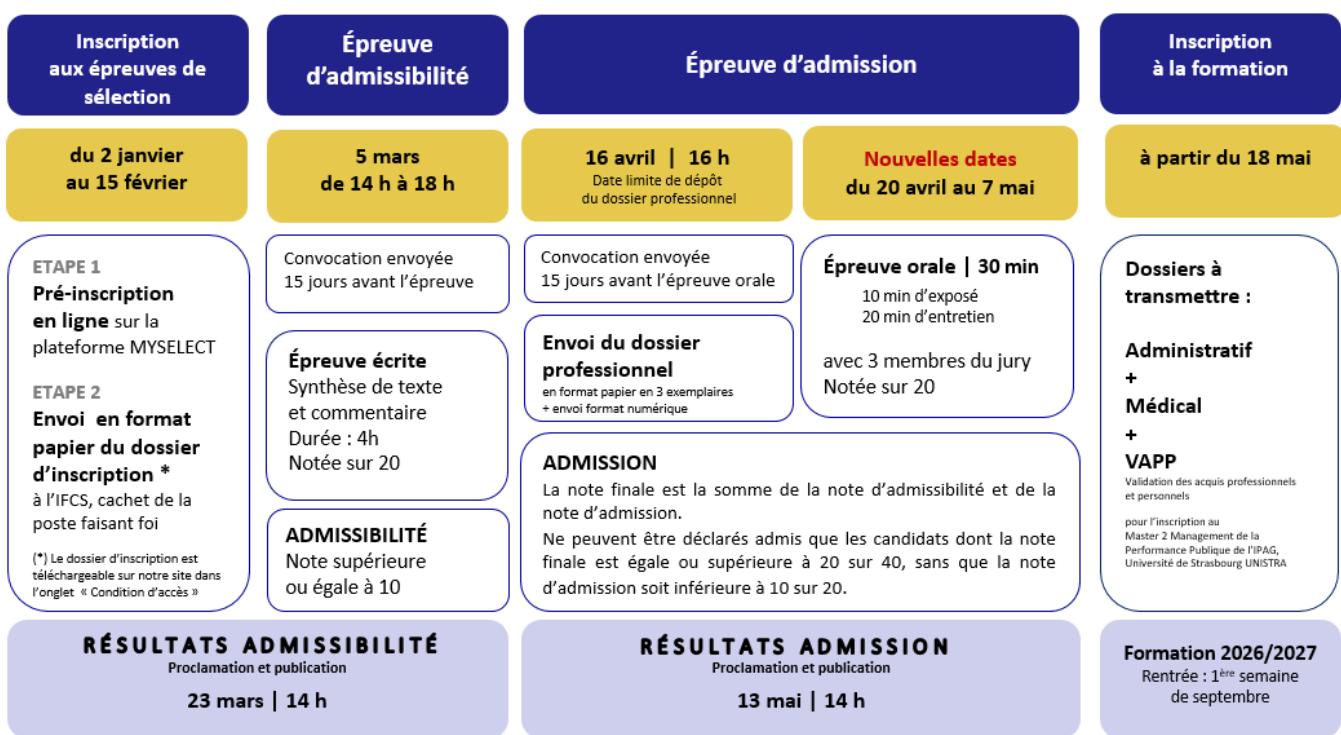


COMMENT S'INSCRIRE AUX EPREUVES DE SELECTION ?

	S'INSCRIRE EN 2 ETAPES	MODALITES	QUAND S'INSCRIRE ?
ETAPE 1	PRE-INSCRIPTION EN LIGNE OBLIGATOIRE	Sur le site MYSELECT https://formeis.chru-strasbourg.fr/MySelect-IFCS/	du 2 janvier au 15 février 2026 DERNIER DELAI
ETAPE 2	DOSSIER D'INSCRIPTION FORMAT PAPIER	<p>à adresser par voie postale, Cachet de la Poste faisant foi (date d'envoi), à :</p> <p style="text-align: center;">IFCS 1, rue David Richard - BP 426 67091 Strasbourg Cedex</p> <p style="text-align: center;">★</p> <p>Vous pouvez également déposer votre dossier directement à l'accueil de l'IFCS.</p> <p style="text-align: center;">Ouverture de l'Institut du lundi au vendredi de 8h00 à 16h00 03 88 11 55 82</p>	

2026

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



Maj : 12/01/2026
Rédigé par : IFCS

LES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG

Sommaire

1.	DOSSIER D'INSCRIPTION FORMAT PAPIER du 2 janvier au 15 février 2026	2
2.	PREINSCRIPTION EN LIGNE OBLIGATOIRE MYSELECT du 2 janvier au 15 février 2026	2
3.	EPRUVE DE SELECTION DROITS D'INSCRIPTION 110 €	3
4.	CONVOCATION Epreuve d'admissibilité	3
5.	EPRUVE D'ADMISSIBILITE Candidats domiciliés dans les départements ou territoires d'outre-mer	3
6.	COPIE DU DIPLOME	4
7.	ATTESTATION.S 4 ANNEES TEMPS PLEIN AU 31 JANVIER 2026	4
8.	CERTIFICAT MEDICAL D'UN MEDECIN AGREE	4
9.	FINANCEMENT DE LA FORMATION	5
10.	PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP	5

♦ ♦ ♦

1. DOSSIER D'INSCRIPTION FORMAT PAPIER | du 2 janvier au 15 février 2026

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 rapidement vers vous en cas d'incomplétude de votre dossier.

Point de vigilance

Date limite d'envoi le 15 février 2026, cachet de la poste faisant foi.

2. PREINSCRIPTION EN LIGNE OBLIGATOIRE | MYSELECT du 2 janvier au 15 février 2026

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.

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.

Points de vigilance

- L'adresse mail à indiquer est votre courriel personnel et à votre nom (pas de mail professionnel) ;
- Renseigner MYSELECT et tout autre document sous votre nom de naissance puis marital ;
- Les informations concernant l'état civil doivent être identiques à la pièce d'identité fournie (accents, tirets...).

⌚ INSCRIPTION MYSELECT

<https://formeis.chru-strasbourg.fr/MySelect-IFCS/>

⌚ La fiche récapitulative doit figurer dans votre dossier format papier.

3. EPREUVES DE SELECTION | DROITS D'INSCRIPTION 110 €

Les droits d'inscription au concours de 110 € sont à régler par virement bancaire sur le compte de l'IFCS.

- ⇒ AU PLUS TARD POUR LE 15 FEVRIER 2026 ;
- ⇒ Joindre un récépissé de paiement ou confirmation de virement au dossier.

Titulaire du compte	IFCS REGIE MIXTE						
IBAN	FR76	1007	1670	0000	0020	0688	904
BIC	TRPUFRP1						

Points de vigilance

- Lors du virement, il est **IMPERATIF** de renseigner le champ « motif du virement » par les informations suivantes : **NOM DE NAISSANCE_NOM D'USAGE_PRENOM_2026**
Cet intitulé doit être au nom du candidat.
À défaut, le candidat ne pourra être identifié.
- Aucun remboursement ne sera effectué quel que soit le motif.

4. CONVOCATION | Epreuve d'admissibilité

Elle 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.

5. EPREUVE D'ADMISSIBILITE | Candidats domiciliés dans les départements 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 du temps nécessaire à l'organisation d'un concours en délocalisé, 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.
- ⇒ Au vu des délais d'acheminement du courrier, les candidats ultra-marins transmettront leur dossier d'inscription uniquement par courriel à : IFCS@chru-strasbourg.fr.

6. COPIE DU DIPLOME

Une photocopie du diplôme autorisant l'exercice professionnel et de tout autre diplôme dont il est fait état dans les textes ci-dessous complètera votre dossier :

Décret n°95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé

Extrait de l'Article 1 | Version en vigueur depuis le 22 juin 2001 | Modifié par Décret n°2001-532 du 20 juin 2001 - art. 33 () JORF 22 juin 2001

« Ce diplôme est délivré aux personnes titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre leur permettant d'exercer la profession d'**audioprothésiste, de diététicien, d'ergothérapeute, d'infirmier, d'infirmier de secteur psychiatrique, de manipulateur d'électroradiologie médicale, de masseur-kinésithérapeute, d'opticien-lunetier, d'orthophoniste, d'orthoptiste, de pédicure-podologue, de préparateur en pharmacie, de psychomotricien ou de technicien de laboratoire d'analyses de biologie médicale**, qui ont suivi la formation prévue par l'arrêté mentionné à l'article 3 du présent décret dans un institut de formation des cadres de santé agréé par le préfet de région, après avis de la commission permanente interprofessionnelle du Conseil supérieur des professions paramédicales, et validé l'ensemble des modules prévus par le programme fixé dans l'annexe dudit arrêté susmentionné. »

Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé

Article 4 | Modifié par Arrêté du 15 mars 2010 - art. 1

Pour être admis à suivre la formation sanctionnée par le diplôme de cadre de santé, les candidats doivent :

- 1° Etre titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre permettant d'exercer l'une des professions mentionnées à l'article 1er du décret du 18 août 1995 susvisé ;
- 2° Avoir exercé pendant au moins quatre ans à temps plein ou une durée de quatre ans d'équivalent temps plein au 31 janvier de l'année des épreuves de sélection l'une des professions mentionnées au 1^e ci-dessus ;
- 3° Avoir subi avec succès les épreuves de sélection organisées par chaque institut sous le contrôle du directeur général de l'agence régionale de santé.

Les diplômes antérieurs à ce diplôme ne sont pas nécessaires.

7. ATTESTATION.S | 4 ANNEES TEMPS PLEIN AU 31 JANVIER 2026

Attestation(s) précise(s) de l'employeur actuel ou des employeurs précédents justifiant de QUATRE ANNEES D'EXERCICE de leur profession d'équivalent temps plein au 31 janvier de l'année des épreuves de sélection.

Points de vigilance

L'indication temps complet et/ou temps partiel (avec pourcentage) doit figurer impérativement sur ces attestations.

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

Il n'est pas nécessaire de transmettre les justificatifs du *déroulé complet* de votre carrière.

8. 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 :

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

Le certificat doit être établi par médecin agréé.

La liste des médecins agrés, régulièrement actualisée, est disponible sur le site de l'ARS de chaque région. Seule la liste de l'ARS propose des médecins agrés pour le concours cadre de santé (ne pas se référer aux listes des médecins agrés de la préfecture ou autres organismes).

Les certificats médicaux dont le nom du médecin ne figure pas sur les listes de l'ARS seront refusés.

Merci de ne pas utiliser les modèles d'autres IFCS.

9. FINANCEMENT DE LA FORMATION

Quel que soit l'établissement d'origine, les candidats doivent OBLIGATOIREMENT fournir l'un des 3 documents suivants :

- *attestation de prise en charge* des frais de scolarité établie par l'employeur ou l'organisme de financement concerné ;
- *attestation de demande de prise en charge* des frais de scolarité établie par l'employeur ou l'organisme de financement concerné ;
- à défaut, *un engagement sur l'honneur* * à régler les frais liés à la formation établi par le candidat.

(*) ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR DE PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE FORMATION A TITRE PERSONNEL

Ce document est à transmettre **UNIQUEMENT** dans les cas suivants :

- Si vous êtes en situation d'autofinancement.
En cas d'admission et d'inscription à la formation après la proclamation des résultats courant mai, si vous souhaitez poursuivre en autofinancement, un contrat de formation professionnelle vous sera proposé avant votre entrée en formation.
- Si vous n'êtes pas en mesure de fournir lors de l'envoi du dossier d'inscription une attestation (employeur ou organisme de financement) ou de demande de prise en charge financière.
En cas de prise en charge financière ultérieure par votre employeur ou un organisme de financement, cet engagement sur l'honneur deviendra caducue.

10. PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP

Demande d'aménagements possible au plus tard le 15 février de l'année des épreuves de sélection.
Contact : IFCS@chru-strasbourg.fr

♦ ♦ ♦

Nous vous conseillons de conserver une version numérisée de l'ensemble des pièces de votre dossier.

Les modalités des épreuves d'admissibilité et d'admission sont décrites sur notre site internet dans l'onglet « Conditions d'accès ».

N'hésitez pas à nous contacter si nécessaire.
03 88 11 55 82

Nom de naissance _____

Nom d'usage _____

Prénom (s) _____

Nom de l'employeur _____

Ville d'exercice professionnel _____

Cadre réservé à l'IFCS

Filière

Métier

Autorisation Internet
 oui non

PSH
 oui non

N° candidat :

Photo d'identité 1

A AGRAFER

A cocher par le candidat	DOSSIER D'INSCRIPTION PIÈCES A FOURNIR ⇒ Veuillez présenter vos documents dans l'ordre de cette liste.		Cadre réservé à l'IFCS
<input type="checkbox"/>	Fiche d'inscription	Pages 6 à 10 ou pages 6 à 11 avec engagement sur l'honneur Envoi du dossier d'inscription format papier Voir modalités page 2 Candidats ultra-marins Voir modalités page 3	
<input type="checkbox"/>	2 photos d'identité	Nom de naissance + nom d'usage et prénom du candidat au verso Veuillez les agrafier aux emplacements dédiés dans le dossier. Il n'est pas nécessaire de présenter des photos biométriques au format officiel.	
<input type="checkbox"/>	Préinscription en ligne Myselect	Voir modalités page 2 Joindre Fiche récapitulative	
<input type="checkbox"/>	110 € Frais d'inscription aux épreuves de sélection	Par virement bancaire Joindre un récépissé de paiement ou ordre de virement au dossier. voir modalités page 3 Aucun remboursement ne sera effectué quel que soit le motif.	
<input type="checkbox"/>	Diplôme Photocopie	Voir modalités page 4	
<input type="checkbox"/>	Justificatifs de la durée d'exercice 4 années temps plein	Voir modalités page 4	
<input type="checkbox"/>	Certificat médical Médecin agréé	Voir modalités page 4	
<input type="checkbox"/>	Pièce d'identité Photocopie	Carte Nationale d'Identité (recto-verso et lisible) ou passeport en cours de validité pour l'ensemble des épreuves (à défaut joindre la copie de la demande de renouvellement)	
<input type="checkbox"/>	Attestation de financement	Voir modalités page 5	

Le _____ à _____

Signature du candidat

**ENVOI DU DOSSIER
DU 2 JANVIER AU
15 FEVRIER 2026**

DERNIER DELAI

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

Photo d'identité 2

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 : _____ ① : _____

ADRESSE ET COORDONNEES

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

① fixe : _____ ① 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 Année _____ Organisme _____

Non

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 l'IFCS 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 :

IFCS@chru-strasbourg.fr

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

Nom de naissance : _____

Nom d'usage : _____

Prénom : _____

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/>

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, 67091 Strasbourg.

Les listes des candidats admissibles et admis ayant autorisé la parution de leur nom et prénom sur le site de l'Institut seront diffusées sur ce dernier à l'issue des jurys.

Le _____ à _____

Signature du candidat

A compléter par le candidat si nécessaire

JE SOUSSIGNE.E

Nom de naissance : _____

Nom d'usage : _____

Prénom : _____

M'engage sur l'honneur à prendre en charge personnellement l'intégralité des frais liés à la formation cadre de santé de l'IFCS de Strasbourg en situation de :

- autofinancement ;
- non prise en charge par mon employeur ou tout autre organisme de financement.

☛ 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 caducue.

Les frais liés à la formation pour les candidats en cas de prise en charge personnelle se composent des :

❖ **DROITS D'INSCRIPTION A L'INSTITUT**

A venir

Fixés selon arrêté ministériel et réévalués chaque année.

(Droits d'inscription dans les établissements publics d'enseignement supérieur relevant du ministre chargé de l'enseignement supérieur)

A titre indicatif, ils étaient l'année précédente de 254 €.

❖ **FRAIS PEDAGOGIQUES**

12 000 €

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

Le _____ à _____

Signature du candidat