

Dossier d'inscription aux épreuves de sélection pour l'admission en Institut de Formation en Soins Infirmiers

CANDIDATS RELEVANT DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE CONTINUE

*Dossier à imprimer et à retourner accompagné des pièces à fournir en
fonction de votre liste d'inscription à l'IFSI de votre Choix 1.
(Cf. notice de renseignements)*

**Les dossiers incomplets ne seront pas acceptés, vous ne pourrez pas vous
présenter aux épreuves de sélection**

IFSI du regroupement du 22 et du 35	Adresse
IFSI FOUGÈRES	ZA de la Grande Marche 6, rue Claude Bourgelat 35133 JAVENE
IFSI CH G. REGNIER	108 Avenue du Général Leclerc BP 60321 35000 RENNES
IFSI CHU RENNES	PFPS – CHU DE RENNES 2 Rue Henri Le Guilloux 35000 RENNES
IFSI DINAN	15 rue Jean Charcot 22100 DINAN
IFSI LANNION	BP 70348 22303 LANNION CEDEX
IFSI SAINT-BRIEUC	I.F.P.S. 2 Esplanade des prix Nobel 22000 SAINT-BRIEUC
IFSI ST MALO	9 rue de la Marne 35403 ST MALO CEDEX

CHOIX DES INSTITUTS

A compléter par ordre de préférence de 1 à 7(*) :

IFSI FOUGERES	IFSI CH G. REGNIER RENNES	IFSI CHU RENNES	IFSI DINAN	IFSI LANNION	IFSI ST BRIEUC	IFSI ST MALO
1

(*)Vous serez affecté(e) dans un des IFSI du regroupement du 22 et du 35 en fonction :

- de votre ordre de classement sur la liste principale.
- du choix d'IFSI que vous ferez.

LISTE DES PIECES A FOURNIR POUR LE DOSSIER



Vous devez vous inscrire et restituer votre dossier d'inscription auprès de l'institut de votre 1er choix

VOIE 1	AS/AP	<input type="checkbox"/> Fiche d'inscription imprimée et complétée <input type="checkbox"/> Photocopie de la carte nationale d'identité, passeport ou carte de séjour en cours de validité <input type="checkbox"/> Copie du diplôme DEAS-DEAP <input type="checkbox"/> Un certificat du ou des employeurs attestant de l'exercice professionnel en qualité d'AS ou AP pendant 3 années équivalent temps plein au 3 avril 2019 <input type="checkbox"/> Chèque de 100€
VOIE 2	3 ANS DE COTISATION SOCIALE	<input type="checkbox"/> Fiche d'inscription imprimée et complétée <input type="checkbox"/> Photocopie de la carte nationale d'identité, passeport ou carte de séjour en cours de validité (copie recto-verso lisible) <input type="checkbox"/> Copie des titres et diplômes <input type="checkbox"/> Un certificat du ou des employeurs attestant de l'exercice professionnel pendant 3 années équivalent temps plein au 3 avril 2019 <input type="checkbox"/> Un curriculum vitae (une page Recto) <input type="checkbox"/> Une lettre de motivation (une page Recto-verso maximum) <input type="checkbox"/> Chèque de 100€
VOIE 3	AUTORISATION ARS	<input type="checkbox"/> Fiche d'inscription imprimée et complétée <input type="checkbox"/> Photocopie de la carte nationale d'identité, passeport ou carte de séjour en cours de validité <input type="checkbox"/> Copie de l'attestation délivrée par l'ARS autorisant à se présenter au concours en 2017 et 2018 <input type="checkbox"/> Un curriculum vitae (une page Recto) <input type="checkbox"/> Une lettre de motivation (une page Recto-verso maximum) <input type="checkbox"/> Chèque de 100 €

ETAT CIVIL

NOM :

(de naissance en lettres capitales)

NOM D'USAGE :

(nom marital en lettres capitales)

PRENOMS :

*(dans l'ordre où ils figurent sur l'acte de naissance)*SEXE : Féminin Masculin NATIONALITE :

DATE DE NAISSANCE : LIEU DE NAISSANCE : DEPARTEMENT :

ADRESSE :

VILLE : CODE POSTAL :

TELEPHONE FIXE : MOBILE :

ADRESSE MAIL :

SITUATION FAMILIALE :Célibataire En couple (e) Marié(e) Pascé(e) Veuf(ve) Divorcé(e)

Nombre d'enfant(s) à charge :

SITUATION AU MOMENT DE L'INSCRIPTION Vous êtes salarié(e) Nom de l'employeur : Vous êtes demandeur d'emploi**VOIE D'INSCRIPTION** Je m'inscris à la **voie 1** des épreuves de sélection.*Vous êtes titulaire d'un diplôme d'Aide-Soignant et/ou Auxiliaire de puériculture et vous avez exercé au moins 3 ans en équivalent temps plein.* Je m'inscris à la **voie 2** des épreuves de sélection.*Vous avez cotisé à un régime de protection sociale pour une durée minimum de 3 ans dans le cadre d'une activité professionnelle.* Je m'inscris à la **voie 3** des épreuves de sélection.*Vous avez validé en 2017 ou 2018 un examen de présélection organisé par l'Agence régionale de Santé.*J'accepte que mon identité paraisse à la publication des résultats sur **internet** : oui non **VACCINATION**

Je soussigné(e)....., reconnais être informé(e) des conditions vaccinales exigées pour intégrer la formation en Soins Infirmiers et m'engage à entamer les démarches nécessaires.

Date : _____ Signature

ENGAGEMENT DU CANDIDAT

Je soussigné(e) _____ reconnais avoir pris connaissance du dossier d'inscription des épreuves de sélection IFSI – FPC 2019 et atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés dans ce document.

Date : _____ Signature :

ANNEXE : EXPERIENCE PROFESSIONNELLE

Fonction	Employeur	%	Dates précises du..... au....	Nombre d'heures / mois /ans
TOTAL				

Date :

Signature du candidat :