

NOTICE ET DOSSIER D'INSCRIPTION

SÉLECTION 2024

FORMATION CADRE DE SANTÉ

L'Institut de Formation des Cadres de Santé est rattaché au Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers.

Il assure la formation de cadres de santé conformément à l'arrêté du 18 août 1995 modifié.

Peuvent concourir les candidats issus des trois filières paramédicales :

- **Filière infirmière** : les infirmiers, les infirmiers anesthésistes, les infirmiers de bloc opératoire, les puéricultrices,
- **Filière médico-technique** : les manipulateurs d'électroradiologie médicale, les préparateurs en pharmacie hospitalière et les techniciens de laboratoire d'analyses de biologie médicale,
- **Filière rééducation** : les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes, les diététiciens, les ergothérapeutes, les pédicures podologues, les psychomotriciens.

L'IFCS du CHU de Poitiers a conclu un partenariat universitaire avec le CNAM dans le but d'assurer conjointement une formation professionnelle et une formation universitaire débouchant sur un diplôme « Cadre de santé » et l'obtention d'un Master 2 « Gestion des établissements sanitaires et médico-sociaux ».

Les étudiants qui réussissent le concours sont automatiquement inscrits dans les deux cursus sans validation préalable du Master 1 par VAP ou VAE, au regard du parcours professionnel antérieur.

Ce dispositif répond à deux objectifs majeurs :

- 1) Offrir un cursus particulièrement adapté aux enjeux médico-économiques actuels
- 2) Insérer les professionnels de santé dans le système Licence – Master – Doctorat.

Un partenariat avec la faculté de médecine de Poitiers permet également aux étudiants de valider le DU de débriefing de simulation en santé conjointement à la réalisation du module de pédagogie de la formation cadre.

1. CONDITIONS D'ADMISSION

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

- 1° Être titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre permettant d'exercer l'une des professions précitées ;
- 2° Avoir exercé pendant **au moins quatre ans au 31 janvier de l'année des épreuves de sélection**, l'une des professions mentionnées ci-dessus ;
- 3° Avoir subi avec succès les épreuves de sélection organisées par l'institut.

DÉPOT DES DOSSIERS D'INSCRIPTION : entre le 2 janvier et le 15 février 2024 (arrêté du 14 août 2002).

La clôture des inscriptions (cachet de la poste faisant foi) sera effective le 15 février 2024.

Chaque candidat recevra une convocation adressée au courriel renseigné sur la fiche de pré-inscription. A défaut de réception dans les 72 heures précédant l'épreuve, le candidat est tenu d'en informer l'IFCS.

2. SÉLECTION (sous réserve de modifications en lien avec la situation sanitaire)

JOURNEE D'INFORMATIONS : Mardi 23 janvier 2024 – 14h30

EPREUVE ECRITE : Vendredi 8 mars 2024 – 13h00

EPREUVE ORALE : Du 4 au 11 avril 2024

AFFICHAGE DE L'EPREUVE D'ADMISSIBILITÉ : Vendredi 15 mars 2024

AFFICHAGE DE L'EPREUVE D'ADMISSION : Vendredi 12 avril 2024

JOURNEE DE PRE-RENTREE : Mardi 11 juin 2024 – 9h30

DEBUT DE LA FORMATION : Lundi 2 septembre 2024 – 9h30

FIN DE LA FORMATION : Vendredi 20 juin 2025

Date limite de **préinscription en ligne** (suivre le lien <https://concoursparamedicaux.chu-poitiers.fr/MyConcours/> ou se rendre sur le site internet du CHU puis onglets : Enseignement / Ecoles et instituts / Formation cadres de santé / Pré inscription au concours) :

Le jeudi 15 février 2024

⚠ **ATTENTION, L'INSCRIPTION EN LIGNE NE CONSTITUE QU'UNE PRE-INSCRIPTION. Votre inscription ne sera prise en compte qu'à réception d'un dossier papier COMPLET dont vous trouverez la composition en pages 3 et 4.**

2.1 CONSTITUTION DU DOSSIER D'INSCRIPTION – PIÈCES À FOURNIR

RAPPEL : La préinscription en ligne est obligatoire : <https://concoursparmedicaux.chu-poitiers.fr/MyConcours/>
(Site internet du CHU puis onglets : Enseignement / Ecoles et instituts / Formation cadre de santé / Pré-inscription au concours)

Merci de bien vouloir retourner les pièces demandées uniquement au format recto

Pour se présenter aux épreuves de sélection, les candidats déposent un dossier d'inscription comprenant les pièces suivantes :

- 1) Les **renseignements administratifs dûment complétés (Annexe n°1)**
- 2) **Deux photos d'identité** (format 3,5 x 4,5 cm) avec nom et prénom au verso ; dont une à coller à l'emplacement prévu sur la fiche « renseignements administratifs »
- 3) Une **photocopie de la carte d'identité ou du passeport** (en cours de validité). Ce document sera exigé lors des épreuves
- 4) L'autorisation de publication des résultats du concours sur Internet (**Annexe n°2**)
- 5) Une **copie recto-verso des diplômes, titres ou certificats**
- 6) Un **relevé des activités professionnelles (Annexe n°3)**
- 7) Une **attestation** du ou des employeurs justifiant des quatre années d'exercice équivalent temps plein (soit 100 % de travail effectif) au 31 janvier de l'année des épreuves de sélection
- 8) Pour les candidats exerçant dans le secteur libéral, un certificat d'identification établi par la ou les caisses primaires d'assurance maladie du secteur d'exercice **et** une attestation d'inscription au rôle de la patente ou de la taxe professionnelle ou à la cotisation foncière des entreprises 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 (**originaux obligatoires**)
- 9) Une attestation de prise en charge ou de demande de prise en charge des frais de scolarité par l'employeur ou l'organisme de financement concerné, ou, à défaut, un engagement sur l'honneur du candidat de régler les frais de scolarité (possibilité de remplir l'**Annexe n°4**)
- 10) Un certificat médical **original** émanant d'un **médecin agréé** attestant l'aptitude physique et l'absence de contre-indication au suivi de la formation (**Annexe n°5**)

- 11) Un certificat médical **original**, attestant que le candidat satisfait aux obligations d'immunisation mentionnées à l'article L. 3111-4 du code de la santé publique (**Annexe n°6**)
La liste des médecins agréés est fournie par l'ARS.
- 12) Pour les candidats d'outre-mer, le choix du lieu du concours (**Annexe n°7**)
- 13) Un chèque de **150 €**, libellé à l'ordre du « **Trésor Public** », en règlement des frais de gestion du dossier. Ce paiement reste acquis à l'IFCS en cas de désistement ou d'échec au concours d'entrée à la formation cadre. Une quittance de paiement sera remise le jour de l'épreuve écrite

**TOUT DOSSIER INCOMPLET OU REÇU APRÈS
LE 15 FEVRIER 2024 NE POURRA ETRE TRAITÉ
(CACHET DE LA POSTE FAISANT FOI)**

Ne pourront se présenter aux épreuves de sélection que les candidats dont le dossier sera parvenu complet à l'IFCS à la date de clôture des inscriptions.

Ce dossier est à adresser à l'adresse suivante :

Institut de Formation des Cadres de Santé

Centre Hospitalier Universitaire

2 rue de la Milétrie – CS 90577

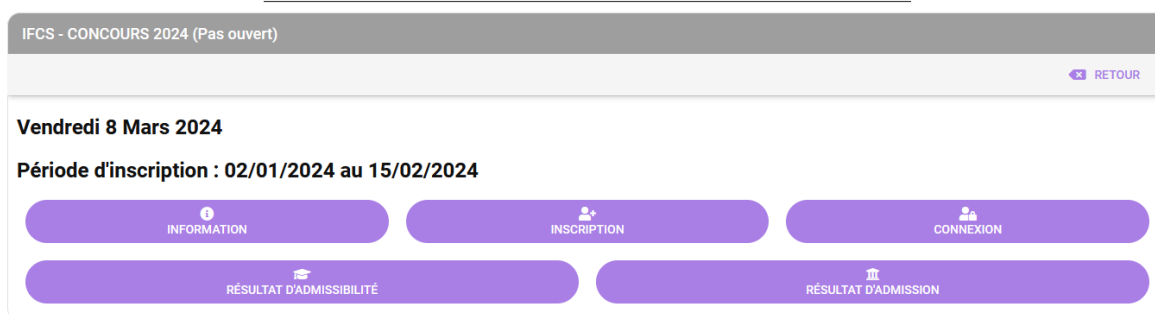
86021 POITIERS CEDEX

☎ : 05 49 44 44 21 – Fax : 05 49 44 42 15

E-mail : ifcs.secretariat@chu-poitiers.fr

AIDE A LA PRE-INSCRIPTION

Sur la page de préinscription aux concours, repérer celui auquel vous souhaitez vous inscrire et cliquer sur le bouton gris « information » pour imprimer votre dossier d'inscription papier puis sur le bouton vert « S'inscrire » pour générer un mot de passe.



Lorsque vous avez reçu votre mot de passe, cliquer sur le bouton bleu « Connexion » et vous identifier avec votre adresse mail et votre mot de passe pour accéder à la fiche d'inscription.

Sur cette fiche, la saisie est obligatoire pour certains items et non obligatoire pour d'autres. Cependant, nous vous demandons de renseigner le maximum d'informations.

Penser à cocher, dater et signer la fiche d'inscription (en bas de page)

→ **Dans la rubrique « Diplôme professionnel initial »**

Noter votre diplôme professionnel puis

Noter dans « Précision » vos diplômes universitaires

→ **Dans la partie « Adresse durant la formation » :**

Noter l'adresse où vous logerez durant la formation si vous la connaissez

Si c'est la même que votre adresse habituelle, la saisir à nouveau

Si vous ne la connaissez pas encore, noter « Inconnue »

2.2 ÉPREUVES DE SÉLECTION

Les épreuves de sélection sont les suivantes :

1. **Une épreuve d'admissibilité**, écrite et anonyme. Cette épreuve d'une durée de quatre heures, notée sur 20, consiste en un commentaire d'un ou plusieurs documents relatifs à un sujet d'ordre sanitaire ou social. Elle a pour but de tester les capacités d'analyse et de synthèse du candidat, son aptitude à développer et argumenter ses idées par écrit. Sont déclarés admissibles les candidats ayant obtenu une **note égale ou supérieure à 10 sur 20**.

Fraude ou tentative de fraude :

Toute fraude ou tentative de fraude peut entraîner des sanctions pouvant aller jusqu'à l'exclusion définitive des épreuves de sélection, sans préjuger des poursuites éventuelles qui pourraient être engagées. Pendant les épreuves, seule la pièce d'identité et la convocation du candidat sont posées sur la table, aucun autre document n'est accepté. Les téléphones portables et tout autre appareil connecté doivent être éteints et rangés. Il est interdit de conserver tout appareil permettant le stockage ou la diffusion d'informations (montre connectée...)

Aménagement des épreuves :

Les candidats présentant un handicap doivent adresser un certificat établi par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) pour bénéficier d'un aménagement des épreuves.

2. **Une épreuve d'admission** à partir d'un dossier rédigé par le candidat (projet professionnel) ; ce dossier se compose :

a. **d'un curriculum vitae** ;

b. **d'une présentation personnalisée** portant sur :

- son expérience et ses perspectives professionnelles, sa participation à des travaux, études, publications, groupes de réflexion, actions de formation et, éventuellement les responsabilités exercées dans des organismes ou associations
- ses conceptions de la fonction de cadre et son projet professionnel
- l'analyse critique d'une situation professionnelle permettant d'illustrer la conception et la projection dans la fonction cadre.

Cette épreuve, notée sur 20, porte sur :

- le dossier examiné par le jury
- l'exposé de **10 minutes**, au cours duquel le candidat présente le dossier
- l'entretien de **20 minutes**, avec les membres du jury.

Ce dossier - projet professionnel - (maximum 10 pages hors annexes) sera remis à l'IFCS en 3 exemplaires le **8 mars 2024 – lors de l'épreuve d'admissibilité. Ces dossiers devront comporter, en haut à droite, sur la page de garde les nom et prénom ainsi **qu'une photo d'identité**. Pour les femmes mariées, merci de préciser le nom de naissance suivi du nom d'usage et du prénom.**

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.**

2.3 L'ADMISSION

Selon le classement, le candidat est admis sur liste principale ou liste complémentaire.

L'arrêté du 14 août 2002 permet aux candidats inscrits sur liste complémentaire de s'inscrire dans un autre institut de leur choix.

Lorsque les listes complémentaires sont incomplètes, les IFCS peuvent faire appel aux candidats inscrits dans un autre IFCS, selon les modalités réglementaires suivantes :

«Lorsque, dans un institut de formation des cadres de santé, la liste complémentaire établie à l'issue des épreuves de sélection n'a pas permis de pourvoir l'ensemble des places offertes aux professions visées par l'arrêté du préfet de région mentionné à l'article 5, le directeur de l'institut concerné peut faire appel, pour chaque profession concernée, à des candidats de cette profession, inscrits sur la liste complémentaire d'autres instituts de formation des cadres de santé et restés sans affectation à l'issue de la procédure d'admission dans ceux-ci. Ces candidats sont admis dans l'institut concerné dans l'ordre d'arrivée de leur demande d'inscription et dans la limite des places disponibles. Une priorité est toutefois accordée aux candidats de la profession en cause ayant passé le concours dans la région de l'institut concerné, dans le cas où il existe plusieurs instituts de formation des cadres de santé dans cette région. Cette procédure d'affectation des candidats dans les instituts de formation des cadres de santé ne peut être utilisée que pendant l'année au titre de laquelle les épreuves de sélection ont été organisées dans ceux-ci. »

Il est ajouté à l'article 8 de l'arrêté du 18 août 1995 susvisé un alinéa ainsi rédigé : « Lorsque, dans un institut de formation des cadres de santé, la procédure définie à l'alinéa précédent n'a pas permis de pourvoir l'ensemble des places attribuées à une des professions visées par l'arrêté du préfet de région mentionné à l'article 5, les places laissées vacantes peuvent être offertes à des candidats des autres professions formées dans l'institut, classés sur la liste complémentaire du concours d'entrée dans l'institut concerné établie pour leur profession. Parmi ces candidats, la priorité est donnée à ceux ayant obtenu le plus grand nombre de points aux épreuves de sélection organisées dans cet institut ». (Art. 5 – Arrêté du 14 août 2002 modifiant l'arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé)

POSSIBILITÉS DE REPORT DE SCOLARITÉ

Ceux-ci sont régis par l'article 9 de l'arrêté du 18 août 1995 modifié :

"Les résultats des épreuves d'admission ne sont valables que pour la rentrée en vue de laquelle les épreuves ont été organisées. Le directeur de l'institut accorde un report de droit d'une année en cas de départ au service national, de congé maternité, de congé d'adoption ou de congé pour garde d'un enfant de moins de quatre ans. Il accorde également un report de droit d'une année, renouvelable une fois, en cas de rejet de demande d'accès à la formation professionnelle ou à la promotion sociale, de rejet de demande de congé de formation ou de rejet de demande de mise en disponibilité.

En outre, en cas de maladie, d'accident ou si le candidat apporte la preuve de tout événement grave lui interdisant d'entreprendre ses études au titre de l'année en cours, un report de scolarité d'une année peut être accordé par le directeur de l'institut, après avis du conseil technique."

3. JOURNÉE D'INFORMATIONS

L'IFCS organise une demi-journée d'information, ayant pour but d'apporter des renseignements sur les épreuves de sélection, le projet pédagogique et le contenu de la formation, le :

Mardi 23 janvier 2024 de 14h30 à 16h30

Pour les personnes désirant y participer, merci de bien vouloir adresser un mail à ifcs.secretariat@chu-poitiers.fr

avant le 18 janvier 2024

4. PRÉ-FORMATION

La formation continue du CHU en lien avec l'IFCS organise :

- une préparation à la formation cadre et à son concours d'entrée d'une durée de 17,5 jours. Une journée supplémentaire de préparation à l'oral est accessible pour les personnes admissibles entre les 2 épreuves ;
- une action de formation « Evoluer vers une fonction d'encadrement » d'une durée de 2 jours pour tout professionnel souhaitant se diriger vers le métier cadre de santé.

Pour tous renseignements, s'adresser à :

Cellule de Formation Continue
Centre Hospitalier Universitaire
2 rue de la Milétrie - CS 90577
86021 POITIERS CEDEX
☎ : 05 49 44 45 13 ou poste 44513

5. CONDITIONS MATÉRIELLES

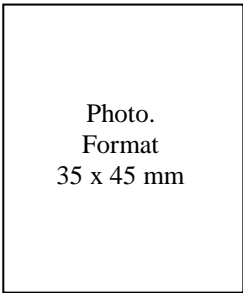
Droits d'inscription à la sélection : 150,00 €

Droits d'inscription à la formation cadre et universitaire Master 2 : 243,00 € ⁽¹⁾ (tarif 2023)

Frais de scolarité pour la formation cadre : tarifs 2024

- 12 000 € si prise en charge par l'employeur ou organisme de financement
- 9 000 € si l'étudiant ne perçoit aucune rémunération

¹ Tarifs modifiés par arrêté ministériel



ANNEXE N°1

(à joindre au dossier d'inscription)

CONCOURS D'ENTRÉE 2024

DOSSIER D'INSCRIPTION FORMATION CADRE DE SANTÉ

IDENTITÉ	Cadre réservé à l'école
<p>NOM DE NAISSANCE</p> <p>NOM D'USAGE</p> <p>PRÉNOMS</p> <p>DATE DE NAISSANCE NATIONALITÉ</p> <p>LIEU DE NAISSANCE</p> <p>ADRESSE PERSONNELLE</p> <p>.....</p> <p>CODE POSTAL VILLE</p> <p>Mobile Fixe </p> <p>E-mail@.....</p> <p>SITUATION FAMILIALE</p> <p>PERSONNE A CONTACTER</p> <p>NOMBRES D'ENFANTS :</p> <p>N° sécurité sociale Clé </p>	<p>Pièces fournies :</p> <p><input type="checkbox"/> Chèque de 150 €</p> <p><input type="checkbox"/> 2 photos</p> <p><input type="checkbox"/> Carte d'identité ou passeport</p> <p><input type="checkbox"/> Autorisation publication des résultats</p> <p><input type="checkbox"/> Diplômes</p> <p><input type="checkbox"/> Relevé activités professionnelles</p> <p><input type="checkbox"/> Attestation de l'employeur</p> <p><input type="checkbox"/> Attestation de prise en charge</p> <p>Certificat médical :</p> <p><input type="checkbox"/> D'aptitude</p> <p><input type="checkbox"/> De vaccinations</p> <p><input type="checkbox"/> Annexe spécifique DROM/COM</p>
PROFESSION	Cadre réservé à l'école
<p>DIPLOME PROFESSIONNEL INITIAL OBTENU le </p> <p>Filière soins :</p> <p><input type="checkbox"/> IDE spécialité éventuelle (IBODE, IADE, Puéricultrice...) :</p> <p>Filière médico-technique :</p> <p><input type="checkbox"/> Manipulateurs d'Électroradiologie Médicale</p> <p><input type="checkbox"/> Préparateurs en Pharmacie Hospitalière</p> <p><input type="checkbox"/> Technicien de laboratoire d'analyses de biologie médicale</p> <p>Filière rééducation :</p> <p><input type="checkbox"/> Masseurs-Kinésithérapeutes <input type="checkbox"/> Psychomotriciens <input type="checkbox"/> Orthoptistes</p> <p><input type="checkbox"/> Orthophonistes <input type="checkbox"/> Diététiciens <input type="checkbox"/> Ergothérapeutes <input type="checkbox"/> Pédicures podologues</p>	<p><u>Nombre d'années d'exercice</u> <u>professionnel :</u></p> <p>.....ans</p>

RENSEIGNEMENTS PROFESSIONNELS

LIEU DE TRAVAIL

SIRET DE L'ETABLISSEMENT EMPLOYEUR

ADRESSE PROFESSIONNELLE.....

.....

CODE POSTAL |_|_|_|_|_| VILLE

UNITÉ/SERVICE..... Téléphone fixe |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

E-mail professionnel @

Exercez-vous en qualité de Faisant Fonction de Cadre de Santé ?

OUI

NON

NIVEAU D'ÉTUDES ET DIPLOMES

DIPLOME PROFESSIONNEL INITIAL

TITRE	ANNÉE	LIEU D'OBTENTION

FORMATION GÉNÉRALE ET UNIVERSITAIRE

TITRE	ANNÉE	LIEU D'OBTENTION
BACCALAURÉAT SÉRIE		
DIPLOMES UNIVERSITAIRES		
-		
-		

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Avez-vous suivi une formation préparant au concours d'entrée à l'IFCS ?

OUI

NON

Si oui, précisez le lieu et l'année :

.....

Avez-vous déjà passé les concours de sélection pour entrer en IFCS ?

OUI

NON

Si oui, précisez le lieu et l'année :

.....

Participez-vous à des sélections dans d'autres IFCS ? OUI NON

Si oui, précisez les lieux :

Date :

Signature obligatoire :

ANNEXE N°2

(à joindre au dossier d'inscription)

CONCOURS D'ENTRÉE 2024 DOSSIER D'INSCRIPTION FORMATION CADRE DE SANTÉ

LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS PUBLICATION RÉSULTATS

J'ai pris connaissance de la loi informatique et libertés et j'autorise l'IFCS de POITIERS à mémoriser les données administratives me concernant dans le strict cadre de la gestion de la sélection et éventuellement du cursus de la formation cadre.

Les résultats du concours seront affichés et publiés sur Internet :

www.chu-poitiers.fr

Rubrique Enseignement/Résultats des concours

La publication est limitée au résultat d'admissibilité et d'amission (admis sur liste principale ou sur liste complémentaire).

En l'absence de réponse de votre part, votre accord de publication électronique sera considéré comme acquis.

✂-----

Je soussigné(e) (NOM, Prénom).....

- autorise l'IFCS à publier mon nom sur le site internet lors des résultats (2*)
- n'autorise pas l'IFCS à publier mon nom sur le site internet lors des résultats (*)

Fait à Le

Signature obligatoire :

(*) Merci de cocher la case correspondante à votre choix

ANNEXE N°3

(à joindre au dossier d'inscription)

RELEVÉ DES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES

NOM ET PRÉNOM DU CANDIDAT			
Dates précises des périodes d'exercice		Fonction occupée	Quotité de temps de travail (ex. 50%, 80%, 100%)	Nom et adresse de l'établissement employeur
Du	Au			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
TOTAL EQUIVALENT TEMPS PLEIN (en années, mois, jours)			

ANNEXE N°4
(à joindre au dossier d'inscription)

ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE SCOLARITÉ DE LA FORMATION CADRE DE SANTÉ

Sous réserve de son admission à la formation cadre de santé pour l'année 2024, les frais de scolarité d'un montant de **12 000 €** de :

Madame, Monsieur¹:

Grade :

seront pris en charge par l'établissement ⁽²⁾

ou

seront examinés par une commission avant décision de prise en charge ⁽³⁾

Pour information, paiement en deux fois : **4 800 €** pour l'année 2024 et **7 200 €** pour l'année 2024 (montants susceptibles d'être modifiés)

- En cas de réalisation partielle de la formation du fait de l'employeur financeur ou du stagiaire, l'employeur financeur s'engage au versement, à titre de dédommagement à 50 % du montant des heures de formation prévues non suivies, calculé selon la règle du *prorata temporis*.

Fait à : Le :

Signature et cachet de l'établissement

✂

-

Je soussigné(e) (NOM, Prénom)

m'engage sur l'honneur, en cas d'admission à la formation Cadre de santé, à prendre en charge les frais de scolarité, soit **9 000 €**. Des possibilités d'étalement de paiement sont possibles.

- Si l'agent est dans l'obligation d'interrompre sa scolarité, le stagiaire, s'engage au versement, à titre de dédommagement de 50 % du montant des heures de formation prévues non suivies, calculé selon la règle du *prorata temporis*.

Fait à : Le :

Signature obligatoire

¹ Rayer la mention inutile

² Cochez la case choisie

³ Cochez la case choisie

ANNEXE N°5

(à joindre au dossier d'inscription)

CERTIFICAT MÉDICAL (Certificat médical émanant d'un médecin agréé)

Je soussigné(e), Docteur, Médecin Agréé ⁽¹⁾,
certifie avoir examiné ce jour :

Monsieur, Madame ²

Né(e) le à

Domicilié(e)

.....

.....

atteste de son aptitude physique et de l'absence de contre-indication au suivi de la formation cadre de santé

Fait à le

CACHET DU MÉDECIN AGRÉÉ,

SIGNATURE DU MÉDECIN AGRÉÉ

¹ La liste des médecins agréés est disponible auprès de l'ARS de votre région

² Merci de rayer la mention inutile

ANNEXE N°6

(à joindre au dossier d'inscription)

CERTIFICAT MÉDICAL DE VACCINATIONS ⁽¹⁾

Je soussigné(e), Docteur.....

Atteste que Monsieur, Madame ⁽²⁾

Né(e) le à

satisfait aux obligations d'immunisation mentionnées à l'article L.3111-4 du code de la santé publique et est à jour des vaccinations conformément au calendrier des vaccinations mentionné à l'article L. 311-1 du code de la santé publique.

DATES DES VACCINS

BCG	1 ^{ère} injection		2 ^{ème} injection	
Test tuberculinique	Résultat :			
DT Polio	1 ^{ère} injection :	2 ^{ème} injection	Rappel	
Hépatite B	Rappel :			
Taux des anticorps anti-Hbs				
Rougeole – Oreillons – Rubéole	1 ^{ère} injection :			
	Rappel :			
COVID- 19	1 ^{ère} injection	2 ^{ème} injection	3 ^{ème} injection	

Fait à le

CACHET DU MÉDECIN AGRÉÉ,

SIGNATURE DU MÉDECIN AGRÉÉ

¹ Ce certificat peut être rempli par votre médecin traitant ou un médecin du travail de votre établissement

² Merci de rayer la mention inutile

ANNEXE N°7

(à joindre au dossier d'inscription)

**POUR LES CANDIDATS
DES DÉPARTEMENTS OU RÉGIONS D'OUTRE-MER
OU COLLECTIVITÉS D'OUTRE-MER**

DOCUMENT À RETOURNER COMPLÉTÉ AVANT LE 15 FEVRIER 2024

NOM DE NAISSANCE

NOM D'USAGE.....

PRÉNOM

Né(e) le

Souhaite passer l'épreuve écrite de la sélection le **vendredi 8 mars** à⁽¹⁾ :

L'IFCS de POITIERS

DROM ou COM d'origine

Nom du DROM ou de la COM concerné(e).....

L'organisation de l'épreuve écrite sur le DROM ou la COM d'origine ne sera possible que si l'ARS concernée valide cette disposition. Les démarches sont à faire par vos soins.

Date :

Signature :

¹ Cochez la case choisie

PLAN ET ACCÈS À L'INSTITUT DE FORMATION DES CADRES DE SANTÉ DU CHU POITIERS

ACCÈS GÉNÉRAL

Pour les accès par bus,
consulter :
<http://www.vitalis-poitiers.fr>

