

INFORMATIONS RELATIVES AUX ÉPREUVES DE SÉLECTION POUR L'ENTRÉE A L'I.F.C.S. DE L'E.P.S. VILLE-ÉVRARD

Période d'inscription :	Les dossiers de candidature doivent être adressés à l'I.F.C.S à partir du 2 janvier 2025 et jusqu'au 15 février 2025 dernier délai cachet de la poste faisant foi. A noter : Il est toutefois conseillé de nous retourner les dossiers avant le 31 janvier afin de pouvoir régulariser, le cas échéant, les pièces manquantes ou non conformes
Public concerné et condition :	Toutes les professions citées au décret 95-926 du 18/08/1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé : Les infirmiers (toutes spécialisations confondues), les manipulateurs d'électroradiologie médicale, les préparateurs en pharmacie, les techniciens de laboratoire d'analyses de biologie médicale, les ergothérapeutes, les psychomotriciens, les audioprothésistes, les diététiciens, les masseurs-kinésithérapeutes, les opticiens-lunetiers, les orthoptistes, les orthophonistes, les pédicures-podologues. <i>(Pour présenter les épreuves de sélection le candidat doit justifier de 4 années au moins d'exercice professionnel en équivalent temps plein au 31 janvier de l'année des épreuves).</i>
Agrément :	40 places
Epreuve écrite d'admissibilité :	<ul style="list-style-type: none"> ↪ Date : le 17 mars 2025 ↪ Lieu : Pôle formation de l'E.P.S VILLE EVRARD situé au 202, avenue Jean Jaurès 93330 Neuilly Sur Marne (fléchage le jour de l'épreuve) ↪ Résultats d'admissibilité : le 03 avril 2025 à 14h00 HORAIRES : <ul style="list-style-type: none"> ↪ convocation à 12h30 ; appel et vérification des identités à 12h30 ↪ fermeture des portes de la salle d'examen et début de l'épreuve à 13h00 ↪ durée de l'épreuve : 4 heures (début de l'épreuve : 13h00 – Fin de l'épreuve : 17h00)
Epreuve orale d'admission :	Les candidats admissibles seront avisés par courrier de la date et l'heure de l'épreuve orale d'admission. <ul style="list-style-type: none"> ↪ Dates : du 19 au 21 mai 2025 ↪ Lieu : I.F.C.S de l'E.P.S VILLE EVRARD situé au 202, avenue Jean Jaurès 93330 Neuilly Sur Marne ↪ Résultats d'admission : le 03 juin 2025 à 14h00
Important :	Il vous appartient de prendre contact de toute urgence avec l'I.F.C.S au 01.43.09.35.41 dans l'éventualité où 15 jours avant la date des épreuves vous n'auriez pas reçu votre convocation. <u>Aucun candidat ne sera admis à concourir après la fermeture des portes de la salle d'examen.</u> En cas de force majeure, les situations seront examinées au cas par cas.
Candidats résidents en outre-mer :	Les candidats domiciliés dans les départements, régions ou collectivités d'outre-mer, peuvent demander à passer sur place l'épreuve écrite d'admissibilité. Ils en font la demande sur le dossier d'inscription. La direction de l'IFCS apprécie l'opportunité d'organiser sur place cette épreuve, en liaison avec l'administration compétente concernée. Les candidats en sont informés par courriel préalablement à l'envoi de la convocation. Il est fortement conseillé aux candidats des DROM-COM de faire parvenir leur dossier à l'IFCS avant le 31 janvier.
Résultats d'admissibilité et d'admission :	Affichage des résultats à l'I.F.C.S et, pour les candidats autorisant ce mode de diffusion, sur le site Internet des écoles de l'E.P.S VILLE-EVRARD (http://ifsi-ifcs.eps-ville-evrard.fr). Aucun résultat ne sera communiqué par téléphone.
Coût de la formation :	A titre d'information le coût pédagogique de la formation de cadre de santé pour l'année 2024/2025 est de 12.550,00 € avec prise en charge financière et de 11.550,00 € à titre individuel. A ces frais pédagogiques s'ajoutent : <ul style="list-style-type: none"> ↪ les frais de VAP (Validation des Acquis Professionnels) pour l'accès en Master II : 150€ en 2024/2025 ↪ les droits d'inscriptions universitaires pour le Master II MOSS préparé durant la formation : 250€ en 2024/2025
Projet pour l'année universitaire 2025-2026	Proposer aux étudiants cadres de santé un choix entre 2 Masters : <ul style="list-style-type: none"> - Celui déjà proposé : le Master II MOSS (Management des Organisations Sanitaires et Sociales) - Projet en cours : le Master II RIS (Recherche et Innovation en Santé) en partenariat avec l'Université Sorbonne Paris Nord

DOSSIER D'INSCRIPTION



AUX ÉPREUVES DE SÉLECTION POUR L'ENTRÉE A L'I.F.C.S. DE L'E.P.S. VILLE-EVRARD

Année 2025

« Merci de coller
ici votre photo
d'identité »

Ce dossier est à retourner à :

L'I.F.C.S de l'E.P.S VILLE-EVRARD – Pôle de Formation
202 Avenue Jean JAURES - 93332 Neuilly sur Marne Cedex

Dépôt des dossiers :

A partir du **02 janvier 2025** et jusqu'au **15 février 2025 inclus dernier délai** (*cachet de la poste faisant foi*)

Etat Civil

Nom de naissance : _____ Prénoms (s) : _____

Nom Usuel¹ : _____ Date de naissance :

--	--	--	--	--	--	--	--

Ville de naissance : _____ Dpt et pays de naissance : _____

Nationalité : _____ Sexe : Féminin Masculin

Adresse et coordonnées

Adresse : _____

Code postal : /_/_/_/_/_/_/ Ville : _____

Téléphone : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/ Courriel² : _____ @ _____

~~~~~

Les candidats résidants en outre-mer peuvent demander à passer l'épreuve écrite d'admissibilité sur place. Si vous êtes dans cette situation veuillez préciser votre DROM-COM<sup>3</sup> :

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

La direction de l'IFCS appréciera l'opportunité de l'organisation délocalisée de cette épreuve, en liaison avec l'administration compétente concernée. Le candidat en sera informé par courriel préalablement à l'envoi de la convocation.

Il est fortement conseillé aux candidats des DROM-COM de faire parvenir leur dossier à l'IFCS avant le 31 janvier.

<sup>1</sup> Nom usuel / marital

<sup>2</sup> Les informations utiles à la procédure des épreuves de sélection vous sont communiquées par mail

<sup>3</sup> Départements, régions, collectivités d'outre-mer

## Profession & Etablissement Employeur

Votre Profession : \_\_\_\_\_

Employeur (*nom – adresse*) : \_\_\_\_\_

Service dans lequel vous exercez : \_\_\_\_\_

Votre téléphone professionnel : \_\_\_\_\_

## Expérience professionnelle

Durée totale de votre expérience professionnelle<sup>4</sup> en lien avec le diplôme qui vous permet de présenter les épreuves de sélection : \_\_\_\_\_ années.

Exercez-vous ou avez-vous déjà exercé en tant que faisant fonction de cadre de santé :  oui  non

Si oui merci de préciser la durée : \_\_\_\_\_  mois  année

## Préparation aux épreuves de sélection

Avez-vous suivi une formation préparant aux épreuves de sélection pour l'entrée en IFCS :  oui  non

## Formation Professionnelle

Date d'obtention de votre diplôme professionnel, certificat ou autre titre permettant d'exercer la profession citée dans le décret n° 95-926 du 18 août 1995 : 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Autres diplômes professionnels (notamment spécialisation infirmière) :

Titre : \_\_\_\_\_ Date d'obtention : 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Titre : \_\_\_\_\_ Date d'obtention : 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Titre : \_\_\_\_\_ Date d'obtention : 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

<sup>4</sup> Au moins égale à 4 années de travail effectif en équivalent temps plein au 31 janvier de l'année des épreuves de sélection

## Enseignements secondaires

### Diplômes/titres obtenus :

\_\_\_\_\_ Date obtention :

\_\_\_\_\_ Date obtention :

\_\_\_\_\_ Date obtention :

## Enseignements supérieurs

### Diplômes/titres obtenus :

\_\_\_\_\_ Date obtention :

\_\_\_\_\_ Date obtention :

\_\_\_\_\_ Date obtention :

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_

certifie sincères et exacts les renseignements fournis au présent dossier.

Fait à \_\_\_\_\_

Date :

Signature :

### Modalités de règlement de vos frais d'inscription : 105,00 € (cent cinq euros)

- par virement bancaire : le RIB de l'IFCS vous sera communiqué par mail à réception de votre dossier d'inscription. Votre dossier sera instruit à réception de votre virement
- par carte bancaire si vous souhaitez venir déposer votre dossier d'inscription sur place

### Cadre réservé à l'I.F.C.S

Dossier traité à compter du 2 janvier 2025 et jusqu'au 15 février 2025 (clôture des inscriptions)

Le   2025 Signature :

**Qualiopi**   
processus certifié

 RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

 Région  
Île de France

UNIVERSITÉ  
**SORBONNE**  
**PARIS NORD**

La certification qualité a été délivrée au titre de la catégorie d'action suivante :  
**ACTIONS DE FORMATION**

## LISTE DES PIÈCES À JOINDRE AU DOSSIER

- ❑ Une lettre **manuscrite** de demande d'inscription adressée de manière impersonnelle à la directrice de l'I.F.C.S.
- ❑ **Un curriculum vitae actualisé**
- ❑ Une photocopie **recto-verso** de la Carte Nationale d'Identité ou du Passeport ou de la Carte de Séjour **en cours de validité**
- ❑ Une photocopie **de votre diplôme professionnel vous permettant de présenter les épreuves de sélection (voir en annexe 1 les professions autorisées)**. Votre diplôme devra comporter la mention manuscrite « je certifie la photocopie conforme à l'original » date et signature. Cette mention est à inscrire par le candidat sur la photocopie de son diplôme
- ❑ L'attestation d'enregistrement de votre diplôme professionnel au répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS)
- ❑ **Une attestation du ou des employeur(s) justifiant d'au moins quatre années effectives d'exercice professionnel en équivalent temps plein au 31 janvier 2025 depuis l'obtention de votre diplôme professionnel**. Ces attestations doivent mentionner clairement une date de début et, le cas échéant, de fin d'activité ainsi que la quotité travaillée.  
**Pour les candidats exerçant dans le secteur libéral :**
  - ☞ un certificat d'identification établi par la ou les caisses primaires d'assurance maladie du secteur de leur exercice
  - ☞ ou une attestation d'inscription au rôle de la patente ou de la taxe professionnelle pour la période correspondant à leur exercice et tous autres documents permettant de justifier des modes d'exercices
- ❑ **Le certificat médical (ou une copie conforme) ci-joint (annexe 2), datant de moins d'un an à la date de clôture des inscriptions, dûment complété par un médecin agréé, attestant l'aptitude physique et l'absence de contre-indication au suivi de la formation cadre** (pour obtenir le nom d'un médecin agréé vous devez contacter l'A.R.S de votre région).
- ❑ **Le certificat médical (ou une copie conforme) ci-joint (annexe 3)**, attestant que le candidat est à jour des vaccinations obligatoires prévues par l'article L.10 du code de la santé publique.
- ❑ **Le formulaire ci-joint (annexe 4)**, dûment complété et signé.
- ❑ **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.
- ❑ **Le règlement des frais de dossier d'un montant de 105,00 € (cent cinq euros) par virement bancaire** (RIB de la régie fourni au candidat par mail à réception de son dossier) **ou par carte bancaire** si dépôt du dossier sur place à l'IFCS (pôle formation). Tout dossier parvenu à l'I.F.C.S ne fera l'objet d'aucun remboursement.
- ❑ **Une photo d'identité (format officiel)** à coller sur le dossier d'inscription à l'endroit indiqué.
- ❑ **Deux enveloppes** format 11 cm X 22 cm affranchies au tarif en vigueur.

EN CAS DE DOSSIER INCOMPLET  
L'INSCRIPTION AUX ÉPREUVES DE SÉLECTION POUR  
L'ENTRÉE A L'I.F.C.S. DE L'E.P.S. VILLE-ÉVRARD  
NE SERA PAS RETENUE

## Annexe 1

# INSTITUT DE FORMATION DES CADRES DE SANTE DE L'E.P.S VILLE-EVRARD

\*\*\*\*\*

### Liste des professions autorisées à présenter les épreuves de sélection pour l'entrée en IFCS

- les audioprothésistes
- les diététiciens
- les ergothérapeutes
- les infirmiers
- les infirmiers de secteur psychiatrique
- les manipulateurs d'électroradiologie médicale
- les masseurs-kinésithérapeutes
- les opticiens-lunetiers
- les orthoptistes
- les orthophonistes
- les pédicures-podologues
- les préparateurs en pharmacie
- les psychomotriciens
- les techniciens de laboratoire d'analyses de biologie médicale

## Annexe 2

# INSTITUT DE FORMATION DES CADRES DE SANTE DE L'E.P.S VILLE-EVRARD

\*\*\*\*\*

## CERTIFICAT MÉDICAL

*(Certificat médical émanant d'un médecin agréé A.R.S)*

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_

médecin agréé(e), certifie avoir examiné le : 

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

Monsieur, Madame : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_


Demeurant au: \_\_\_\_\_

CP /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/ Ville : \_\_\_\_\_

**et atteste l'aptitude physique et l'absence de contre-indication au suivi de la Formation de Cadre de Santé**

Cachet du médecin agréé

Signature du médecin agréé

Médecins agréés ARS IDF :  <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/listes-de-medecins-agrees-en-ile-de-france>

Annexe 3

**INSTITUT DE FORMATION DES CADRES DE SANTE  
DE L'E.P.S VILLE-EVRARD**

\*\*\*\*\*

**CERTIFICAT MÉDICAL**

Je soussigné(e), Dr \_\_\_\_\_

certifie avoir examiné le : 

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

Monsieur, Madame : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_

Demeurant : \_\_\_\_\_

CP : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/ Ville : \_\_\_\_\_

**et atteste que la personne est à jour des vaccinations obligatoires prévues par l'article L. 10 du code de la santé publique.**

**Cachet du médecin**

**Signature du médecin**



## Annexe 4

# INSTITUT DE FORMATION DES CADRES DE SANTE DE L'E.P.S VILLE-EVRARD

\*\*\*\*\*

## FORMULAIRE À COMPLÉTER

Je soussigné(e) M.  Mme  .....

1. Atteste sur l'honneur que la **photocopie de mon diplôme professionnel** ainsi que toutes les photocopies fournies au présent dossier sont conformes aux originaux.

2. Autorise la publication électronique de mes résultats aux épreuves de sélection sur le site internet des instituts de formation de l'EPS VILLE-EVRARD [<http://ifsi-ifcs.eps-ville-evrard.fr>] :

OUI       NON

Fait à \_\_\_\_\_

Le

**Signature :**