Informations relatives aux épreuves de sélection pour l'entrée à l'I.F.C.S de l'EPS VILLE-EVRARD

Période d'inscription :	Les dossiers de candidature (ci-dessous) doivent être adressés à l'I.F.C.S <u>à partir du 2 janvier et jusqu'au 15 février</u> dernier délai cachet de la poste faisant foi. ***A noter** : Il est toutefois conseillé de nous retourner les dossiers avant le <u>31 janvier</u> 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.** *(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).*
Agrément :	**L'I.F.C.S de l'EPS VILLE EVRARD dispose d'un agrément du Conseil Régional d'Ile de France pour 40 places.**
Epreuve écrite d'admissibilité :	↳ Date : **<u>le lundi 15 mars 2027 de 13h00 à 17h00</u>** ↳ 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 1er avril 2027 à 14h00** **<u>HORAIRES</u>** : ↳ 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.** ↳ Dates : **<u>du 18 au 20 mai 2027</u>** ↳ 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 1er juin 2027 à 14h00**
Important :	**Il vous appartient de prendre contact 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 en situation de handicap :	Les candidats présentant un handicap peuvent déposer une demande d'aménagement des épreuves. Ils adressent leur demande à l'un des médecins désignés par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées et en informent l'institut de formation. Le directeur de l'institut met en œuvre les mesures d'aménagement préconisées.
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 <u>(http://ifsi-ifcs.eps-ville-evrard.fr).</u> **Aucun résultat ne sera communiqué par téléphone.**
Coût de la formation :	Le coût pédagogique de la formation de cadre de santé à l'IFCS est de **12.550,00 € avec prise en charge financière et de 11.550,00 € à titre individuel.** A ces frais s'ajoutent[1] : ↳ *les frais de VAP (Validation des Acquis Professionnels) pour l'accès en Master II : 150€* ↳ *les droits d'inscriptions universitaires pour le Master II préparé durant la formation : 255€* ↳ *les droits d'inscription pour les candidats hors union européenne (extra-communautaire) est de 3950 €*
Double cursus de formation :	En plus du Diplôme d'Etat de Cadre de Santé, l'IFCS vous propose en parallèle l'obtention d'un Master II au choix, grâce à un partenariat conclu avec l'Université Sorbonne Paris Nord : **le Master II MOSS** (Management des Organisations Sanitaires et Sociales) **<u>OU</u> le Master II RIS** (Recherche et Innovation en Santé)

[1] A avancer par l'étudiant

DOSSIER D'INSCRIPTION

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

Année 2027

« 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 Formation Bureau 14
202 Avenue Jean JAURES - 93332 Neuilly sur Marne Cedex

Dépôt des dossiers :
☞A partir **du 02 janvier 2027 et jusqu'au 15 février 2027 inclus dernier délai** *(cachet de la poste faisant foi)*

Etat Civil

Nom de naissance : _____ Prénoms (s) : _____

Nom Usuel[2] : _____ Date de naissance : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

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

Nationalité : _____ Sexe : ☐**Féminin** ☐**Masculin**

Adresse et coordonnées

Adresse : _____

_____

Code postal : /__/__/__/__/__/ Ville : _____

Téléphone : /____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/

Courriel[3] : _____ @_____

~~~~~~~~~~~~~~~~~~

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[4] :

☐**Martinique** ☐**Guadeloupe** ☐**Guyane** ☐**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 recommandé aux candidats des DROM-COM de faire parvenir leur dossier avant le 31 janvier 2027 et de prévoir un envoi dématérialisé à l'adresse : ecole.cadres@epsve.fr

[2] Nom usuel / marital
[3] Les informations utiles à la procédure des épreuves de sélection vous sont communiquées par mail
[4] Départements, régions, collectivités d'outre-mer
~~~~~~~~~~~~~~~~~~

Profession & Etablissement Employeur

Votre Profession *(voir annexe 1)* : _____

Employeur *(nom – adresse)* : _____

_____

Service dans lequel vous exercez : _____

Téléphone professionnel : _____

Expérience professionnelle

Durée totale de votre expérience professionnelle en lien avec le diplôme professionnel qui vous permet de présenter les épreuves de sélection : _____ années *(minimum 4 ans en équivalent temps plein au 31 janvier de l'année des épreuves de sélection).*

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 : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

<u>Autres diplômes professionnels</u> *<u>(notamment spécialisation infirmière)</u>* **<u>:</u>**

Titre : _____ Date d'obtention : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Titre : _____ Date d'obtention : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Titre : _____ Date d'obtention : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Enseignements secondaires

Diplômes/titres obtenus :

_____ Date obtention : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

_____ Date obtention : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Enseignements supérieurs

Diplômes/titres obtenus :

_____ Date obtention : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

_____ Date obtention : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Candidat en situation de handicap

Présentez-vous une situation de handicap nécessitant un aménagement des épreuves ?

☐ **oui** ☐ **non**

Si oui, merci de joindre un certificat d'un médecin désigné par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées permettant la mise en œuvre des aménagements préconisés.

****

Je soussigné(e), _____

certifie sincères et exacts les renseignements fournis au présent dossier.

Fait à _____

Date : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ **Signature :**

Cadre réservé à l'I.F.C.S

Dossier traité à compter du 2 janvier 2027 et jusqu'au 15 février 2027 (clôture des inscriptions)

Le /_____/_____/2027 Signature :

LISTE DES PIECES A 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
- ☐ **Une attestation de ou des employeur(s)** justifiant **d'au moins quatre années effectives d'exercice professionnel** en équivalent temps plein au 31 janvier 2027. L'expérience est celle de la profession permettant de présenter les épreuves de sélection (voir annexe 1). 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 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
- ☐ **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**
- ☐ **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 sécurisé 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-EVRARD 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

☞ sous réserve des 4 années minimum d'expérience professionnelle en équivalent temps plein au 31 janvier de l'année des épreuves de sélection

1. les audioprothésistes
2. les diététiciens
3. les ergothérapeutes
4. les infirmiers
5. les infirmiers de secteur psychiatrique
6. les manipulateurs d'électroradiologie médicale
7. les masseurs-kinésithérapeutes
8. les opticiens-lunetiers
9. les orthoptistes
10. les orthophonistes
11. les pédicures-podologues
12. les préparateurs en pharmacie
13. les psychomotriciens
14. 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 obligatoirement d'un médecin agréé A.R.S
☞ Contacter l'ARS de votre département pour en obtenir la liste

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**

Lien utile ☞ 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 Á 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 :