



## INSTITUT DE FORMATION AUX METIERS DE LA SANTE

CENTRE HOSPITALIER

avenue Désandrouin – CS 50479 - 59322 VALENCIENNES cédex

☎ 03.27.14.36.36 – Email : [accueil-ifms@ch-valenciennes.fr](mailto:accueil-ifms@ch-valenciennes.fr)

## ECOLE DE PUERICULTRICES

### INSCRIPTION AUX EPREUVES DE SELECTION 2019

*Le quota fixé par arrêté préfectoral est de 28 élèves pour l'Ecole de Puéricultrices de Valenciennes.*

**Je lis attentivement les modalités relatives au concours jointes au présent dossier.**

#### **ETAPE I**

Je complète la fiche d'inscription et y **joins toutes les photocopies des pièces justificatives**

**Je n'oublie pas de dater, signer et vérifier qu'aucune pièce ne manque au dossier.**

#### **ETAPE II**

**Je confirme mon inscription par l'envoi du dossier ainsi constitué, à l'adresse ci-dessus indiquée, uniquement par recommandé avec accusé de réception au plus tard le 04 mars 2019, minuit le cachet de la Poste faisant foi.**

L'ensemble des documents sera placé  
dans une pochette perforée et transparente, format A4, sans agrafe ni trombone

Agrafer ou coller  
une PHOTO D'IDENTITE  
RECENTE  
dans ce cadre  
après avoir noté  
vos nom et prénom  
au verso

**FICHE D'INSCRIPTION AUX EPREUVES DE SELECTION 2019**

**A - IDENTITE**

Madame

Monsieur

(Cochez la case correspondante)

Nom de famille <i>= nom de naissance</i>		
Prénom(s)		
Nom d'usage <i>= nom marital par exemple</i>		
Date de naissance	Lieu de naissance <i>ville - département</i>	
Adresse <i>numéro - rue</i>  <i>adresse de référence pour envoi des courriers</i>		
<i>code postal</i>	<i>commune - ville</i>	
Nationalité :	N° sécurité sociale :	
 personnel	fixe	portable
 parents <input type="checkbox"/> ou proche <input type="checkbox"/>	fixe	portable
Adresse mail		

**B – TITRE D'INSCRIPTION (Cochez 1 seule case)**

<input type="checkbox"/>	1 – Diplôme d'Etat d'Infirmier (ière) à joindre dans le dossier
<input type="checkbox"/>	2 – Diplôme d'Etat de Sage Femme à joindre dans le dossier
<input type="checkbox"/>	3 – Certificat de scolarité pour candidat(e) en 3 <sup>ème</sup> année de formation infirmière à joindre dans le dossier
<input type="checkbox"/>	4 - Certificat de scolarité pour candidat(e) en 4 <sup>ème</sup> année de formation Sage Femme à joindre dans le dossier
<input type="checkbox"/>	5 - Diplôme, Certificat ou autre titre permettant d'exercer la profession de sage-femme ou d'une autorisation d'exercice délivrée par le Ministère chargé de la Santé à joindre dans le dossier
<input type="checkbox"/>	6 - Diplôme étranger d'infirmier ou sage-femme, non validé pour l'exercice professionnel en France, après avoir satisfait à une épreuve écrite d'évaluation de leurs capacités à suivre la formation validé par la DRJSCS à joindre dans le dossier

**C – PIECES ADMINISTRATIVES A FOURNIR**

Effectuer un virement bancaire d'un montant de **95,00 €** pour paiement des droits d'inscription au concours, selon les références suivantes :

**REGIE IFSI CH VALENCIENNES – REGIE RECETTES**

**BIC : TRPUFRP1 IBAN : FR76 1007 1590 0000 0020 1901 706**

**Indiquez impérativement la référence « concours EDP 2019 » suivie des nom et prénoms du candidat.**

**Fournir impérativement une attestation de virement (pas de RIB)**

Mode de paiement dérogatoire en cas d'impossibilité absolue de réaliser un virement bancaire :

Joindre un chèque libellé à l'ordre **DE LA REGIE IFSI CH VALENCIENNES**,

En précisant au dos la référence « concours EDP 2019 » suivie de vos nom et prénoms

Photocopie de la carte d'identité **en cours de validité** Recto/Verso Obligations réglementaires prise en compte pour la carte d'identité (décret n : 20166998 du 20 juillet 2016 modifié) : le décret précise que :

- les candidats qui ont réalisé leur carte d'identité avant l'âge de 18 ans, la durée de validité reste 10 ans.
- les candidats qui ont réalisé leur carte d'identité après 18 ans, la durée de validité passe à 15 ans.

Un Curriculum Vitae

Photocopie du ou des diplômes

**D – PROFIL DU CANDIDAT**

**- Votre cursus scolaire :**

Mois et année de sortie du système scolaire : Mois : .....Année : .....

IFSI D'ORIGINE : .....

**- Vos activités professionnelles :**

	Employeur	Fonction	Poste occupé	Période (du...au.../depuis le...)	Contrat CDD – CDI – Autre (à préciser)
2018					
2017					
2016					
2015					
2014					

**- Prise en charge du coût de formation :**

<b>Elève-étudiant en poursuite d'étude</b>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
<b>Demandeur d'emploi inscrit à Pôle-Emploi</b>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
<b>Salarié Public</b>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Préciser :
<b>Salariée Privé</b>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Préciser :

**E – PUBLICATION DES RESULTATS**

En plus de l'affichage public à l'IFMS, une diffusion des résultats du concours est réalisée sous forme de listes accessibles sur internet « [www.ch-valenciennes.fr](http://www.ch-valenciennes.fr) » rubrique formation

Je refuse de figurer sur ce site

**F – ENGAGEMENT**

**Je soussigné(e), confirme avoir pris connaissance de l'ensemble des points suivants :**

- De l'intégralité du contenu du dossier d'inscription au concours d'admission EDP 2019
- De l'obligation d'appeler le secrétariat de l'Ecole, 8 jours avant la date des épreuves si je n'ai pas reçu ma convocation.
- Du rejet et renvoi du présent dossier par le secrétariat de l'Ecole, si ce dernier demeure incomplet au 04 mars 2019.
- Qu'en cas de désistement, de non-présentation aux épreuves de sélection ou de dossier incomplet, le montant des droits d'inscription reste acquis à l'Ecole.
- Des informations relatives au dossier médical et vaccinal – cf., point 06 et annexe I du dossier.

**J'accepte et je m'engage** à respecter sans réserve les dispositions des textes officiels qui réglementent les épreuves d'admission

(Arrêté du 12 décembre 1990 modifiant décret 47-1544 du 13 août 1947 modifié instituant un diplôme d'Etat de puériculture).

**Je soussigné(e) atteste** sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document.

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ Signature

## ❖ INFORMATIONS GENERALES CONCOURS ❖

Arrêté du 12 décembre 1990 modifiant décret 47-1544 du 13 août 1947 modifié instituant un diplôme d'Etat de puériculture

### 1 – CAPACITE D'ACCUEIL

La capacité d'accueil pour les candidats de l'Ecole de Puéricultrices du Centre Hospitalier de VALENCIENNES est fixée à 28 places.

### 2 – CONDITIONS D'ACCES AU CONCOURS

- Etre titulaire du **Diplôme d'Etat d'Infirmier(ère)**.
- Etre titulaire du **Diplôme d'Etat de Sage-Femme**
- Etre étudiant(e) infirmier(ère) de 3<sup>ème</sup> année d'études ou étudiant sage-femme en 4<sup>ème</sup> année d'études, sous réserve d'obtention de leur Diplôme d'Etat **avant l'entrée en formation de puéricultrice**.
- Etre titulaire **d'un Diplôme, Certificat ou autre Titre permettant d'exercer la profession sage-femme ou d'une autorisation d'exercice délivrée par le Ministère chargé de la Santé**.
- Etre titulaire **d'un Diplôme étranger d'infirmier ou sage-femme**, non validé pour l'exercice professionnel en France, après avoir satisfait à une épreuve écrite d'évaluation de leurs capacités à suivre la formation, validé par la DRJSCS.

*Aucune expérience professionnelle en qualité d'infirmière ou de sage-femme, n'est exigée pour entreprendre la formation de puéricultrice.*

### 3 – LES EPREUVES DE SELECTION :

Les épreuves ont lieu dans l'Ecole de dépôt de dossier du candidat.

Chaque candidat reçoit une convocation par courrier simple.

**Si elle n'est pas parvenue une semaine avant les épreuves, il appartient au candidat de contacter l'Ecole par téléphone au 03.27.14.36.36 ou par mail : « [accueil-ifms@ch-valenciennes.fr](mailto:accueil-ifms@ch-valenciennes.fr) »**

#### - 3.1 Les épreuves écrites et anonymes d'admissibilité

**1<sup>ère</sup> épreuve** - Vérification des connaissances : 40 QCM - 10 QROC

Durée : 1 h 30

Notation sur 20 points (toute note inférieure à 7 est éliminatoire)

**2<sup>ème</sup> épreuve** - Evaluation des capacités d'analyse et de synthèse - Tests Psychotechniques

Durée : 1 h 30

Notation sur 20 points (toute note inférieure à 7 est éliminatoire)

**Pour être admissible,**

- le candidat doit obtenir un total de points au moins égal à 20 sur 40 points aux deux épreuves.
- une note inférieure à 7 sur 20 points à l'une de ces épreuves, est éliminatoire.

**Le candidat déclaré admissible par le jury est autorisé à se présenter à l'épreuve orale d'admission.**

#### - 3.2 L'épreuve orale d'admission

L'épreuve consiste en un entretien avec **un jury composé de trois personnes** :

- ♦ un médecin exerçant dans un établissement de santé public ou privé ;
- ♦ le directeur de l'école de puéricultrices ou son représentant ;
- ♦ une puéricultrice ou un infirmier non enseignant exerçant des fonctions d'encadrement

L'entretien, **relatif à une situation en rapport avec la profession**, est destiné à apprécier l'aptitude du candidat à suivre la formation, ses motivations et son projet professionnel.

- Préparation : **20** minutes

- Exposé suivi d'une discussion : **20** minutes maximum

- Notation : sur **20** points (toute note inférieure à 7 est éliminatoire)

**Pour être admis,**

- le candidat doit obtenir un total de points au moins égal à 30 sur 60 points à l'ensemble des épreuves
- une note inférieure à 7 sur 20 points à l'une des épreuves, est éliminatoire.

#### **4 – RESULTATS DU CONCOURS :**

A l'issue de l'épreuve orale d'admission et **au vu des notes obtenues aux trois épreuves de sélection**, le jury établit une liste de classement qui comprend :

- ♦ **une liste principale,**
- ♦ **une liste complémentaire.**

↳ La liste complémentaire permet de combler les vacances résultant des éventuels désistements de candidats inscrits sur liste principale.

↳ En cas **d'égalité de points** entre deux ou plusieurs candidats, le rang de classement est déterminé par la note obtenue à l'épreuve écrite puis par celle obtenue à l'entretien.

Lorsque cette procédure n'a pas permis de départager les candidats, le candidat le plus âgé sera classé avant les autres.

↳ Lorsque la liste complémentaire n'a pas permis de pourvoir l'ensemble des places offertes, le directeur peut faire appel à des candidats inscrits sur la liste complémentaire d'autres Ecoles de Puéricultrices, restés sans affectation à l'issue de la procédure d'admission dans celles-ci.

Ces candidats sont admis dans les Ecoles de Puéricultrices dans la limite des places disponibles.

Parmi les candidatures reçues par une école, la priorité est accordée à celles émanant de candidats ayant satisfait aux épreuves de sélection dans la région où est située cette école.

Tout candidat de la liste complémentaire n'ayant pas été reclassé en liste principale dans le cadre de la gestion des désistements, perd donc le bénéfice du concours.

**→ Les résultats sont affichés au siège de l'Institut de Formation aux Métiers de la Santé et publiés sur le site internet.**

Tout candidat est simultanément et **personnellement informé de ses résultats et de son classement** par courrier simple conformément à l'adresse indiquée sur son dossier

**Le candidat admis sur liste principale dispose d'un délai de 10 jours, à compter de la date d'affichage des résultats à l'Ecole, pour :**

**CONFIRMER SON ENTREE EN FORMATION ET S'ACQUITTER DES DROITS D'INSCRIPTION.**

**Passé ce délai, le candidat est présumé(e) avoir renoncé à son admission et sa place est proposée au candidat inscrit en rang utile sur la liste complémentaire.**

Les **résultats** des épreuves de sélection ne sont **valables que pour la rentrée** au titre de laquelle elles sont organisées.

**En cas de désistement, quel qu'en soit le motif, les droits d'inscription en formation demeurent acquis à l'Institut.**

## 5 – REPORTS D'ADMISSION :

Des dérogations sont accordées de droit et permettent de conserver le bénéfice de la sélection et de reporter l'entrée en formation en cas de :

- ◆ congé de maternité, congé d'adoption
- ◆ rejet du bénéfice de la promotion professionnelle ou sociale
- ◆ rejet d'une demande de congé de formation
- ◆ rejet d'une demande de mise en disponibilité
- ◆ garde d'un enfant de moins de 4 ans
- ◆ en outre, en cas de maladie, d'accident ou si l'étudiant(e) apporte la preuve de tout événement grave lui interdisant d'entreprendre ses études au titre de l'année en cours, un report exceptionnel peut être accordé par le directeur de l'Ecole de Puéricultrices.

Le directeur de l'Ecole de Puéricultrices fixe la durée des dérogations lorsqu'elles sont supérieures à un an ou en cas de demande de renouvellement, **dans la limite de deux ans**.

Tout candidat ayant bénéficié d'un report d'admission doit, **six mois avant la date de rentrée**, confirmer son intention de reprendre sa scolarité à la rentrée suivante.

**Le report n'est valable** que pour l'Ecole de Puéricultrices dans laquelle le candidat a été admis.

## 6 – DOSSIER MEDICAL : (LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CI-DESSOUS VOUS SONT TRANSMIS A TITRE INFORMATIF ET NE SERONT OBLIGATOIRE QUE POUR VOTRE DOSSIER D'ENTREE EN FORMATION)

L'admission définitive dans une Ecole de puéricultrices est subordonnée :

- à la production, au plus tard, le premier jour de la rentrée, d'un **certificat médical émanant d'un médecin agréé** attestant que le candidat présente les aptitudes physiques et psychologiques nécessaires à l'exercice de la profession,

- à la production, au plus tard le jour de la première entrée en stage, d'une attestation médicale de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France (Annexe 1)



**Les vaccinations doivent être anticipées avant l'entrée en formation.**

**L'attestation ne pourra pas être annotée « en cours de vaccination » lors du premier stage.**

Dans ce cas, la formation serait automatiquement interrompue.

En cas de contre-indication, aucune dérogation ne sera autorisée par l'Agence Régionale de la Santé.

## 7 – TEMPS ET COUTS DE FORMATION:

### - 7.1 Temps de formation :

**Cursus Intégral : de Septembre 2019 à Septembre 2020**

La formation se déroule sur 12 mois répartis :

- 650 heures d'enseignement théorique à l'Institut.
- 710 heures d'enseignement clinique en stage.
- 140 heures de travaux dirigés et d'évaluation.

La présence à l'ensemble des enseignements est obligatoire.

### - 7.2 Coûts de formation :

**- Droits d'Inscription Universitaire : 230,00 €**

*Le droit d'inscription est fixé annuellement par le Ministère de l'enseignement supérieur.*

*Il est exigé dès l'admission définitive*

*En cas de départ en cours d'année, cette somme reste acquise à l'Ecole de Puéricultrices*

**- Coût pédagogique annuel : (sous réserve de modifications réglementaires)**

**- Elève-étudiant en poursuite d'étude 6495,00 €**

**- Demandeur d'emploi avec attestation de non prise en charge du cout**

**de la formation par Pôle-Emploi 6495,00 €**

**- Salariée / Autre situation 6495,00 €**

De nouvelles modalités de prise en charge ont été mise en place par le conseil régional.

Les candidats sont invités à se rapprocher du secrétariat pour de plus amples renseignements.

⇒ L'élève puéricultrice peut bénéficier d'une prise en charge financière du coût de formation,

↳ Par le Conseil Régional selon le statut :

- ◇ En poursuite d'études, sans sortie du système scolaire depuis plus d'un an ;
- ◇ Les demandeurs d'emploi avec une notification d'inscription au Pôle-Emploi ;

### **Pour les salarié(e)s :**

↳ Promotion Professionnelle.

Cette prise en charge financière du coût de formation concerne les agents de la Fonction Publique Hospitalière.

Maintien du salaire pendant la durée des études dans le cadre de la Promotion Professionnelle Hospitalière (avec un contrat de travail).

↳ Congé Individuel de Formation (C. I. F.), type Fongécif, etc, ..... :

Cette prise en charge financière du coût de la formation concerne les salariés du secteur privé en CDI, en cours de CDD, ou demandeur d'emploi à l'issue d'un CDD.

**08 – DATES A RETENIR****CALENDRIER DES EPREUVES**

<i>Clôture des inscriptions</i>	<b>04 Mars 2019 – minuit, cachet de la poste faisant foi</b>
<i>Epreuve écrite d'admissibilité</i>	<b>Jeudi 04 avril 2019 - matin</b>
<i>Affichage des résultats d'admissibilité</i>	<b>Vendredi 26 avril 2019 - à 15h00</b>
<i>Epreuve orale d'admission</i>	<b>Jeudi 23 mai 2019 Vendredi 24 mai 2019</b>
<i>Affichage des résultats d'admission</i>	<b>Lundi 27 mai 2019 - à 10h00</b>
<i>Date de pré -rentrée</i>	<b>A définir ultérieurement</b>
<i>Entrée en formation</i>	<b>23 Septembre 2019</b>

## ATTESTATION MEDICALE (VACCINATIONS)

### TEXTES DE REFERENCE :

*Arrêté du 6 Mars 2007 relatif à la liste des élèves et étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des autres professions de santé pris en application de l'article L3111.4 du code de la santé publique.*

*Arrêté du 2 Août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'Article L3111.4 du code de la santé publique*

*Arrêté du 13 Juillet 2014 relatif à la pratique de vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux textes tuberculine*

Je soussigné(e) : ..... Docteur en médecine, certifie que :

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille (*obligatoire pour les femmes mariées*) : .....

Date de naissance : .....

En Formation :  Infirmier de .....année d'études  Aide-Soignant

Auxiliaire de Puériculture

Puéricultrice

● **A été vacciné(e) : Contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite :**

**OBLIGATOIRE POUR ENTRER EN FORMATION**

Dernier rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N° Lot

● **A été vacciné(e) : Contre l'hépatite B : OBLIGATOIRE POUR ENTRER EN FORMATION**

Selon les conditions définis au verso.

Immunisé(e) ou protégé(e) contre l'hépatite B

**Ou**  Non répondeur (se) présumé avec surveillance annuelle des marqueurs sériques de l'hépatite B

● **A été vacciné(e) : Par le BCG : OBLIGATOIRE POUR ENTRER EN FORMATION**

Vaccin intradermique ou Monovax	Date (dernier vaccin)	N° Lot
IDR à la tuberculine	Date	Résultat (en mm)

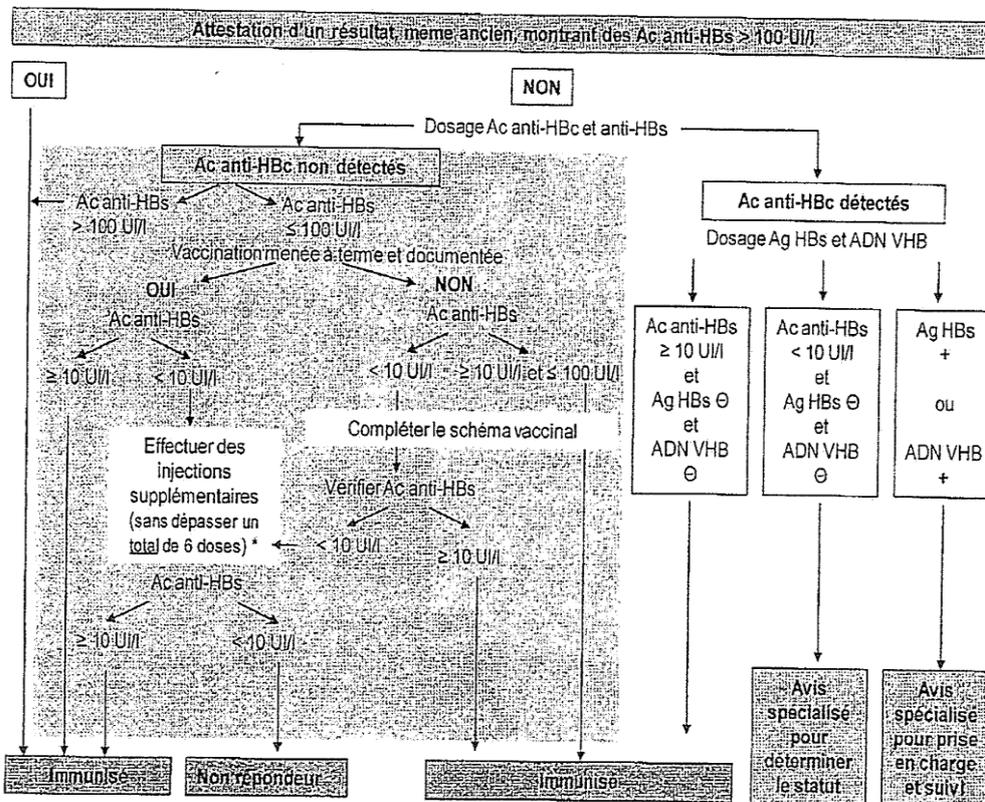
Date :

Signature et cachet du médecin :

 L'attestation ne peut être annotée « en cours de vaccination ». Les vaccinations doivent être réalisées complètement pour l'entrée en Formation



**Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 et dont les conditions sont fixées par l'arrêté du 2 août 2013**



\*Sauf cas particulier voir 4° de l'annexe 2 de l'arrêté

Légende: Ac: anticorps; Ag: antigène; V-B: virus de l'hépatite B

**Textes de référence**

- Articles L.3111-1, L.3111-4 et L.3112-1 du code de la santé publique (CSP)
- Arrêté du 15 mars 1991 fixant la liste des établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins dans lesquels le personnel exposé doit être vacciné, modifié par l'arrêté du 29 mars 2005 (intégration des services d'incendie et de secours)
- Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiques
- Arrêté du 6 mars 2007 relatif à la liste des élèves et étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des autres professions de santé pris en application de l'article L.3111-4 du CSP
- Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux (Titre III)
- Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L.3111-4 du CSP
- Calendrier vaccinal en vigueur (cf. Site du ministère chargé de la santé : <http://www.sante.gouv.fr/vaccinations-vaccins-politique-vaccinale.html> )



Centre Hospitalier de Valenciennes



**ANNEXE 2**

**INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS  
INSTITUT DE FORMATION AIDE-SOIGNANTE**

**Etudiant(e) entrant en 1ère année de formation infirmière - élève aide-soignant(e) – élève auxiliaire de puériculture ou élève puéricultrice**

**ATTESTATION MEDICALE  
CERTIFICAT DU MEDECIN AGREE**

Je soussigné(e) : .....médecin agréé, certifie que :

Nom : .....

Nom de jeune fille (*obligatoire pour les femmes mariées*) : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

**présente les aptitudes physiques et psychologiques nécessaires à l'exercice de la profession.**

Date : .....

Signature : .....

Cachet :

## MEDECINS AGREES GENERALISTES

### ARRONDISSEMENT DE VALENCIENNES

Arrêté préfectoral du 04/08/2015 parution RAA N° 186 du 5 août 2015

NOM	TEL	COMMUNE	ADRESSE
Dr BAUMAN Didier	03 27 47 44 47	59 410 ANZIN	8 rue Jean Jaurès
Dr DEVOTTE Franck	03 27 43 50 50	59220 DENAIN	116, rue Henri Barbusse
Dr DUMONCEAU Tony	03 27 27 81 49	59 230 SAINT AMAND LES EAUX	28, avenue du Clos
Dr LEJAY Dominique	03 27 40 47 15	59 690 VIEUX CONDE	200, rue Jean Jaurès
Dr LENFANT Jean-Pierre	03 27 21 67 67	59 230 SAINT AMAND LES EAUX	5, rue Mathieu Dumoulin
Dr LISSE Henri-Jean	06 86 67 45 75	59226 LECELLES	406 rue du Grant Sart
Dr MERCIER Gilles	03 27 25 90 89	59 970 FRESNES SUR ESCAUT	34, rue du Maréchal Soult
Dr ROBILLARD Dominique	03 27 20 13 17	59 860 BRUAY SUR ESCAUT	392, rue Jean Jaurès
Dr RIDON Marc	03 27 45 25 38	59 860 BRUAY SUR ESCAUT	392, rue Jean Jaurès
Dr VILCOT Jean-Michel	03 27 33 66 33	59 300 VALENCIENNES	14, avenue Désandrouin