

DOSSIER D'INSCRIPTION

Préparation aux épreuves du concours d'entrée en I.F.S.I. – LISTE 2

PUBLIC CONCERNE : aides-soignants et auxiliaires de puériculture justifiant de 3 années d'exercice professionnel en équivalence temps plein

INSCRIPTIONS : ➤ Du 10 JUILLET à NOVEMBRE 2017 (dans la limite des places disponibles)

Période de la formation : du 7 Décembre 2017 au 15 Mars 2018

Horaires : le Jeudi de 9h00 à 12h00 et de 13h00 à 16h00

Durée de la formation : 78 heures

Frais d'inscription : 200 € non remboursables

Coût de la préparation : 800 €

ATTENTION : L'inscription à cette préparation ne comprend pas l'inscription au concours

Contenu :

- ✓ Des cours de Français (écriture, analyse et synthèse)
- ✓ Des exercices d'analyses écrites de situations professionnelles
- ✓ Rappels sur la démarche de soins, les pathologies, l'hygiène....
- ✓ Des cours de Mathématiques (connaissances numériques, problèmes)

CONCOURS MARS 2018

Pour tout renseignement :

- ✓ contacter le secrétariat de l'IFSI : 04.91.12.74.01 ou 04.86.57.81.47
- ✓ ou consulter notre site internet : www.cgd13.fr

PIECES A FOURNIR POUR L'INSCRIPTION

- ➔ La fiche d'identification complétée
- ➔ Une photo d'identité récente à coller dans le cadre correspondant
- ➔ Copie recto verso de la carte d'identité nationale
- ➔ 2 enveloppes libellées à vos noms et adresse postale
- ➔ 2 timbres au tarif en vigueur
- ➔ Copie du diplôme AS ou AP (Présenter l'original à l'inscription)
- ➔ Frais d'inscription : 200 euros (chèque libellé à l'ordre de la Trésorerie Publique Hospitalière) non remboursables

FICHE D'IDENTIFICATION A REMPLIR

PHOTO A
COLLER

Nom :

Nom de jeune fille Prénom :

Date de naissance : Age : Lieu de Naissance

Si candidat mineur : Nom et Prénom du responsable Légal :

Nationalité :

Adresse complète :

.....

☎ : ☎ : Mail :

Situation de famille : Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Pacsé Veuf

Je soussigné(e) atteste sur l'honneur :

- L'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document et que les copies des pièces jointes sont conformes à l'original.
- Avoir pris connaissance du coût de la formation et m'engage à régler la somme de **800 €** et 200 € de frais d'inscription.
- Formation prise en charge par mon employeur (ci-joint la fiche de prise en charge signée).

Fait à, le

Signature



CENTRE GERONTOLOGIQUE
DEPARTEMENTAL
INSTITUT DE FORMATION
EN SOINS INFIRMIERS

N° agrément 9313 P00 3313



Provence-Alpes-Côte d'Azur

ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE PAR L'EMPLOYEUR

FORMATION : Préparation aux épreuves du concours d'entrée en Institut de Formation Infirmier

Partie à compléter par l'employeur :

Je soussigné(e) :

NOM :

Fonction :

Etablissement :

Certifie que l'établissement prend en charge la formation « Préparation aux épreuves du concours d'entrée en Institut de Formation Infirmier » :

- 200 € frais d'inscription **non remboursables**
- 800 € (montant de la formation)

Nom et prénom du salarié :

Périodicité de paiement :

- Par exercice au prorata, après réception facture
- En un seul paiement en fin de formation, après réception facture

Fait à, le

Cachet

Signature et nom du responsable :