

CONCOURS D'ENTREE EN IFCS ANNEE 2024

Liste des pièces à fournir

Afin de vous assurer de n'avoir rien oublié, veuillez cocher au stylo la case correspondant à chaque document joint à votre dossier d'inscription sur :

ANNEXE 1 :

Pour les candidats titulaires des diplômes : Infirmier - Manipulateur d'électroradiologie médicale - Préparateur en pharmacie - Technicien de Laboratoire d'analyses de biologie médicale - Ergothérapeute - Masseur-Kinésithérapeute - Psychomotricien - Diététicien

Ou

ANNEXE 2 :

Pour les candidats titulaires des diplômes requis **exerçant en secteur libéral.**

Vous ne pouvez-vous inscrire qu'au titre d'une seule liste.

Votre dossier complet doit être adressé par courrier recommandé avec accusé de réception, **au plus tard le 13 février 2024**, le cachet de la poste faisant foi, à :

**IRMSOI
Concours 2024
BP 185
97464 Saint Denis cedex**

Tout dossier incomplet sera rejeté.

Il appartient à chaque candidat de vérifier la composition de son dossier.

ANNEXE 1 : Liste des pièces à fournir

Pour les candidats titulaires des diplômes : Infirmier - Manipulateur d'électroradiologie médicale - Préparateur en pharmacie - Technicien de Laboratoire d'analyses de biologie médicale - Ergothérapeute - Masseur-Kinésithérapeute – Psychomotricien - Diététicien

NOM – Prénom du candidat :

Date de naissance :

Case à cocher par le candidat	Documents à fournir	Cadre réservé à l'administration
	Annexe 1 Liste des pièces à fournir	
	Photocopie de votre pièce d'identité recto/verso (carte identité ou passeport en cours de validité)	
	Curriculum vitae détaillé	
	Photocopie de vos diplômes	
	Photocopie recto et verso des diplômes professionnels enregistrés à la direction départementale des affaires sanitaires et sociales ou l'agence régionale de santé (attestation d'inscription au répertoire ADELI)	
	Attestation de l'employeur ou des employeurs, justifiant de quatre années d'exercice requises, à temps plein (quotité, nombre d'années, mois, jours noté clairement) et de l'exercice professionnel	
	Annexe 3 : Imprimé du « décompte du temps de travail » complété	
	Annexe 4 : Certificat médical attestant que le candidat est à jour des vaccinations obligatoires prévues par l'article L. 10 du code de la santé publique	
	Annexe 5 : Certificat médical émanant d'un médecin agréé attestant l'aptitude physique et l'absence de contre-indication au suivi de la formation (liste des médecins agréés joint)	

ANNEXE 2 : Liste des pièces à fournir

Pour les candidats titulaires des diplômes requis **exerçant en secteur libéral**.

NOM – Prénom du candidat :

Date de naissance :

Case à cocher par le candidat	Documents à fournir	Cadre réservé à l'administration
	Annexe 2 Liste des pièces à fournir	
	Photocopie de votre pièce d'identité recto/verso (carte identité ou passeport en cours de validité)	
	Curriculum vitae détaillé	
	Photocopie de vos diplômes	
	Photocopie recto et verso des diplômes professionnels enregistrés à la direction départementale des affaires sanitaires et sociales ou l'agence régionale de santé (attestation d'inscription au répertoire ADELI)	
	Attestation de l'employeur ou des employeurs, justifiant de quatre années d'exercice requises, à temps plein (quotité, nombre d'années, mois, jours noté clairement) et de l'exercice professionnel	
	Certificat d'identification établi par la (ou les) caisse(s) primaire(s) d'assurance maladie du secteur de leur exercice	
	Attestation d'inscription de la taxe professionnelle pour la période correspondant à leur exercice établi par les services fiscaux de leur lieu d'exercice	
	Annexe 3 : Imprimé du « décompte du temps de travail » complété	
	Annexe 4 : Certificat médical attestant que le candidat est à jour des vaccinations obligatoires prévues par l'article L. 10 du code de la santé publique	
	Annexe 5 : Certificat médical émanant d'un médecin agréé attestant l'aptitude physique et l'absence de contre-indication au suivi de la formation (liste des médecins agréés joint)	

ANNEXE 3 : Décompte du temps de travail

Pour justifier de 4 années minimum d'exercice, en équivalent temps plein dans l'une des professions citées au-dessus au 31 Janvier 2024

Nbre *	Nature de l'emploi	Quotité du temps travaillé en %	Date de début	Date de fin	Durée de l'emploi	Nom de l'employeur
<i>Ex : 1</i>	<i>Infirmier</i>	<i>100 %</i>	<i>01/01/2009</i>	<i>01/01/2013</i>	<i>4 Ans 00 mois 00 jours</i>	<i>CHU REUNION</i>
1			/ /	/ /	Ans mois jours	
2			/ /	/ /	Ans mois jours	
3			/ /	/ /	Ans mois jours	
4			/ /	/ /	Ans mois jours	
5			/ /	/ /	Ans mois jours	
6			/ /	/ /	Ans mois jours	
7			/ /	/ /	Ans mois jours	
8			/ /	/ /	Ans mois jours	
9			/ /	/ /	Ans mois jours	
10			/ /	/ /	Ans mois jours	
TOTAL					Ans mois jours	

*** : joindre la photocopie des justificatifs d'emploi correspondants.**

NOM	PRENOMS	DATE	SIGNATURE
...../...../ 20....	

ANNEXE 4 : Attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires

Je soussigné, Docteur¹ _____

Adresse : _____

Certifie que M./Mme _____ Né(e) le __/__/____

Est à jour des vaccinations suivantes obligatoire :

1/ Résultat des dosages OBLIGATOIRES	Date
Anticorps Anti-HBs _____ UI / L	
ET	
Anticorps Anti-HBc _____ UI / L	
Si la concentration des anticorps Anti-HBs < 10 UI/L : réaliser une injection supplémentaire de vaccin contre l'hépatite B et réaliser un nouveau contrôle sérologique 4 à 8 semaines après l'injection (limite de 6 injections au total).	

2/ **Vaccination contre l'hépatite B** (arrêté du 02/08/2013 – cf. algorithme joint) :

3/ **Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite** : 3 injections + rappel à l'âge de 6 ans, 11-13 ans, 25 ans (recommandations 2013). Si rappel, associer la vaccination contre la coqueluche.

Dernier rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N° de lot

4/ **Tuberculose**² : Preuve de la vaccination par le BCG (certificat ou cicatrice) **et** résultat de l'IDR (5 UI de tuberculine).

Vaccin intradermique ou Monovax®	Date (dernier vaccin)	N° de lot
IDR à la Tuberculine (monotest non admis)	Date	Résultat (en mm)

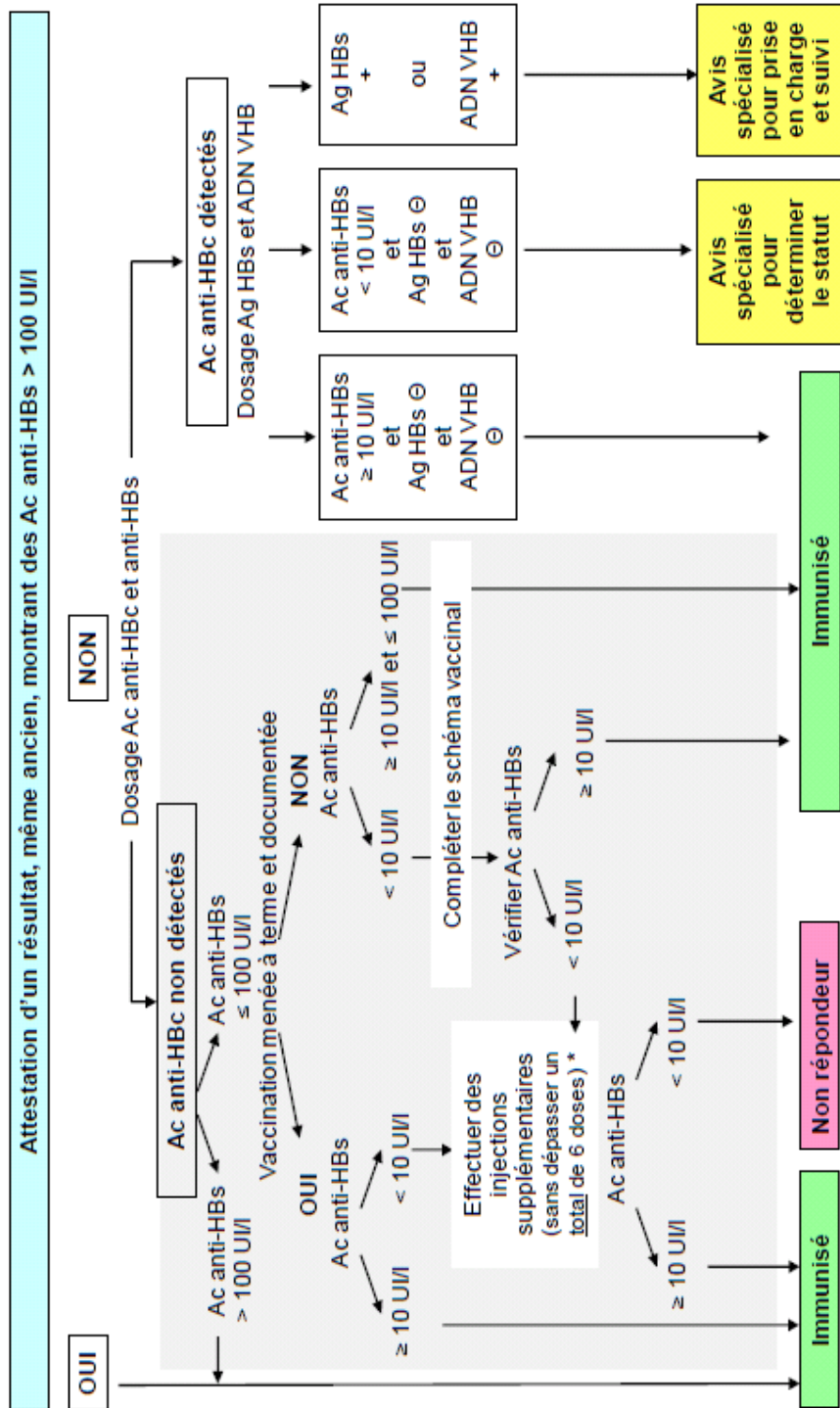
A pris connaissance que les vaccinations sont recommandées contre la rougeole, les oreillons, la rubéole (protocole 2012 : 2 injections de vaccin trivalent de type ROR à 1 ou 3 mois d'intervalle) et la **grippe saisonnière**.

Nom du vaccin	Date	N° de lot

¹ Votre médecin traitant ou le médecin de service de médecine préventive de votre employeur

² La vaccination par le BCG reste obligatoire pour les professionnels de santé exposés, mais l'impératif de revaccination a été supprimé. Avant l'entrée dans la profession, une IDR doit être réalisée afin de servir de référence lors d'une exposition professionnelle

Algorithme pour le contrôle de l'immunisation des professionnels de santé



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

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

ANNEXE 5 : Certificat médical

Certificat médical attestant de l'aptitude physique et l'absence de contre-indication au suivi de la formation Cadre de Santé, **à compléter par un médecin agréé** (cf. liste des médecins agréés)

Je soussigné(e) : _____ Docteur en
médecine, médecin agréé(e) par l'Agence Régionale de Santé (ARS) de : _____
certifie avoir examiné ce jour :

Mme – M. : _____

Né(e) le : ___ / ___ / _____ à _____

Atteste l'aptitude physique et n'avoir constaté aucune contre-indication à l'exercice de la profession de cadre de santé (*article 6 de l'arrêté du 18 août 1995 modifié*).

Certificat établie le : ___ / ___ / _____

Signature et cachet du médecin

Liste médecins agréés département de la Réunion

Consultez la liste sur le site de l'ARS Réunion :

<https://www.lareunion.ars.sante.fr/obtenir-la-liste-des-medecins-agrees-4>

Liste médecins agréés département de Mayotte

Consultez la liste sur le site de l'ARS Mayotte :

<https://www.mayotte.ars.sante.fr/obtenir-la-liste-des-medecins-agrees-2>