

## **PRESELECTION 2017**

### **PERMETTANT L'ACCES AUX EPREUVES DE SELECTION DANS LES INSTITUTS DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS (IFSI) DE LA REGION CORSE**

***Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au Diplôme d'Etat d'Infirmier (Articles 4 à 10)***

**La Présélection ne vous concerne pas si :**

- Vous êtes titulaire du baccalauréat français
- Vous êtes titulaire d'un titre admis en équivalence
- Vous êtes titulaire d'un titre homologué au minimum au niveau IV
- Vous êtes titulaire du diplôme d'accès aux études universitaires ou avez satisfait à un examen spécial d'entrée à l'université
- Vous êtes titulaire du diplôme d'état d'aide médico-psychologique et justifiez, à la date du début des épreuves, de 3 ans d'exercice professionnel
- Vous êtes titulaire du diplôme d'état d'aide-soignant ou du diplôme d'état d'auxiliaire de puériculture et justifiez de trois ans d'exercice en équivalent temps plein à compter de l'obtention du diplôme

**La Présélection vous concerne si vous n'entrez pas dans une des catégories ci-dessus et si vous justifiez de 3 ou 5 ans d'activité professionnelle. Vous pourrez être autorisé(e) à présenter les épreuves de sélection dans les Instituts de Formation en Soins Infirmiers, après avis d'un jury régional de présélection.**

#### **1. LES CONDITIONS A REMPLIR**

➤ **Vous devez obligatoirement être domicilié(e) dans la région Corse. Cette condition administrative ne souffre aucune exception.**

➤ **Vous devez justifier d'une expérience professionnelle ayant donné lieu à cotisations à un régime obligatoire de protection sociale :**

\* *de 3 ans* si vous êtes issu(e) du secteur sanitaire ou médico-social (exemple: établissement hospitalier, clinique, établissement pour enfants ou adultes handicapés, établissement pour personnes âgées avec section de cure médicale) ;

\* *de 5 ans* dans tout autre secteur d'activité.

**La condition de durée d'activité professionnelle doit être présumée remplie au 31 décembre 2017.**

Si vous avez exercé à temps partiel, votre durée d'activité doit atteindre 3 ou 5 ans, selon les cas, en équivalent temps plein.

Il est précisé que la participation à un dispositif de formation professionnelle destinée aux jeunes à la recherche d'un emploi ou d'une qualification est assimilée à une activité professionnelle.

**Sont assimilés à de l'activité professionnelle :**

- les stages d'insertion dans la vie professionnelle (SIVP)
- les contrats de qualification
- les contrats d'adaptation
- les contrats d'apprentissage
- les ex-contrats Emploi Solidarité (CES)
- les contrats aidés (contrat d'accompagnement à l'emploi, contrat avenir, etc.)

Ne sont pas considérés comme de l'activité professionnelle :

- le service national
- le congé parental
- les périodes d'inscription en tant que demandeur d'emploi
- l'exercice d'une activité sportive de haut niveau

## 2. LES EPREUVES

### 2.1 Epreuve sur dossier (notée sur 20)

**Les informations listées ci-dessous doivent obligatoirement être accompagnées des pièces justificatives correspondantes. Dans le cas contraire, elles ne pourront pas être prises en compte dans l'étude de votre dossier.**

#### ➤ Pièces à caractère général

- la fiche d'inscription ci-jointe (pages 4 et 5), complétée par vos soins, même dans le cas d'une précédente candidature
- l'imprimé de décompte du temps de travail à compléter (page 6)
- la photocopie d'une pièce d'identité (recto/verso)
- une lettre de candidature, datée et signée, exposant vos motivations, qu'il serait intéressant de compléter par un curriculum vitae.

#### ➤ Éléments d'appréciation de votre niveau d'étude et de formation.

- une attestation de niveau d'enseignement général ; si ce niveau est supérieur au titre le plus élevé que vous possédez, vous devrez fournir un certificat de scolarité ;
- les titres et diplômes obtenus (joindre les photocopies).

#### ➤ Activité professionnelle :

- les justificatifs, lisibles et complets, de vos années d'expérience professionnelle (bulletins de salaire, attestations des employeurs ou décomptes des trimestres de cotisation vieillesse) ;
- le cas échéant, des feuilles de notation ou des attestations de services rendus.

#### ➤ Formation et remise à niveau :

- les attestations des organismes qui vous ont dispensé des formations (niveau d'enseignement atteint, nombre d'heures de formation, relevé de notes).
- tous documents vous paraissant importants pour la défense de votre dossier.

Le jury attribue une note sur 20 au dossier au vu des justificatifs et selon une grille établie avant l'épreuve.

**ATTENTION : ce dossier constitue une épreuve et fait l'objet d'une notation.**

**Il est établi sous votre seule responsabilité et sera évalué par les membres du jury qui le noteront en fonction du contenu du dossier, de sa présentation et des pièces justificatives produites selon une grille établie avant l'épreuve.**

**Les documents produits suivront l'ordre susmentionné, ils seront classés par ordre chronologique pour chaque rubrique et numérotés.**

**Les dossiers doivent être impérativement déposés avant le 3 novembre 2017 à minuit (tampon de la poste faisant foi) à l'adresse suivante :**

**AGENCE REGIONALE DE SANTE DE CORSE - DOQOS  
Quartier Saint Joseph - CS 13003 - 20 700 AJACCIO Cedex 9  
Tel : 04.95.51.98.60 - Fax : 04.95.51.99.45**

## **2.2 Epreuve écrite de français (notée sur 20)**

Cette épreuve anonyme, d'une durée de 2 heures, consiste en un résumé de texte portant sur un sujet d'ordre général. Elle a pour objet d'évaluer vos capacités de compréhension et d'expression écrite. Le jury corrige cette épreuve selon une grille qu'il a préalablement établie.

**La date de l'épreuve est fixée au jeudi 16 novembre 2017 et se déroulera à l'Agence Régionale de Santé. Vous recevrez une convocation que vous devrez présenter le jour de l'épreuve avec une pièce d'identité.**

**L'absence à l'épreuve de français entraîne l'élimination du candidat et la possibilité pour le jury de ne pas noter l'épreuve sur dossier.**

## **3. LES RESULTATS**

Sont autorisés à se présenter à la sélection pour entrer en IFSI, les candidats ayant obtenu un total supérieur ou égal à 20 points sur 40 à l'ensemble des deux épreuves.

**Une note inférieure à 7 sur 20 à l'une des deux épreuves est éliminatoire.**

Le jury est souverain dans son appréciation et sa notation. Il établit la liste des candidats admis à l'issue des épreuves de présélection.

La liste des candidats retenus sera adressée à chacun des Instituts de Formation en Soins Infirmiers de la région Corse.

**L'autorisation à se présenter au concours d'entrée dans les IFSI est valable 2 ans sur tout le territoire national à compter de sa notification ainsi que l'année de l'examen donc jusqu'en 2017.**

## **4. LES DEMARCHES À ACCOMPLIR APRES LA DECISION DU JURY**

Vous devrez adresser une copie de l'autorisation obtenue à chacun des Instituts de Formation en Soins Infirmiers auprès desquels vous souhaitez présenter les épreuves de sélection.

## **5. RECOMMANDATIONS IMPORTANTES**

**Les démarches accomplies auprès de l'Agence Régionale de Santé de Corse en ce qui concerne les épreuves de présélection ne vous dispensent en aucun cas de vous inscrire aux épreuves de sélection dans les délais impartis.**

Pour cela, vous devrez vous adresser aux secrétariats des Instituts de Formation en Soins Infirmiers :

**► En Corse du Sud**  
Institut des Métiers de la Santé  
  
BP 411  
20303 AJACCIO  
Tel: 04 95 29 90 38  
Fax : 04 95 29 96 66  
Site internet : [www.ifsj-ajaccio.fr](http://www.ifsj-ajaccio.fr)  
E-mail : [sec.ifsj@ch-ajaccio.fr](mailto:sec.ifsj@ch-ajaccio.fr)

**► En Haute Corse**  
Institut de Formation en Soins Infirmiers  
Centre Hospitalier de Falconaja  
BP 680  
20604 BASTIA CEDEX  
Tel: 04 95 55 68 13  
Fax: 04 95 59 12 95  
Site internet : [www.ch-bastia.fr](http://www.ch-bastia.fr)  
E-mail : [secretaires-ifsj@ch-bastia.fr](mailto:secretaires-ifsj@ch-bastia.fr)

## EPREUVES DE PRESELECTION IFSI - 2017

### FICHE D'INSCRIPTION

*3 ans dans le secteur sanitaire et médico-social  
5 ans dans tout autre secteur d'activité*

**RENSEIGNEMENTS :**

NOM PATRONYMIQUE.....

NOM D'EPOUSE.....

PRENOM(S).....

DATE DE NAISSANCE..... AGE .....

LIEU DE NAISSANCE .....

DEPARTEMENT .....

ADRESSE POSTALE .....

.....

.....

N° DE TELEPHONE.....

E-MAIL .....

**DIPLOME ET FORMATION :**

NIVEAU D'ETUDES.....

DIPLOMES OBTENUS (*JOINDRE LES COPIES DE DIPLOMES*)

| ANNEE | DIPLOMES | ECOLE |
|-------|----------|-------|
|       |          |       |
|       |          |       |
|       |          |       |
|       |          |       |
|       |          |       |
|       |          |       |
|       |          |       |
|       |          |       |

**ORGANISME DE REMISE A NIVEAU** .....

.....

.....

.....

.....

**ACTIVITE PROFESSIONNELLE :**

**DUREE DE L'ACTIVITE PROFESSIONNELLE** .....

**EMPLOI ACTUEL** .....

**SECTEUR D'ACTIVITE** .....

**ACTIVITE PROFESSIONNELLE EXERCEE AU COURS DES 3 OU 5 DERNIERES ANNEES**

***(JOINDRE LES ATTESTATIONS D'EMPLOYEUR)***

| <b>ANNEES</b> | <b>ACTIVITE</b> | <b>ORGANISME</b> | <b>NOMBRE D'HEURES</b> |
|---------------|-----------------|------------------|------------------------|
|               |                 |                  |                        |
|               |                 |                  |                        |
|               |                 |                  |                        |
|               |                 |                  |                        |
|               |                 |                  |                        |
|               |                 |                  |                        |
|               |                 |                  |                        |
|               |                 |                  |                        |
|               |                 |                  |                        |

**S'agit-il d'une première présentation à ces épreuves ?      OUI\*    NON\***

**Si non, date(s) de présentation(s) précédente(s) :** .....

.....

.....

---

\* Rayer la mention inutile

## DECOMPTE DU TEMPS DE TRAVAIL

*En cas d'activité saisonnière ou à temps partiel, ce décompte devra faire apparaître le nombre de jours réellement travaillés.*

| SECTEUR <sup>1</sup> | NOM EMPLOYEUR | FONCTIONS EXERCEES | TEMPS COMPLET OU PARTIEL | PERIODE D'ACTIVITE (du JJ/MM/AA au JJ/MM/AA) | DECOMPTE DU TEMPS REELLEMENT TRAVAILLE (en années, mois et jours) |
|----------------------|---------------|--------------------|--------------------------|--|---|
|                      |               |                    |                          |  |   |
|                      |               |                    |                          |  |   |
|                      |               |                    |                          |  |   |
|                      |               |                    |                          |  |   |
|                      |               |                    |                          |  |   |
|                      |               |                    |                          |  |   |
|                      |               |                    |                          |  |   |
|                      |               |                    |                          |  |   |
|                      |               |                    |                          |  |   |

<sup>1</sup> Précisez S pour le secteur Sanitaire, MS pour le Médico-social ou A pour Autre