	NOTICE D'INFORMATIONS SELECTION D'ENTREE EN INSTITUT DE FORMATION DE MANIPULATEUR D'ELECTRORADIOLOGIE MEDICALE <u>CANDIDAT FPC</u>	Direction des IFPM du GHT Ile-de-France Sud ES/IFPM/ADM/054/A Page 1/9
Date de creation : 30/10/2019	Nadia PECQUENARD Responsable de la gestion documentaire IFPM : 30/10/2019	Date d'application : 30/10/2019



Date d'inscription du 6 janvier au 21 mars 2025

Aucun règlement ne sera remboursé après la clôture des inscriptions

CONDITIONS¹ :

Peuvent être admis en première année de formation au diplôme d'Etat de manipulateur d'électroradiologie médicale, les candidats âgés de 17 ans au moins au 31 décembre de l'année d'entrée en formation répondant à l'une des conditions suivantes :

Les candidats relevant de la **Formation Professionnelle Continue**, telle que définie par l'article L 6311-1 du code du travail et justifiant d'une durée minimale de 3 ans de cotisation à un régime de protection sociale à la date limite de dépôt des candidatures.

EPREUVE DE SELECTION :

Sélection sur la base d'un dossier permettant d'apprécier l'expérience professionnelle, le projet professionnel et les motivations du candidat ainsi que ses capacités à valoriser son expérience professionnelle.

Nombre de places : 2

**Sélection des
dossiers :**

**Du 31 mars au
4 avril 2025**

**Affichage des résultats sur le site
chsf.fr :**

14 avril 2025 à partir de 14h00

Confirmation des candidats :

Au plus tard le 5 mai 2025

¹ Article 12 l'arrêté du 17 janvier 2020 modifié par l'arrêté du 05 février 2021 relatif à l'admission dans les instituts de formation préparant au diplôme d'Etat de manipulateur en électroradiologie médicales.

RESULTATS DES EPREUVES DE SELECTION :

Les résultats seront affichés à l'Institut et consultables sur le site internet. Aucun résultat ne sera donné par téléphone.

Le bénéfice d'une autorisation d'inscription dans la formation n'est valable que pour l'année universitaire de l'année pour laquelle le candidat a été admis. Par dérogation, le directeur d'établissement accorde, pour une durée qu'il détermine, dans le limite cumulée de 3 ans, un report pour l'entrée en scolarité dans son établissement en cas de :

- congé maternité
- 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

Ou

De façon exceptionnelle, sur la base des éléments apportés par l'étudiant justifiant de la survenance d'un événement grave l'empêchant d'initier sa formation.

L'admission des étudiants en formation est subordonnée :

- **Aux vaccins obligatoires : Hépatite B et DTP**
- **Aux vaccins recommandés : Hépatite A, BCG et ROR**

1) A la production, **au plus tard le premier jour de la rentrée**, d'un certificat établi par un médecin agréé attestant que l'étudiant n'est atteint d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession de manipulateur d'électroradiologie médicale. Ce certificat mentionne que la numération globulaire et la formule sanguine sont normales et atteste notamment de l'absence de contre indication à l'utilisation d'appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM).

2) A la production, **au plus tard le jour de la première entrée en stage**, d'un certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France.

Le certificat du médecin agréé est obligatoire pour le 1^{er} jour de l'entrée en formation

COÛTS FINANCIERS DE LA FORMATION TARIF 2024 (sous réserve de modification pour 2025) :

Ces informations détermineront votre participation financière ou non, d'où l'intérêt d'étudier l'impact financier de la formation dans vos projets.

A LIRE - Statuts financiers à l'entrée en formation (feuille ci-jointe)

La formation en Institut de Formation en Soins Infirmiers a un **coût annuel**, à savoir :

- **Droit annuel d'inscription** : 175 €
- **Frais annuels d'inscription universitaire de Paris Sud** : 103 € (CVEC) (tarif 2024)
- **Droit annuel d'inscription (étudiant étranger extra-communautaire)** : 2 850 €
- **Frais de formation (individuel)** : 8 230 €
- **Frais de formation (autres employeurs ou organismes financeurs)** : 8 620 €

INFORMATION SUR LA PRISE EN CHARGE DE LA FORMATION

Vous allez entrer en formation, votre statut est considéré à l'entrée en formation et vaut pour toute la durée de la formation.


CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE PAR LE CONSEIL REGION ILE DE FRANCE

Vous devez être en formation initiale en cursus complet pour les formations Infirmier, Aide-soignant, Auxiliaire de Puériculture, Manipulateur en électroradiologie Médicale ou être en cursus partiel sur la formation aide-soignant ou auxiliaire de puériculture et être titulaire d'un baccalauréat professionnel ASSP, SAPAT ou d'un CAP « Accompagnant Educatif de la Petite Enfance ».

- Etre âgé de moins de 26 ans en poursuite d'étude sans interruption (y compris ceux ayant un contrat de travail étudiant) à l'exclusion des apprentis - Joindre un certificat de scolarité
- Etre âgé de moins de 26 ans avec interruption de scolarité de moins de deux ans avant le démarrage de la formation à l'exclusion des apprentis - Joindre un certificat de scolarité
- Avoir effectué un service civique qui s'est achevé dans un délai d'un an avant l'entrée en formation - Joindre un justificatif
- Etre demandeur d'emploi et inscrit sur les liste de France Travail – joindre un justificatif
N° identifiant : Région Agence PE :
Adresse mail conseiller France Travail :
- Etre bénéficiaires d'un P.E.C. (Parcours Emploi Compétences) - Joindre un justificatif
- Etre bénéficiaires du RSA (Revenu de Solidarité Active) - Joindre un justificatif de la C.A.F.
- Avoir effectué une passerelle post-bac quand les étudiants relèvent des critères d'éligibilité régionaux mentionnés ci-dessus
- Etre apprenants relevant du SPRF (Service Public Régional de Formation) : être sortis du système scolaire depuis moins de deux ans (à l'exception faite des apprentis), ne pas avoir obtenu de diplôme, titre ou certification et inscrits **sur un parcours de formation complet en formation aide-soignant ou auxiliaire de puériculture**. Sont concernés : les jeunes inscrits en mission locale, les demandeurs d'emploi, les bénéficiaires du RSA et les bénéficiaires de contrats aidés. - Joindre un justificatif

NE SONT PAS PRIS EN CHARGE PAR LE CONSEIL REGIONAL ILE DE FRANCE

- Pour la formation auxiliaire de puériculture en cursus partiel titulaire des diplômes suivant : DEAS, TPADV, TPASMS, DEAES, ARM, AMBULANCIER
- Pour la formation aide-soignante en cursus partiel titulaire des diplômes suivant : DEAS, TPADV, TPASMS, DEAES, ARM, AMBULANCIER, AMP
- Les agents publics (y compris en disponibilité)
- Les salariés du secteur privé
- Toute personne ayant bénéficié d'une prise en charge partielle par Transitions Pro
- Les abandons de formation intervenus dans le mois suivant l'entrée en formation
- Les apprentis
- Les personnes en validation des acquis de l'expérience (VAE)
- Les médecins et les sages-femmes diplômés à l'étranger
- Aides spécifiques pôle emploi (AIF ...), attention vos demandes sont à faire **un mois avant l'entrée en formation**

	FICHE D'INSCRIPTION SELECTION D'ENTREE EN INSTITUT DE FORMATION DE MANIPULATEUR D'ELECTRORADIOLOGIE MEDICALE <u>CANDIDAT FPC</u>	Direction des IFPM du GHT Ile-de-France Sud ES/IFPM/ADM/053/A
		Page 5/9
Date de creation : 30/10/2019	Nadia PECQUENARD Responsable de la gestion documentaire IFPM : 30/10/2019	Date d'application : 30/10/2019

Date d'inscription du 6 janvier au 21 mars 2025

A LIRE ATTENTIVEMENT : Notice d'informations avant de remplir la fiche d'inscription

**ENVOI UNIQUEMENT PAR COURRIER : IFPM du CHSF – 40 avenue Serge Dassault - 91106 CORBEIL-ESSONNES
Cedex
(Le cachet de la poste faisant foi)**

PHOTO
(à agrafier)

Droit d'inscription à la sélection
d'entrée en IFMEM :
100 €

Sélection des dossiers :
Du 31 mars au 4 avril
2025

IDENTITE DU CANDIDAT

NOM de naissance :

Prénom :

NOM marital :

Date de naissance : / /

Lieu de naissance :

Département de naissance :

Pays de naissance :

Adresse postale :

.....

.....

.....

Code postal :

Ville :

Téléphone : / / /

Mail :

RESILIATION

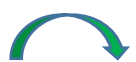
En cas de désistement, aucun règlement ne sera remboursé après la clôture des inscriptions.

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document.
 Je m'engage à ne pas modifier mon choix après le dépôt du dossier et j'accepte sans réserve le règlement qui régit le concours.
 Je déclare avoir pris connaissance que les informations recueillies sur ce dossier font l'objet d'un traitement informatisé et que les résultats du concours seront publiés sur le site internet du Centre Hospitalier Sud Francilien.
 Conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, je dispose d'un droit d'accès et de rectification aux données du fichier qui me concerne, droit que je peux exercer auprès des Instituts de Formations Paramédicales du Centre Hospitalier Sud Francilien.

Fait à : Le :

Signature :





TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS TRAITE ET VOUS SERA RETOURNE

DOCUMENTS A JOINDRE

(cadre réservé à l'administration)

- Photo d'identité agrafée
- Lettre de motivation manuscrite
- Curriculum Vitae
- Photocopie couleur recto / verso de la carte nationale d'identité française ou titre de séjour (**en cours de validité**)
- Photocopie couleur de la carte vitale et de l'attestation de droits à l'assurance maladie
- Photocopies des diplômes
- Attestation(s) employeur(s) justifiant de 3 ans d'exercice (soit 4821 heures) à la clôture des inscriptions
- Attestations de formations continues
- Attestation de financement du droit d'inscription et / ou de la formation de l'employeur ou organisme financier (**si prise en charge**)
- Titre ou diplôme étranger + attestation d'équivalence¹ + traduction du diplôme¹
- 3 timbres autocollants
- Justificatif en cas d'aménagement du temps de l'épreuve (tiers temps)
- Règlement du droit d'inscription **100 € uniquement par chèque à l'ordre de** : « Régie IFSI CH Sud Francilien »

¹ A demander au C.I.E.P – site internet www.ciep.fr/enic-naric.fr

² Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) – site internet mdphe@cg91.fr



POLE MANAGEMENT

Direction des IFPM du GHT Ile-de-France Sud

IFSI – IFMEM – IFAS – IFAP – Formation Continue

Marie-Paule SAULI

Directrice de l'Institut des Formations Paramédicales
Du Sud Francilien - GHT Ile-de-France Sud

Séloua LAOUARI

Adjointe à la directrice des Instituts de Formations Paramédicales
Du Sud Francilien - GHT Ile-de-France Sud

Déclaration d'activité enregistrée sous le numéro 11 91 07508 91 auprès du préfet de la région d'Ile-de-France

Instituts de Formations Paramédicales du CHSF

Téléphone : 01.61.69.66.15

Mail : ifsi@chsf.fr

Site internet : www.chsf.fr

Adresse physique :


2 rue Pierre Fontaine – 91000 EVRY

Adresse postale :

40 avenue Serge Dassault – 91106 CORBEIL-ESSONNES Cedex

N° FINESS : 910002773

FONCTION	ETABLISSEMENT	DATE		Nbre DE JOUR	Nbre DE MOIS	Nbre D'HEURES
		DU	AU			
TOTAL D'HEURES						

	Formulaire de consentement pour la gestion des Données personnelles	Direction de l'IFPM du GH Ile-de-France Sud ES/IFPM/ADM/214/ MAJ le 25/10/2 Page 9/
Date de creation : 25/10/2023	Nadia PECQUENARD Responsable de la gestion documentaire IFPM : 25/10/2023	Date d'application : 25/10/2023

Je soussigné(e), né(e) le, résidant à

(Adresse).....

Donne par la présente mon consentement à l'IFPM du CHSF pour la collecte, le traitement et l'utilisation de mes données personnelles conformément à la législation en vigueur et à la politique de confidentialité de l'IFPM¹.

Je consens à ce que mes données personnelles soient collectées et traitées par l'IFPM aux fins suivantes :

- Gestion des inscriptions et de la scolarité
- Communication entre l'apprenant et l'IFPM
- Facturation
- Certification et diplôme d'état
- Données statistiques

Je comprends que mes données personnelles peuvent être partagées avec des tiers dans la mesure nécessaire à la réalisation de ces finalités, conformément aux lois applicables et à la politique de confidentialité de l'IFPM.

Je consens également à ce que mes données personnelles puissent être stockées pour la durée nécessaire à l'atteinte des finalités susmentionnées et conformément aux politiques de conservation de l'IFPM.

Je reconnais avoir été informé(e) de mes droits en vertu du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) de l'Union européenne², y compris le droit d'accès, de rectification, de suppression, de limitation du traitement et de portabilité des données. Je comprends que je peux retirer ce consentement à tout moment en notifiant l'IFPM par écrit.

Je certifie que les informations que j'ai fournies sont exactes et complètes.

Fait à, le Pour les mineurs, nom du tuteur légal :

Signature avec la mention « *Lu et approuvé* » : Signature avec la mention « *Lu et approuvé* » :

<u>A REMPLIR PAR LE REPRESENTANT LEGAL SI LA PERSONNE MENTIONNEE CI-DESSUS EST MINEURE :</u>	
NOM :	PRENOM :
ADRESSE (N°/RUE) :	
CODE POSTAL :	VILLE :
SIGNATURE :	

Le refus de consentement implique l'impossibilité d'être inscrit en formation à l'IFPM.

¹ <https://www.chsf.fr/formation/instituts-de-formations/qualite-instituts-de-formation/>

² Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données