

DOSSIER D'INSCRIPTION A LA SELECTION D'ENTREE EN INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS CANDIDATS FPC

Rentrée de Septembre 2026

Période d'inscription du 08 décembre 2025 au 26 janvier 2026

PHOTO

(Aagrafer)

ENVOI UNIQUEMENT PAR COURRIER :

IFPM du CHSF

40 avenue Serge Dassault

91106 CORBEIL-ESSONNES Cedex

(Le cachet de la poste faisant foi)

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 (EN MAJUSCULES) :

.....

MODALITES D'INSCRIPTION

Vos choix d'IFSI :

☐ Vœu N°1 : IFSI du Centre Hospitalier Sud Francilien

☐ Vœu N°2 (autre IFSI) :

➡ Si le candidat n'émet qu'un seul vœu : Inscrire « aucun » sur la ligne du 2^{ème} vœu.

RESILIATION

En cas de désistement, aucun règlement des frais d'inscription 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 la sélection d'admission.

Je déclare avoir pris connaissance que les informations recueillies sur ce dossier font l'objet d'un traitement informatisé et que les résultats d'admission 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 de l'Institut de Formations Paramédicales du Centre Hospitalier Sud Francilien.

Fait à : Le : / /

Signature :

DOCUMENTS A JOINDRE *

☐ Photo d'identité agrafée	1
☐ 3 timbres autocollants (tarif en vigueur)	2
☐ Règlement du droit d'inscription à la sélection : 100 € uniquement par chèque à l'ordre de : « REGIE IFSI CH SUD FRANCILIEN »	3
☐ Photocopie couleur recto/verso de la pièce d'identité ou titre de séjour (<i>valide pour toute la durée de la formation</i>)	4
☐ Photocopie de l'attestation de droits à l'assurance maladie	5
☐ Lettre de motivation manuscrite	6
☐ Curriculum Vitae	7
☐ Photocopie des diplômes Ou ☐ Titre ou diplôme étranger + attestation d'équivalence + traduction du diplôme (Traduction effectuée par un traducteur assermenté auprès de la cour d'appel de Paris) A demander au C.I.E.P – site internet : www.ciep.fr/enic-naric.fr	8
☐ « VOTRE STATUT A L'ENTREE EN FORMATION » : ANNEXE 1	9
☐ FICHE CANDIDAT PSASE : ANNEXE 2 (<i>si concerné</i>)	10
Pour les candidats pris en charge par l'employeur ou organisme financeur : ☐ Attestation de financement du droit annuel d'inscription et/ou de la formation (<i>si prise en charge</i>)	11
☐ Relevé d'heures justifiant de 3 ans d'exercice : ANNEXE 3	12
☐ Attestation(s) employeur(s) justifiant de 3 ans d'exercice (soit 4821 heures) à la clôture des inscriptions	12
☐ Justificatif MDPH* en cas d'aménagement du temps de l'épreuve (tiers temps) (<i>si concerné</i>) *Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) mdphe@c91.fr	13
Pour les ressortissants Hors Union Européenne : ☐ Attestation du niveau de langue française égale ou supérieure au niveau B2* du cadre Européen commun de référence pour les langues du conseil de l'ordre. *A demander au C.I.E.P – site internet : www.ciep.fr/enic-naric.fr	14
☐ Attestations de formations continues	15
☐ Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence (AFGSU) niveau 2 ⇒ Si obtention - datant de moins de 4 ans.	16
☐ Formulaire de consentement pour la gestion des données personnelles (RGPD) : ANNEXE 4	17

***Indique la liste des documents obligatoires :**

A joindre au dossier dans l'ordre énuméré

DIRECTION DE L'INSTITUT DE FORMATIONS PARAMEDICALES IFSI - IFMEM – IFAS – IFAP – Formation Continue Marie-Paule SAULI Coordonnatrice Générale des Soins Directrice		INSTITUT DE FORMATIONS PARAMEDICALES (IFPM) DU CHSF - CHA Accueil Tél : 01.61.69.66.15 Mail : ifsi@chsf.fr Site internet : www.chsf.fr Onglet ENSEIGNEMENT puis : INSTITUTS DE FORMATION	
		Adresse physique : 2 rue Pierre Fontaine 91000 EVRY- COURCOURONNES	Adresse postale : IFPM du CHSF 40 avenue Serge Dassault 91106 CORBEIL-ESSONNES Cedex

INFORMATIONS IMPORTANTES 1/2

PÉRIODE D'INSCRIPTION	Du Lundi 08 Décembre 2025 au Lundi 26 Janvier 2026 23h59* (délai de rigueur) IFPM du CHSF 40 avenue Serge Dassault 91106 CORBEIL-ESSONNES Cedex <i>* (Le cachet de la poste faisant foi)</i>	
NOMBRE DE PLACES OUVERTES	Candidats FPC Formation en Soins Infirmiers : ⇒ 50	Candidats PSASE Formation Professionnelle Continue ⇒ de 8 à 15
CONDITIONS D'ACCÈS	► Prérequis pour les candidats relevant de la Formation Professionnelle Continue - « FPC » : - Candidats justifiant de trois années d'expérience professionnelle relevant de la formation professionnelle continue (FPC) selon le code du travail article L.6311-1. - La date à prendre en compte pour comptabiliser les trois années de cotisation à un régime de protection sociale en France est celle de la clôture des inscriptions aux épreuves de sélection. ► Cette voie d'accès est adaptée aux candidats en reconversion professionnelle (aide-soignant, auxiliaire de puériculture, ou autres expériences professionnelles en dehors du domaine sanitaire).	
MODALITÉS D'INSCRIPTION	► Une seule date pour la région Ile-de-France - Le candidat s'inscrit dans l'IFSI du groupement universitaire : IFSI-U « Paris-Saclay ». - Le candidat émet 2 vœux dans un même groupement IFSI par ordre de priorité. Si le candidat n'émet que 1 seul vœu, il devra inscrire « aucun » pour le 2^{ème} vœu afin de l'inviter à la vigilance. - Le candidat retire le dossier et envoi son dossier dans l'IFSI du vœu N°1. - Si le candidat obtient une note supérieure à la moyenne mais son classement ne lui octroie pas de place dans l'IFSI de son vœu N°1, il sera affecté dans l'IFSI de son vœu N°2 sous réserve de place disponible. - Le classement ne comporte pas de liste complémentaire. ► Les IFSI du groupement universitaire Paris Saclay sont : - IFSI CH Sud-Francilien (CHSF) – Corbeil-Essonnes - IFSI de Perray-Vaucluse GHT Paris Psychiatrie et Neurosciences – Epinay sur Orge - IFSI Barthelemy Durand – Etampes - IFSI Groupe Hospitalier Nord Essonne – Longjumeau - IFSI Antoine Béchère AP-HP – Clamart - IFSI Bicêtre AP-HP – Le Kremlin Bicêtre - IFSI CH Paul Guiraud – Villejuif	
COÛTS FINANCIERS DE LA FORMATION TARIFS 2025 (Sous réserve de modifications)	Statut à l'entrée en formation : Votre statut déterminera si vous êtes éligible ou non à une prise en charge financière par la région Ile de France, d'où l'intérêt d'étudier l'impact financier de la formation dans votre projet. La formation a un coût annuel, à savoir : - Droit d'inscription à la sélection : 100 € - A régler au moment de l'inscription à la sélection - Droit annuel d'inscription à la formation : 178 € - A régler au moment de l'inscription définitive - Frais Universitaire de Paris Sud : 105 € - CVEC* - A régler en ligne au moment de l'inscription définitive sur : www.messervicesetudiants.fr - Frais de formation (financement individuel) : 7 110 € - Frais de formation (autres financements : employeurs ou organismes financeurs) : 7 500 € - Droit annuel d'inscription (étudiant étranger extra-communautaire) : 2 895 € ⇒ Public dit « éligible région » -voir votre statut à l'entrée en formation- ANNEXE 4 : Notre institut de formation a signé une convention avec la Région Ile-de-France pour prendre en charge les formations, à l'exception des 178 € de droit annuel d'inscription à la formation qui restent à la charge du candidat. *CVEC : Contribution de Vie Etudiante et de Campus	

INFORMATIONS IMPORTANTES 2/2

EPREUVES DE SELECTION	➤ Epreuve orale Un entretien de 20 minutes portant sur l'expérience professionnelle du candidat. Il s'appuie sur la remise 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. ➤ Epreuve écrite a) Une sous-épreuve de rédaction et/ou de réponses à des questions dans le domaine sanitaire et social d'une durée de 30 minutes qui permet d'apprécier, outre les qualités rédactionnelles des candidats, leurs aptitudes au questionnement, à l'analyse et l'argumentation ainsi que leur capacité à se projeter dans leur futur environnement professionnel. b) Une sous-épreuve de calculs simples d'une durée de 30 minutes. L'utilisation de la calculatrice simple est autorisée. ➤ Chacune des 2 épreuves est notée sur 20 points. Une note inférieure à 8/20 à l'une des 2 épreuves est éliminatoire. ➤ Pour être admis, le candidat doit obtenir un total d'au-moins 20/40.
EPREUVE ORALE	Du Mardi 27 Janvier au Vendredi 13 Février 2026
EPREUVE ECRITE	Vendredi 06 Février 2026 de 13h30 à 14h30
AFFICHAGE DES RÉSULTATS DES ÉPREUVES DE SÉLECTION	Vendredi 20 Février 2026 à partir de 14h00 ➤ Les résultats seront affichés à l'Institut et consultables sur notre site internet. ➤ Aucun résultat ne sera donné par téléphone. Site internet : www.chsf.fr Onglet ENSEIGNEMENT puis : INSTITUTS DE FORMATION
CONFIRMATION D'INSCRIPTION	Vous avez jusqu'au 27/02/2026 23h59* (délai de rigueur) pour effectuer votre inscription administrative à l'IFPM * (Le cachet de la poste faisant foi)
PRÉ-RENTRÉE	Lundi 24 et Mardi 25 août 2026 de 9h00 à 17h00 PRESENCE OBLIGATOIRE LES 2 JOURS
RENTRÉE SCOLAIRE	Lundi 07 Septembre 2026
DOSSIER MÉDICAL	⇒ Les candidats doivent répondre aux obligations vaccinales concernant les professionnels de santé pour l'entrée en formation. RAPPEL RÉGLEMENTAIRE Obligatoire ✚ Etre immunisé(e) contre la Diphtérie, le Tétanos, le Poliomyélite (DTP) et l'Hépatite B ✚ Concernant la Tuberculose <i>Le décret n° 2019-149 du 27/02/2019 a suspendu l'obligation vaccinale par le BCG pour les étudiants et les professionnels des métiers de santé. <u>Le test tuberculinique de référence reste toutefois maintenu.</u></i> ✚ Avoir bénéficié d'une IDR à 5UI de tuberculine : Tubertest (datant de moins de trois mois) Recommandé ✚ Rougeole – Varicelle - Hépatite A – Coqueluche - Grippe - Covid <i>L'obligation vaccinale contre la COVID-19 est suspendue par le décret n°2023-368 du 13 mai 2023.</i> ➤ L'admission des élèves en formation est subordonnée à la production du DOSSIER MÉDICAL COMPLET à fournir sous enveloppe à votre NOM, prénom et filière LE JOUR DE LA PRÉ-RENTRÉE. (Il vous sera transmis après votre confirmation d'inscription définitive.)
ENSEIGNEMENT	➤ Les cours sont dispensés aux IFPM (IFAS-IFAP-IFSI-IFMEM) au 2 Rue Pierre Fontaine – 91000 EVRY ➤ La formation se déroulera en présentiel mais aussi en distanciel (formation hybride). ➤ Vous devez prévoir un équipement informatique individuel (ordinateur) et une connexion internet afin de suivre la formation. ➤ Un minimum de compétences informatiques est recommandé

VOTRE STATUT A L'ENTREE EN FORMATION

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

⇒ **Cochez la case correspondante à votre situation**

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 listes de France Travail** : **Joindre un justificatif**

N° identifiant : Région Agence France Travail :

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, TPADVF, TPASMS, DEAES, ARM, AMBULANCIER

☐ **Pour la formation aide-soignante en cursus partiel titulaire des diplômes suivant** : DEAS, TPADVF, 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 France travail (AIF ...), attention vos demandes sont à faire **un mois avant l'entrée en formation.****

DATE :

SIGNATURE :

FICHE CANDIDAT « PSASE » :

Parcours Spécifique d'accès en 2ème année de formation infirmière pour les Aides-Soignants Expérimentés

➤ Précisez si vous avez été spécifiquement retenu par votre employeur pour suivre ce dispositif d'accompagnement de 3 mois en vue d'intégrer la 2^{ème} année :

☐ OUI☐ NON☐ DEMANDE EN COURS AUPRES DE MON EMPLOYEUR

INFORMATIONS

Depuis la publication de l'arrêté du 3 juillet 2023 modifiant l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, les aides-soignants disposant d'une **expérience professionnelle** en cette qualité **d'au moins trois ans à temps plein sur la période des cinq dernières années à la date de sélection** et qui ont été **sélectionnés par la voie de la formation professionnelle** peuvent, à la suite d'un **parcours spécifique de formation de trois mois validé**, intégrer directement la deuxième année de formation en soins infirmiers.

CONDITIONS
D'ELIGIBILITE
POUR ENTRER
DANS LE
DISPOSITIF

➤ **Personnes concernées** : Tous les Aides-Soignants diplômés du DEAS expérimentés de 3 ans de temps complet d'exercice de leur fonction.

- Expérience professionnelle d'Aide-Soignant variée d'au moins trois ans à temps plein sur la période des cinq dernières années à la date de sélection
- Etre sélectionné par la voie de la formation professionnelle continue (FPC) [Année N ou N-1]
- Se porter volontaire (engagement écrit) et être retenu par son employeur à cette fin
- S'acquitter des droits d'inscription de 1ère année
- Détenir l'AFGSU (niveau 2) en cours de validité, si besoin l'actualisation pourra être réalisée avant l'entrée en 2A.

➤ **Pour être éligibles au parcours spécifique**, les Aides-Soignants doivent se porter volontaires et être retenus et financés par leur employeur, OPCO ou ANFH à cette fin.

➤ **Les AS inscrits à France Travail ou en auto financement ne sont pas éligibles à ce dispositif.**

DEROULEMENT
DU DISPOSITIF

➤ Le déroulement du dispositif de **formation sur 3 mois à temps plein** met en place les conditions pour réussir le changement de posture (AS vers étudiant en Soins Infirmiers), capitaliser l'expérience professionnelle et acquérir les connaissances et compétences incontournables d'un étudiant de 1ère année.

➤ **A savoir** : En cas de congé de maladie, de maternité, de paternité ou d'adoption, le bénéfice du parcours spécifique peut être conservé pendant une année supplémentaire

CALENDRIER 2026

Date des sessions de formation :

Du lundi 30 mars 2026 au vendredi 26 juin 2026

(Selon le calendrier régional)

Durée : 12 semaines : 420 heures dont 175 heures de stage

**Lieu : Institut de Formations Paramédicales (IFPM) :
2 Rue Pierre Fontaine - 91000 ÉVRY-COURCOURONNES**

OBJECTIFS
DE LA
FORMATION

- La formation a pour but de mettre en place une formation spécifique, destinée à des Aides-Soignants expérimentés pour leur permettre de bénéficier d'une dispense totale de la 1ère année de formation en Soins Infirmiers.
- Consolider les connaissances et les compétences en lien avec les sciences et techniques en Soins Infirmiers.
- Assimiler les enseignements incontournables de la 1ère année de formation en Soins Infirmiers.
- Développer une méthode de travail spécifique au rythme d'une formation universitaire de niveau Licence.
- Aborder sereinement le dispositif grâce à un accompagnement et à un suivi régulier.

REFERENCES
REGLEMENTAIRES

- Arrêté du 3 juillet 2023 modifiant l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier.
- Instruction N° DGOS/RH1/2023/129 du 2 août 2023 relative à la mise en place d'un parcours spécifique d'accès en 2ème année de formation en soins infirmiers pour les aides-soignants.

PROGRAMME

➤ **Le programme de la formation PSASE IFPM est consultable sur notre site internet :**

www.chsf.fr | Onglet ENSEIGNEMENT puis : INSTITUTS DE FORMATION
FORMATION CONTINUE/4-formation-psase-parcours-specifique-pour-les-aides-soignants-experimentes

ANNEXE 3



Sélection d'entrée en Institut de Formation en Soins Infirmiers & Manipulateur en Électroradiologie Médicale

**Direction des IFPM du
GHT Ile-de-France Sud**

CANDIDAT FPC

RELEVÉ D'HEURES

JUSTIFIANT 3 ANS D'EXERCICE

ES/IFPM/ADM/149/B

Page 1/2

Date de création : 24/02/2021

Date d'application : 02/03/2021

Date de révision : 27/11/2030

Date de mise à jour : 27/11/2025

CANDIDAT

**Joindre impérativement
tous les justificatifs**

NOM de naissance :

Prénom :

NOM marital :

[illegible]

FONCTION	ETABLISSEMENT	DATE		Nombre de jours	Nombre de mois	Nombre d'heures
		DU	AU			
TOTAL D'HEURES						

ANNEXE 4

	FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LA GESTION DES DONNEES PERSONNELLES (RGPD)	<i>Direction des IFPM du GHT Ile-de-France Sud</i> ES/IFPM/ADM/214/C Page 1/1	
Date de création : 25/10/2023	Date application: 25/10/2023	Date de révision : 19/07/2030	Date de mise à jour : 19/06/2025

Cochez votre formation :

- | | |
|--|--|
| ☐ INFIRMIER | ☐ MANIPULATEUR D'ELECTRORADIOLOGIE MEDICALE |
| ☐ AIDE-SOIGNANT | ☐ AUXILIAIRE DE PUERICULTURE |

Je soussigné(e),
NOM de naissance :
NOM d'usage :

Prénom :
Date de naissance :

Si mineur, NOM et prénom du représentant légal :

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'Etat
- 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.

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

Date :	Signature :
Si mineur, signature du représentant légal :	

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.