	<b>NOTICE D'INFORMATIONS</b>  <b>SELECTION D'ENTREE EN INSTITUT DE FORMATION DE MANIPULATEUR D'ELECTRORADIOLOGIE MEDICALE</b>  <b><u>CANDIDAT FPC</u></b>	Direction des IFPM du GHT Ile-de-France Sud  <a href="#">ES/IFPM/ADM/054/A</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 5 janvier 2024 au 22 mars 2024**

**Aucun règlement ne sera remboursé après la clôture des inscriptions**

**CONDITIONS :**

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 12 de l'arrêté du 17 janvier 2020 modifié par l'arrêté du 5 février 2021 relatif à l'admission dans les instituts préparant au DEMEM doivent justifier 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 2 au 5 avril 2024**

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

**22 avril 2024 à partir de 14h00**

**Confirmation des candidats :**

**Au plus tard le 30 avril 2024**

## **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<sup>er</sup> jour de rentrée en formation**

## **COÛTS FINANCIERS DE LA FORMATION TARIF 2023 (sous réserve de modification pour 2024) :**

**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** : 170 €
- **Frais annuels d'inscription universitaire de Paris Sud** : 100 € (CVEC) (tarif 2023)
- **Droit annuel d'inscription (étudiant étranger extra-communautaire)** : 2 770 €
- **Frais de formation (individuel)** : 8 230 €
- **Frais de formation (autres employeurs ou organismes financeurs)** : 8 620 €

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 liste de pôle emploi – joindre un justificatif  
N° identifiant : ..... Région Agence PE : .....  
Adresse mail conseiller Pôle Emploi : .....
- 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**

DATE :  
SIGNATURE :

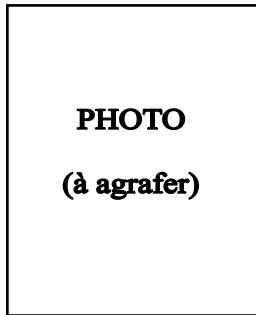


	<b>FICHE D'INSCRIPTION</b>  <b>SELECTION D'ENTREE</b> <b>EN INSTITUT DE FORMATION</b> <b>DE MANIPULATEUR D'ELECTRORADIOLOGIE</b> <b>MEDICALE</b>  <b><u>CANDIDAT FPC</u></b>	Direction des IFPM du GHT Ile-de-France Sud  ES/IFPM/ADM/053/A
		Page 5/9
Date de creation : 30/10/2019	Nadia PECQUENARD Responsable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

**Date d'inscription du 5 janvier 2024 au 22 mars 2024**

**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)



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

**Sélection des dossiers :**  
**Du 2 au 5 avril 2024**

**IDENTITE DU CANDIDAT**

**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 :



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 : .....



**TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS TRAITÉ ET VOUS SERA RETOURNÉ**

## 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
- Photocopie 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'équivalence<sup>1</sup> + traduction du diplôme<sup>1</sup>
- 3 timbres autocollants
- Justificatif uniquement de la MDPH<sup>2</sup> 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 »

<sup>1</sup> A demander au C.I.E.P – site internet [www.ciep.fr/enic-naric.fr](http://www.ciep.fr/enic-naric.fr)

<sup>2</sup> Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) – site internet [mdphe@cg91.fr](mailto:mdphe@cg91.fr)



### POLE MANAGEMENT

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

IFSI – IFMEM – IFAS – IFAP – Formation Continue

Séloua LAOUARI

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](mailto:ifsi@chsf.fr)

Site internet : [www.chsf.fr](http://www.chsf.fr)

#### Adresse physique :

2, rue Pierre Fontaine – 91000 EVRY

#### Adresse postale :


40 avenue Serge Dassault – 91106 CORBEIL-ESSONNES Cedex

N° FINESS : 910002773







	<b>Formulaire de consentement pour la gestion des Données personnelles</b>	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'IFPM<sup>1</sup>.

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 européenne<sup>2</sup>, 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 .....

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

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

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

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

<sup>2</sup> 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