

**INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS\*  
DU CENTRE HOSPITALIER DE TROYES**

*2 avenue des Lombards*

*10000 TROYES*

**Tél : 03.25.49.49.99**

**Fax : 03.25.49.47.09**

*CONCOURS D'ADMISSION  
EN INSTITUT DE FORMATION PREPARANT AU  
DIPLOME D'ETAT D'AIDE-SOIGNANT*

***FORMATION CURSUS COMPLET***

**ANNEE 2016**

- Date limite de dépôt de dossier : 12 Février 2016***
- Epreuves écrite d'admissibilité : 16 Mars 2016  
Date des Résultats : Le 1<sup>er</sup> Avril 2016 à 14h***
- Epreuve orale d'admission : du 18 Avril au 13 Mai 2016.  
Date des Résultats : Le 25 Mai 2016.***

**TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA IMMEDIATEMENT REEXPEDIE A SON  
ENVOYEUR SANS ENREGISTREMENT SUR LA LISTE DES INSCRIPTIONS AU  
CONCOURS.**

\* dénommé I.F.S.I par la suite



|              |  |                |
|--------------|--|----------------|
| <b>I.</b>    | <b>CONDITIONS D'INSCRIPTION .....</b>              | <b>p.2</b>     |
| <b>II.</b>   | <b>EPREUVES DE SELECTION.....</b>                  | <b>p.3</b>     |
| <b>III.</b>  | <b>CONSTITUTION DU DOSSIER D'INSCRIPTION .....</b> | <b>p.4</b>     |
| <b>IV.</b>   | <b>MODALITES D'INSCRIPTION.....</b>                | <b>p.5</b>     |
| <b>V.</b>    | <b>PUBLICATION DES RESULTATS .....</b>             | <b>p.6</b>     |
| <b>VI.</b>   | <b>INFORMATIONS SUR LA SCOLARITE.....</b>          | <b>p.7</b>     |
| <b>VII.</b>  | <b>FICHE D'INSCRIPTION .....</b>                   | <b>p.8</b>     |
| <b>VIII.</b> | <b>INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES .....</b>          | <b>p.10-11</b> |

# I. CONDITIONS D'INSCRIPTION

Etre **âgée de dix-sept ans** au moins à la date de l'entrée en formation ; **aucune dispense d'âge n'est accordée et il n'est pas prévu d'âge limite supérieur.**

## 1) POUR SE PRESENTER A L'EPREUVE ECRITE D'ADMISSIBILITE

Aucune condition de diplôme n'est requise.

## 2) SONT DISPENSES DE L'EPREUVE ECRITE D'ADMISSIBILITE :

- 1) Les candidats titulaires d'un titre ou diplôme homologué au minimum au niveau IV ou enregistré à ce niveau au répertoire national de certification professionnelle, délivré dans le système de formation initiale ou continue français.
- 2) Les candidats titulaires d'un titre ou diplôme du secteur sanitaire ou social homologué au minimum au niveau V délivré dans le système de formation initiale ou continue français.
- 3) Les candidats titulaires d'un titre ou diplôme étranger leur permettant d'accéder directement à des études universitaires dans le pays où il a été obtenu.
- 4) Les étudiants ayant suivi une première année d'études conduisant au Diplôme d'Etat d'Infirmier et n'ayant pas été admis en deuxième année.
- 5) Pour les candidats en terminale « Accompagnement, Soins, Services aux Personnes » et « Services Aux Personnes et Aux Territoires » : **l'inscription avec ce dossier engage à suivre la formation complète préparant au DEAS.**

# II EPREUVES DE SELECTION

Les épreuves de sélection comprennent :

## 1. Une épreuve écrite d'admissibilité.

Cette épreuve anonyme, d'une durée de deux heures est notée sur 20 points.

Elle se décompose en deux parties :

- a) A partir d'un texte de culture générale d'une page maximum et portant sur un sujet d'actualité d'ordre sanitaire et social, le candidat doit :
- dégager les idées principales du texte ;
  - commenter les aspects essentiels du sujet traité sur la base de deux questions au maximum.

Cette partie est notée sur 12 points et a pour objet d'évaluer les capacités de compréhension et d'expression écrite du candidat.

- b) Une série de dix questions à réponse courte :
- cinq questions portant sur des notions élémentaires de biologie humaine ;
  - trois questions portant sur les quatre opérations numériques de base ;
  - deux questions d'exercices mathématiques de conversion.

Cette partie a pour objet de tester les connaissances du candidat dans le domaine de la biologie humaine ainsi que ses aptitudes numériques. Elle est notée sur 8 points.

**Les candidats ayant obtenu une note supérieure ou égale à 10 sur 20 sont déclarés admissibles.**

## 2. Une épreuve orale d'admission.

Cette épreuve consiste en un entretien de 20 minutes maximum avec 2 membres du jury, précédé de 10 minutes de préparation.

Elle est notée sur 20 points.

Elle se divise en deux parties :

- a) présentation d'un exposé à partir d'un thème relevant du domaine sanitaire et social et réponse à des questions.
- b) discussion avec le jury sur la connaissance et l'intérêt du candidat pour la profession d'aide-soignant.

Cette épreuve vise à tester les capacités d'argumentation et d'expression orale ainsi que ses aptitudes à suivre la formation, elle sert aussi à évaluer la motivation du candidat.

Une note inférieure à 10 sur 20 à cette épreuve est éliminatoire.

**Au vu de la note obtenue à l'épreuve d'admission, les candidats seront inscrits sur une liste de classement comprenant une liste principale et une liste complémentaire.**

### III CONSTITUTION DU DOSSIER D'INSCRIPTION

**1) La fiche d'inscription (page 8) remplie sans oublier de la dater et de la signer**

**2) Une photo d'identité récente**

**3) Une photocopie de la carte d'identité recto verso ou titre de séjour à jour**

**4) Pour les candidats dispensés de l'épreuve écrite, une copie du justificatif de dispense**

(voir page 2)

**5) Enveloppes**, timbrées format ordinaire (avec vos nom et adresse)

**Pour les candidats passant l'épreuve écrite**

3 enveloppes timbrées au tarif en vigueur

1 enveloppe (format A4 : 21 x 29.7) timbrée à 1,50 Euros

**Pour les candidats ne passant pas l'épreuve écrite**

2 enveloppes timbrées au tarif en vigueur

1 enveloppe (format A4 : 21 x 29.7) timbrée à 1,50 Euros

**6) Le justificatif de paiement (voir modalités d'inscription page 5)**

Nous n'acceptons aucun chèque, aucun paiement à l'I.F.S.I.

**Après inscription si les candidats se désistent, les droits d'inscription restent acquis à l'I.F.S.I quelque soit le motif du désistement.**

**ATTENTION : TOUS LES DOSSIERS INCOMPLETS SERONT AUTOMATIQUEMENT REEXPEDIES A L'ENVOYEUR SANS INSCRIPTION SUR LA LISTE DES CANDIDATS**

## IV MODALITES D'INSCRIPTION

Vous devez acquitter des frais d'inscription au concours.

Le montant de ces frais d'inscription est fixé par chaque I.F.S.I : il s'élève à **98 Euros** pour l'I.F.S.I de Troyes

a) **Si envoi du dossier par courrier : veuillez adresser directement votre dossier d'inscription en recommandé avec Accusé de Réception à :**

TRESORERIE DU CENTRE HOSPITALIER DE TROYES  
101 Avenue Anatole France  
10000 TROYES

Dans ce cas, n'oubliez pas de joindre à votre dossier un chèque de **98 Euros**, à l'ordre du comptable public du Centre hospitalier de Troyes.

La trésorerie transmettra votre dossier à l'I.F.S.I avec le justificatif de paiement.

**Un accusé de réception de votre dossier vous sera retourné par retour du courrier**

b) **Si remise du dossier à l'Institut**

S'adresser d'abord à **la Trésorerie du Centre Hospitalier de Troyes** pour déposer le chèque correspondant aux frais d'inscription au concours

### **Horaires d'ouverture de la Trésorerie Principale**

⇒ **9 h 00 – 12 h 00** }  
⇒ **13 h 30 – 16 h 00** } Du lundi au vendredi

Ensuite déposer le dossier complet y compris le récépissé de paiement remis par la Trésorerie à l'I.F.S.I, 2 Avenue des Lombards, 10000 TROYES **pendant les heures d'ouvertures du secrétariat :**

⇒ **8 h 00 – 17 h 00** Du lundi au vendredi

## V PUBLICATION DES RESULTATS

■ Les résultats des épreuves de sélection sont affichés à l'I.F.S.I de Troyes et disponibles sur le site [www.ifs-i-troyes.fr](http://www.ifs-i-troyes.fr)

■ Les candidats sont personnellement informés de leur résultat par courrier.

Aucun résultat n'est transmis par téléphone

■ Si dans les dix jours suivant l'affichage (**cachet de la Poste faisant foi**), un candidat classé sur la liste principale ou sur la liste complémentaire n'a pas confirmé par écrit son souhait d'entrer en formation, il est présumé avoir renoncé à son admission ou à son classement sur la liste complémentaire et sa place est proposée au candidat inscrit en rang utile sur cette dernière liste.

## **VALIDITE DES EPREUVES DE SELECTION**

**Les résultats des épreuves de sélection ne sont valables que pour la rentrée au titre de laquelle elles ont été organisées.**

Un report d'admission d'un an, renouvelable une seule fois, est accordé de droit par le Directeur de l'Institut en cas :

- . de congé de maternité
- . de rejet d'une demande de mise en disponibilité
- . pour garde d'un enfant de moins de quatre ans

Un report d'admission d'un an, renouvelable deux fois, est accordé de droit par le Directeur de l'Institut en cas :

- . de rejet du bénéfice de la promotion professionnelle ou sociale
- . de rejet d'une demande de congé individuel de formation ou de congé de formation professionnelle.

Le report est valable pour l'Institut dans lequel le candidat avait été précédemment admis.

# VI INFORMATIONS SUR LA SCOLARITE

## 1. CALENDRIER :

La rentrée scolaire est prévue le **1<sup>er</sup> Septembre 2016**.

La prérentrée est fixée au **lundi 29 Août 2016**

La formation comporte 1435 heures d'enseignement théorique et clinique, en institut et en stage.

## 2. COUT DES ETUDES

Le coût est fixé par le Conseil de Surveillance du Centre Hospitalier de Troyes.

Pour l'année scolaire 2015/2016 : **5 250 Euros + 200 Euros AFGSU**

Chèque à établir après réception de la facture

Cotisation pour la bibliothèque : **18 Euros**

Caution pour la bibliothèque : **40 Euros**

Caution pour les badges du CHT : **25 euros**

Achat des tenues : 53 Euros (tarif 2015)

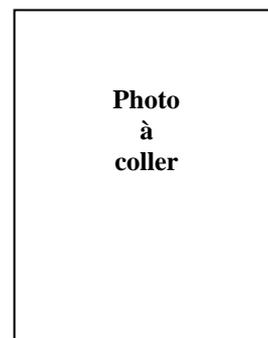
Paiement par chèque bancaire à l'ordre du comptable public du centre hospitalier de Troyes et à établir lors de votre confirmation d'inscription en formation.

## 3. BOURSE D'ETUDES

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005, les bourses paramédicales relèvent de la compétence des Régions. Les élèves en formation paramédicale inscrits dans un établissement de formation de Champagne-Ardenne doivent donc s'adresser au Conseil Régional de Champagne-Ardenne pour toute demande de bourses d'études.

La demande de bourse doit être effectuée sur le site de la région Champagne-Ardenne : [www.cr-champagne-ardenne.fr/bop/](http://www.cr-champagne-ardenne.fr/bop/)

## VII FICHE D'INSCRIPTION



### IDENTITE

Nom : .....

Nom d'épouse : .....

Prénom : .....

☎ : Fixe : ..... Portable : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance + (dépt) : .....

Nationalité : .....

Adresse : .....

Suite : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Email : .....

### TITRES D'INSCRIPTION

Titulaire d'un baccalauréat :  NON  OUI Série : ..... Obtenu en : .....

Titre d'admission : ..... Obtenu en : .....

Cycle préparatoire :  NON  OUI

### REGLEMENT

Justificatif de paiement **98 euros**

Chèque établi par : .....

N° du chèque : .....

Etablissement bancaire : .....

Date du paiement : .....

### Contrôle des pièces fournies (Cadre RESERVE au secrétariat de l'Institut)

Photo identité

Photocopie recto verso carte d'identité ou titre de séjour à jour

Photocopie titre d'admission (Diplôme ou justificatif dispensant de l'épreuve écrite)

3 enveloppes timbrées au tarif en vigueur *Pour les candidats passant épreuve écrite*

2 enveloppes timbrées au tarif en vigueur *Pour les candidats ne passant que l'épreuve orale*

1 enveloppe (format A4 : 21 x 29.7) timbrée au tarif de 1,50 euros

Informations complémentaires

(page 10 et 11 recto- verso) **à joindre avec votre inscription**

Fiche établie le :

Signature :



# VIII INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

(à joindre avec la fiche d'inscription)

| <b>Diplômes et activités antérieurs</b>  |               |                                 |                                |
|--|---------------|---------------------------------|--------------------------------|
| <b>Diplômes</b>  |               |                                 |                                |
| Type :   | Obtenu le     |                                 |                                |
|  |               |                                 |                                |
|  |               |                                 |                                |
|  |               |                                 |                                |
| <b>Activités professionnelles antérieures</b>  |               |                                 |                                |
| Fonction   | Etablissement | du                              | au                             |
|  |               |                                 |                                |
|  |               |                                 |                                |
|  |               |                                 |                                |
|  |               |                                 |                                |
| <b>Employeur lors de votre inscription au concours</b>   |               |                                 |                                |
|  |               | Statut                          |                                |
| Nom  |               | <input type="checkbox"/> Public | <input type="checkbox"/> Privé |
| Adresse  |               |                                 |                                |
|  |               |                                 |                                |
| Tél :  | Fax           |                                 |                                |
| Nom du service :   |               |                                 |                                |
| Fonction occupée :   |               |                                 |                                |
| <b>Situation principale au cours des 12 mois précédant le concours</b>                           |               |                                 |                                |
| <input type="checkbox"/> Inscrit en terminale  |               |                                 |                                |
| <input type="checkbox"/> Classe de préparation à la formation actuelle                           |               |                                 |                                |
| <input type="checkbox"/> Etudes supérieures (hors classe de préparation à la formation actuelle) |               |                                 |                                |
| <input type="checkbox"/> Emploi dans le secteur hospitalier                                      |               |                                 |                                |
| <input type="checkbox"/> Emploi dans un autre secteur  |               |                                 |                                |
| <input type="checkbox"/> Chômage   |               |                                 |                                |

(suite page 11 au verso)

|   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Service militaire                              |
| <input type="checkbox"/> Inactivité liée à la maladie ou à la maternité |
| <input type="checkbox"/> Autre cas d'inactivité (mère au foyer.....)    |

| <b><i>Profession du conjoint</i></b>   |
|--|
| <input type="checkbox"/> Exploitant agricole   |
| <input type="checkbox"/> Artisan, commerçant, chef d'entreprise de 10 salariés ou plus |
| <input type="checkbox"/> Cadre et professions intellectuelles supérieures              |
| <input type="checkbox"/> Professions intermédiaires                                    |
| <input type="checkbox"/> Employés  |
| <input type="checkbox"/> Ouvriers (ouvriers qualifiés, non qualifiés, agricoles)       |
| <input type="checkbox"/> Personne n'ayant jamais travaillé                             |

« Art.13 bis – Les candidats justifiant d'un contrat de travail avec un établissement de santé ou une structure de soins peuvent se présenter aux épreuves de sélection prévues aux articles 5 et 10.

Dans la limite de la capacité d'accueil, le directeur de l'institut fixe le nombre de places réservées à ces candidats.

A l'issue de l'épreuve orale d'admission et au vu de la note obtenue, le jury établit la liste de classement. Cette liste comprend une liste principale et une liste complémentaire.

Les modalités d'affichage et de validité des résultats des épreuves de sélection sont identiques à celles des autres candidats. »

## **ENGAGEMENT D'INSCRIPTION**

### **CANDIDATS SOUS CONTRAT DE TRAVAIL AVEC UN ETABLISSEMENT DE SANTE OU UNE STRUCTURE DE SOINS**

**A LA DATE DU 16 MARS 2016**

Nombre maximum de candidats pour l'I.F.S.I de Troyes : 7 sur la liste principale

NOM – PRENOM : .....

Adresse : .....

**Je demande à être inscrit(e) sur la liste justifiant d'un contrat de travail  
Je m'engage à ne pas modifier mon choix après le dépôt du dossier.**

Photocopie du contrat de travail jointe avec cet engagement et le dossier d'inscription

Date.

Signature

