



IFPS
ECOLE REGIONALE D'INFIRMIERES PUERICULTIRCES
12 Bd Maréchal de Lattre de Tassigny
B.P. 77908
21079 DIJON CEDEX
Tél : 03.80.29.33.69
ERIP@chu-dijon.fr



Dossier de candidature Inscription sélection ERIP 2021

A ce jour, la formation de puéricultrice est toujours en 12 mois. La future réforme prévoit une formation en 2 années (4 semestres) et un niveau de grade Master 2. Nous ne sommes pas en mesure de vous confirmer l'application de cette réforme pour la rentrée de septembre 2021. Nous vous informerons de son évolution dès que nous obtiendrons de nouveaux éléments.

Inscription du 5 janvier 2021 au 25 février 2021

ELEMENTS DU DOSSIER D'INSCRIPTION

Pièces à fournir

- **Le dossier d'inscription au concours d'entrée dûment rempli** (*cf. pièce jointe*).
- **Une lettre manuscrite de demande d'inscription au concours.**
- **2 photos d'identité** format 3,5 x 4,5 (dont une à coller sur le dossier d'inscription).
- **Une copie d'une pièce d'identité** en cours de validité (recto / verso).
- **Une copie des diplômes**
 - Pour les étudiants IFSI :*
 - Scolaire et Universitaire
 - Certificat de scolarité de dernière année d'étude
 - Pour les professionnels :*
 - Scolaire et Universitaire
 - **Copie du numéro d'enregistrement** de votre diplôme (numéro ADELI)
- **Une copie de l'Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence (AFGSU) niveau II (valide)**
- **Une attestation de prise en charge ou de demande de prise en charge des frais de scolarité pour l'année de formation d'infirmière puéricultrice** par l'employeur ou l'organisme de financement concerné ou, à défaut, un engagement sur l'honneur du candidat à régler les frais de scolarité (*cf. pièce jointe*).
 - Diplôme d'Etat infirmier < 1an : 7000€
 - Diplôme d'Etat infirmier > 1an et 1 jour : 9000€
- **Un chèque de 95 €, non remboursable**, en règlement des frais de dossier et de sélection, libellé à l'ordre de « Trésorerie Principale du CHU de Dijon »
- Un certificat médical délivré par votre médecin traitant ou la Médecine du travail, récent, indiquant les vaccinations obligatoires pour les professionnels de santé (arrêtés du 6 mars 2007 et 2 août 2013).

**Date de dépôt de dossier (cachet de la poste faisant foi)
entre le 5 janvier 2021 et le 25 février 2021**

**En raison des formalités administratives il est recommandé
aux candidats des DOM-TOM d'envoyer le dossier avant
le : 18 février 2021**

Aucun dossier ne sera pris en compte au-delà de ces dates.

Sera à fournir au moment de la confirmation d'entrée à l'école :

- Une copie de l'attestation de Droits de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- Un certificat médical émanant d'un médecin agréé « attestant l'aptitude physique et l'absence de contre-indication au suivi de la formation »
- Un certificat médical attestant que le candidat est à jour des vaccinations obligatoires prévues par l'article L.10 du code de la santé publique

/!\ Notre établissement de rattachement exige la vaccination de la Rougeole et de la Coqueluche

ACTIVITE PROFESSIONNELLE ACTUELLE :**Nom de l'établissement employeur :****Tél. :**

N° et Rue :

Code postal et ville :

- Nom du Site dans lequel vous exercez (si différent de celui ci-dessus) :

- Adresse :

Tél. :

Fonction :

Service :

Tél. :

E-mail :

Secteur : **Public** Hospitalier Territorial Education Nationale **Privé** **Autre** **EXPERIENCE PROFESSIONNELLE**

DATE ET EMPLOI	DUREE	NOM ET ADRESSE EMPLOYEUR	TYPE DE SERVICE ET ACTIVITE

SUJETS DE MEMOIRE IFSI, PUBLICATIONS...

STAGES REALISES EN IFSI (Si formation initiale inférieure à 2 ans)

LIEU DE STAGE	DUREE

ACTIVITES EXTRA PROFESSIONNELLES (en lien avec l'enfant)

AVEZ-VOUS DEJA PASSE LE CONCOURS D'ENTREE D'IPDE ? OUI NON

- Nom de l'école :
- Année(s) du ou des concours :

ETES-VOUS INSCRIT(E)S DANS UNE OU AUTRES ECOLES POUR PASSER LE CONCOURS D'IPDE :

Etes-vous inscrit(e)s dans une ou d'autres écoles : OUI NON

Si oui, laquelle (lesquels) ?

AUTORISATION DE DIFFUSION DES RESULTATS (ECRIT - ORAL)

Je soussigné(é) :

- Accepte que mon nom figure sur internet
- N'accepte pas que mon nom figure sur internet

Je certifie l'exactitude des renseignements portés sur ce dossier de candidature :

Date :

NOM - Prénom :

Signature :

**SELECTION D'ENTREE A L'ECOLE D'INFIRMIERE
 PUERICULTRICE DE DIJON**

**ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE
 DES FRAIS DE SCOLARITE DE LA FORMATION**

Par l'employeur ou l'organisme de financement	Par le candidat n'ayant pas de prise en charge
Frais de scolarité : Diplôme d'Etat infirmier < 1an : 7000 € Diplôme d'Etat infirmier > 1 an + 1 jour : 9000€	Frais de scolarité : Diplôme d'Etat infirmier < 1an : 7000 € Diplôme d'Etat infirmier > 1 an + 1 jour : 9000€
Etablissement : Je soussigné(e) : Qualité : Atteste que : Mme / M. : Cochez une seule case : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> A déposé une demande de prise en charge des frais de scolarité auprès de notre établissement <input type="checkbox"/> Sera pris(e) en charge par l'établissement pour les frais de scolarité afférents à cette formation, sous réserve de son admission à la formation d'infirmière puéricultrice <input type="checkbox"/> A fait une demande de prise en charge des frais de scolarité auprès de l'organisme suivant : <input type="checkbox"/> Ne sera pas pris(e) en charge par l'établissement Date : Signature et cachet de l'établissement :	Je soussigné(e) : M'engage sur l'honneur, en cas d'admission à la formation d'infirmière puéricultrice, à régler la totalité des frais de scolarité afférents à cette formation Date : Signature du candidat :