



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

RÉGION
BOURGOGNE
FRANCHE
COMTE

Dossier de candidature

Inscription sélection ERIP 2021

Inscription du 5 janvier 2021 au 26 mars 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 26 mars 2021**

**En raison des formalités administratives il est recommandé
aux candidats des DOM-TOM d'envoyer le dossier avant
le : 19 mars 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

DOSSIER D'INSCRIPTION

à nous retourner sous forme papier entre 5 janvier 2021 et le 26 mars 2021

Madame Monsieur

NOM de NAISSANCE :

NOM (d'usage) :

PRENOM(S) :

DATE de NAISSANCE :

LIEU :

NATIONALITE :

SITUATION FAMILIALE :

NOMBRE D'ENFANTS :

AGE ET SEXE:

NUMERO de SECURITE SOCIALE : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|



ADRESSE PERSONNELLE :

N° : Rue :
Code Postal : Commune :
Tél. : Tél. Portable :
E-mail : @

DIPLOMES PROFESSIONNELS : indiquer la date d'obtention du diplôme

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diplôme d'Etat d'infirmier(ère) | <input type="checkbox"/> Baccalauréat ; Série |
| <input type="checkbox"/> Diplôme d'Etat de sage-femme | <input type="checkbox"/> Diplômes universitaires: |
| <input type="checkbox"/> Autres | |

Cadre réservé à l'école

- | | |
|--|--------------------------|
| Lettre manuscrite | <input type="checkbox"/> |
| 2 photos d'identité | <input type="checkbox"/> |
| Copie pièce d'identité | <input type="checkbox"/> |
| Copie diplôme d'Etat enregistré | <input type="checkbox"/> |
| Copies diplômes scolaire(s) et universitaire(s) | <input type="checkbox"/> |
| Certificat de scolarité | <input type="checkbox"/> |
| Photocopie AFGSU niveau II | <input type="checkbox"/> |
| Attestation prise en charge des frais de scolarité | <input type="checkbox"/> |
| Chèque de 95 Euros | <input type="checkbox"/> |
| Certificat médical | <input type="checkbox"/> |

A fournir à l'entrée en formation :

- | | |
|----------------------------------|--------------------------|
| Copie attestation carte vitale | <input type="checkbox"/> |
| Certificat médical médecin agréé | <input type="checkbox"/> |
| Certificat médical vaccinations | <input type="checkbox"/> |

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 :