INSTITUT DE FORMATION DES METIERS DE LA SANTE
Centre Hospitalier d'Ajaccio
Site du Stilettu – 1180 route A Madunuccia

DOSSIER D'INSCRIPTION AU CONCOURS D'ENTREE A L'INSTITUT DE FORMATION DES CADRES DE SANTE

Années 2027 - 2028



accueil.ifms@ch-ajaccio.fr
https://www.ch-ajaccio.fr/ifms
☏ 04.95.29.81.25

MODALITES D'INSCRIPTION AU CONCOURS D'ENTREE A L'IFCS D'AJACCIO

Le diplôme de cadre de santé et les épreuves de sélection sont régis par l'arrêté du 18 août 1995 modifié par l'arrêté du 16 août 1999, l'arrêté du 14 août 2002, l'arrêté du 20 août 2008 et l'arrêté du 15 Mars 2010.

La formation Cadre de Santé à l'IFCS d'Ajaccio se déroulera du **lundi 06 Septembre 2026** au **vendredi 25 Juin 2027**. La capacité d'accueil est de **14 étudiants.**
Pour être admis à passer les épreuves de sélection du concours d'entrée à l'IFCS d'Ajaccio, les candidats doivent :

- Être titulaire d'un diplôme permettant d'exercer l'une des professions pour laquelle l'institut est agréé :
  - Infirmier (9 places)
  - Manipulateur en Electro Radiologie Médicale (1 place)
  - Technicien de laboratoire (1 place)
  - Préparateur en pharmacie hospitalière (1 place)
  - Diététicienne (1 place)
  - Psychomotricien (1 place)

- Avoir exercé pendant 4 ans au moins à temps plein (ou une durée de 4 ans d'équivalent temps plein) cette profession, au 31 Janvier de l'année des épreuves de sélection.
- Déposer un dossier complet d'inscription entre le **02 Janvier 2027** et le **15 Février 2027** pour une rentrée en **Septembre 2027**. Tout dossier incomplet ne sera pas pris en considération.

Le dossier d'inscription est à faire parvenir à l'IFMS au plus tard le
Lundi 15 Février 2027 :

- Soit par courrier avec accusé de réception, le cachet de la poste faisant foi,
- Soit directement au secrétariat de l'IFCS du lundi au jeudi de 9h00 à 15h00

ATTENTION :
TOUTE CANDIDATURE AU CONCOURS N'AYANT PAS RESPECTE :
1. **PRE-INSCRIPTION SUR LE SITE**
2. **DEPOT DES PIECES DEMANDEES A L'I.F.C.S OU ENVOI PAR VOIE POSTALE AVANT LE 15 FEVRIER 2027**

NE SERA PAS RECEVABLE

accueil.ifms@ch-ajaccio.fr
https://www.ch-ajaccio.fr/ifms
☏ 04.95.29.81.25

MODALITES DES EPREUVES DE SELECTION

Les épreuves de sélection se dérouleront entre le **1er Mars 2026** et le **15 Juin 2027** à l'IFMS d'Ajaccio.
Les convocations seront adressées par mail aux candidats au moins 15 jours avant la date de chaque épreuve.

- **1ère épreuve d'admissibilité** :

Selon l'arrêté du 18 Août 1995, « *c'est une épreuve écrite et anonyme, d'une durée de quatre heures, notée sur 20. Elle consiste en un commentaire d'un ou plusieurs documents relatifs à un sujet d'ordre sanitaire ou social. Elle a pour but de tester les capacités d'analyse et de synthèse du candidat, son aptitude à développer et argumenter ses idées par écrit* ».

Cette épreuve sera évaluée selon les critères suivants :

- L'identification des idées principales du ou des textes commentés
- La capacité de synthèse des éléments clés
- L'argumentation en lien avec l'idée centrale
- Les liens avec les connaissances et l'expérience professionnelle
- Le positionnement du candidat en tant que futur cadre de santé
- Les qualités rédactionnelles (syntaxe, présentation, orthographe, vocabulaire professionnel, ponctuation)
- La gestion du temps (aucun brouillon ne sera accepté)

Les candidats ayant obtenu une note supérieure ou égale à 10/20 seront déclarés admissibles et recevront leur convocation pour l'épreuve d'admission.
Les autres candidats recevront leur note.

accueil.ifms@ch-ajaccio.fr
https://www.ch-ajaccio.fr/ifms
☏ 04.95.29.81.25

- **2ème épreuve d'admission :**

C'est une épreuve notée sur 20 qui se déroule à partir d'un dossier écrit, rédigé par le candidat, qui devra être communiqué au secrétariat de l'IFCS en 3 exemplaires. La date limite de dépôt ou d'envoi de ce document sera communiquée à chaque candidat après le résultat de l'épreuve d'admissibilité.
Ce dossier de maximum 8 pages, comprend :

- Un curriculum vitae (maximum 2 pages)
- Un projet professionnel personnalisé (maximum 6 pages) ou le candidat expose sa projection de la fonction d'encadrement au travers de son parcours personnel et de sa participation à différents travaux, actions, études, formations ou groupes de réflexion. Ce projet devra mettre en évidence sa conception de la fonction de cadre de santé et ses perspectives professionnelles.

L'épreuve consiste en un exposé oral de ce projet professionnel devant un jury composé de 3 personnes (durée 10 min) suivi d'un entretien (durée 20 min).
Cette épreuve sera évaluée à partir des éléments suivants :

- Le support écrit
- L'exposé oral au cours duquel le candidat expose son dossier
- Les échanges lors de l'entretien

La note finale est la somme de la note d'admissibilité et de la note d'admission. Ne peuvent être déclarés admis que les candidats dont la note finale est égale ou supérieure à 20/40, sans que la note d'admission ne soit inférieure à 10/20.

La liste principale et la liste complémentaire sont établies par ordre de mérite.

accueil.ifms@ch-ajaccio.fr
https://www.ch-ajaccio.fr/ifms
☏ 04.95.29.81.25

PIECES A FOURNIR POUR VOTRE INSCRIPTION AU CONCOURS D'ENTREE A L'IFCS D'AJACCIO

❑ La fiche de **pré-inscription** à télécharger sur le site ch-ajaccio.fr

❑ Le dossier d'inscription ci-joint dûment complété,

❑ 1 photo d'identité **récente**, avec nom et prénom inscrits au dos. Cette photo doit être **de qualité, nette**,

❑ 1 photocopie de la **carte nationale d'identité** en cours de validité ou une photocopie du **passeport** en cours de validité ou du **titre de séjour** en cours de validité,

❑ Le bulletin N° 3 du casier judiciaire,

❑ 1 photocopie de l'attestation de sécurité sociale **(à jour)**,

❑ 1 **attestation de l'employeur** ou des employeurs justifiant des **quatre années à temps complet d'exercice professionnel** (au 31 Janvier de l'année des épreuves de sélection), précisant les périodes d'interruption (congés de maternité, de maladie, de formation…),

❑ **Ou**, pour le **secteur libéral**, un **certificat d'identification** établi par la ou les caisses primaires d'assurance maladie du secteur de leur exercice et tout autre document permettant de justifier de ces modes d'exercice,

❑ Récapitulatif du déroulement de carrière (annexe 1),

❑ Le **reçu** du règlement des frais d'inscription au concours, à régler **à la caisse du Centre Hospitalier d'Ajaccio avant le 15 Février 2027**. Le montant est de **200,00 €**,

❑ 1 photocopie des **diplômes** obtenus à partir du baccalauréat,

❑ L'attestation **sur l'honneur** dûment remplie pour l'exactitude des photocopies transmises (Annexe 2),

❑ Le **certificat médical** d'aptitude et les **tableaux de vaccinations** complétés (annexes 4 et 5) par un **médecin agréé** (annexe 3),

❑ **Si prise en charge de la formation**, une attestation de l'employeur (annexe 6), à défaut, une attestation de demande de prise en charge,

❑ **Si absence de prise en charge** de la formation, une attestation sur l'honneur du candidat s'engageant à régler les frais de scolarité en cas de non prise en charge par l'employeur (annexe 7),

❑ L'autorisation du droit à l'image (annexe 8),

❑ L'**attestation d'inscription à l'ordre des Infirmiers** pour les candidats de la filière IDE (Pas la notification). Demande à faire à l'adresse suivante : cidoi.corse@ordre-infirmiers.fr,

❑ 1 attestation indiquant votre n° RPPS (sauf pour les préparateurs en pharmacie hospitalière),

❑ **Pour les Personnes en Situation de Handicap et si nécessité d'aménagement des épreuves** : un certificat de l'un des médecins désignés par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH).

accueil.ifms@ch-ajaccio.fr
https://www.ch-ajaccio.fr/ifms
☏ 04.95.29.81.25

ETAT CIVIL

REMPLIR EN LETTRES MAJUSCULES

NOM PATRONYMIQUE : ……..…… PRENOMS : …….
NOM MARITAL : ……

SEXE : ❑ FEMININ ❑ MASCULIN NATIONALITE : ……..

DATE DE NAISSANCE : ……/……/…….. LIEU : ……..…….. DEPARTEMENT : ……

ADRESSE : ……..

……

CODE POSTAL : …… VILLE : …… PAYS : ……

TELEPHONE PORTABLE : ……...

ADRESSE E-MAIL PERSONNELLE (OBLIGATOIRE) : ……...

SITUATION PROFESSIONNELLE

PROFESSION : ……..

SPECIALITES POUR LES IDE : ❑ IPDE ❑ IADE ❑ IBODE ❑ IPA

FONCTION (PRECISEZ SI VOUS FAITES FONCTION DE CADRE DE SANTE) :

……

PRISE EN CHARGE FINANCIERE : ❑ OUI ❑ NON

SI OUI : ❑ PAR LE CHA ❑ PAR L'EMPLOYEUR ❑ PAR MOI-MEME ❑ AUTRES PRISES EN CHARGE

NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR SI PRISE EN CHARGE DE LA FORMATION :

……
……
……

SITUATION FAMILIALE

❑ CELIBATAIRE ❑ MARIE(E) ❑ CONCUBIN(E) ❑ PACSE(E) ❑ DIVORCE(E) ❑ VEUF(VE)

NOMBRE D'ENFANTS : ……...

NOM DE FAMILLE DES ENFANTS SI DIFFERENT DU VOTRE : ……

SITUATION SOCIALE

NUMERO DE SECURITE SOCIALE : __/___/___/___/____/____/__

ADRESSE DE VOTRE CENTRE DE SECURITE SOCIALE : ……..

accueil.ifms@ch-ajaccio.fr
https://www.ch-ajaccio.fr/ifms
☏ 04.95.29.81.25

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM et prénom de l'étudiant : ……

NOM et prénom de la personne à prévenir : ……

LIEN DE PARENTE : ……..……

ADRESSE :……..……..…….
……..……..……..……
……

CODE POSTAL : …… **VILLE** : ……..……

TELEPHONE DOMICILE : …….. **TELEPHONE PORTABLE** : ……

accueil.ifms@ch-ajaccio.fr
https://www.ch-ajaccio.fr/ifms
☏ 04.95.29.81.25

PRINCIPAUX DIPLOMES OBTENUS

PAR ORDRE CHRONOLOGIQUE A PARTIR DU BACCALAUREAT

DIPLÔMES	ANNEE D'OBTENTION

accueil.ifms@ch-ajaccio.fr
https://www.ch-ajaccio.fr/ifms
☏ 04.95.29.81.25

Nom et prénom :……: .

ANNEXE 1 : RECAPITULATIF DU DEROULEMENT DE CARRIERE

JOINDRE LES ATTESTATIONS DES EMPLOYEURS

Conformément à l'arrêté du 15 mars 2010 modifiant l'arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de Cadres de Santé : « Le candidat doit avoir exercé pendant au moins 4 ans à temps plein ou une durée de 4 ans équivalent temps plein au 31 janvier de l'année des épreuves de sélection pour être admis à suivre la formation. »

NOM et ADRESSE de l'EMPLOYEUR	**SERVICES d'affectation**	Fonction occupée et quotité de travail (ex : 50,80%)	Dates précises des périodes passées dans chaque service Du	Au	Durée en mois	Dates des interruptions de service **supérieures à un mois*** Du	Au	Durée en mois	**TOTAL en mois** De l'activité Professionelle **réelle**

*Disponibilités, congés maladie et maternité sont considérés, pour l'étude du dossier, comme interruption de service.

Dupliquer autant que nécessaire

ANNEXE 2 - ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) Mme, M. ……..……...
atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant dans le présent dossier et l'authenticité des documents fournis.

Je reconnais avoir été informé(e) que ce dossier ne recevrait pas de suite, s'il n'était pas complété avec soin et accompagné des pièces demandées.

Date : ……..

Signature :

Les informations recueillies dans le présent dossier d'inscription font l'objet d'un traitement informatique destiné à assurer la gestion administrative et pédagogique de l'étudiant. Ces informations ne font pas l'objet d'un traitement commercial.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés », vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez adresser un courriel à la direction de l'établissement via l'adresse sec.ifas@ch-ajaccio.fr

accueil.ifms@ch-ajaccio.fr
https://www.ch-ajaccio.fr/ifms
☏ 04.95.29.81.25

IMPORTANT A LIRE ATTENTIVEMENT !

CONDITIONS D'ADMISSION AU CONCOURS D'ENTREE EN IFCS

TEXTES DE REFERENCE :

- Circulaire du 16 avril 2007 DGS/SD5C/2007/164 fixant les conditions d'immunisation des élèves, étudiants et professionnels de la santé,
- Arrêté du 06 mars 2007 visant à protéger les professionnels de santé contre l'Hépatite B,
- Recommandations du Haut Conseil de Santé Publique d'avril 2012.

ATTENTION, L'ADMISSION AU CONCOURS D'ENTREE EN IFCS EST SUBORDONNEE :

- **A la production d'un certificat médical émanant d'un médecin agréé,** attestant que le candidat ne présente pas de contre-indication physique et/ou psychologique à l'exercice de la profession de Cadre de santé,
- **A la production d'un certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France.** Ce certificat doit également préciser que le candidat a subi un test tuberculinique.
- **Au règlement des frais d'inscription.** Ces frais sont à régler **directement** à la caisse du Centre Hospitalier d'Ajaccio ;

CENTRE HOSPITALIER D'AJACCIO
Service Régie/Caisse
Site du Stilettu
1180 Route A Madunuccia
20090 AJACCIO
☏ : 04.95.29.89.70

ATTENTION :

Veillez à ce que votre certificat de vaccinations soit correctement complété par votre médecin traitant ou par le médecin agréé.

Dans le cas contraire, votre inscription au concours d'entrée à l'Institut de Formation des Cadres de Santé sera rejetée.

Le schéma de vaccination doit être complet au plus tard le jour de la rentrée en IFCS.

accueil.ifms@ch-ajaccio.fr
https://www.ch-ajaccio.fr/ifms
☏ 04.95.29.81.25

ANNEXE 3

✓ Vous trouverez la liste des médecins agréés sur le site ; www.ch-ajaccio.fr/ifcs

✓ Lieu de vaccination possible : **(se munir de son carnet de santé.)**

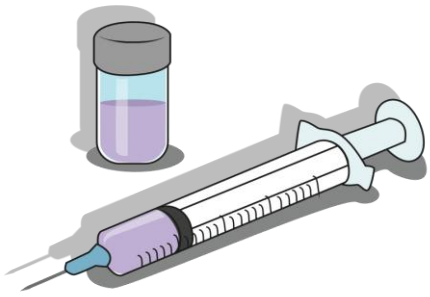
- DTP (Diphtérie, Tétanos, Polio) et Hépatite B

CENTRE DEPARTEMENTAL DE VACCINATION
Hôpital Eugénie 1er étage
24 bd Pascal Rossini
20000 AJACCIO
☏ 04 95 29 67 00
Sur rendez-vous - Consultation gratuite.

✓ Lieu de test tuberculinique :

- TUBERTEST

CENTRE ANTITUBERCULEUX
Hôpital Eugénie 3eme étage
24 bd Pascal Rossini
20000 AJACCIO
☏ 04 95 29 94 32
✉ clat2a@ch-ajaccio.fr
Sur rendez-vous - Consultation gratuite.



ANNEXE 4 - CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE

A FAIRE REMPLIR PAR UN MEDECIN AGREE ET A JOINDRE AU DOSSIER ADMINISTRATIF

Je soussigné(e), Docteur ……,

médecin agréé(e), certifie avoir examiné :

Mme, M. : ……

Né(e) le :……..……..

Et atteste que le candidat inscrit au concours d'entrée à l'Institut de Formation des Cadres de Santé, ne présente pas de contre-indication physique et/ou psychologique au suivi de la formation de Cadre de Santé.

Fait à : …….., **Le** : ……..

Signature et cachet du médecin agréé(e) :

accueil.ifms@ch-ajaccio.fr
https://www.ch-ajaccio.fr/ifms
☏ 04.95.29.81.25

INSTITUT DE FORMATION DES METIERS DE LA SANTE
Centre Hospitalier d'Ajaccio
Site du Stilettu – 1180 route A Madunuccia

ANNEXE 5 - ATTESTATION MEDICALE D'IMMUNISATION ET DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES

A FAIRE REMPLIR PAR VOTRE MEDECIN TRAITANT OU PAR LE MEDECIN AGREE

Je soussigné(e) Docteur ……atteste que, le candidat inscrit au concours d'entrée à l'Institut de Formation des Cadres de Santé :
Mme, M. :……, né(e) le :……
a été vacciné (remplir le tableau ci-dessous) selon la règlementation en vigueur :

- **CONTRE LA DIPHTERIE - TETANOS-POLIO - COQUELUCHE** :

DERNIER RAPPEL EFFECTUE		
Nom du vaccin	**Date**	**N° lot**

- **CONTRE L'HEPATITE B** : ⚠ **le candidat doit être immunisé avant l'entrée en formation**

Nom du vaccin	Date	N° lot
1e dose :	……	……
2e dose :	……	……
3e dose :	……	……
4e dose :	……	……
Date sérologie de contrôle : ……		
Immunisé : ❑ **oui** ❑ **non**		
Taux d'anticorps : ……		

- **PAR LE BCG** :

Vaccin intradermique ou Monovax ®	Date du dernier vaccin	N° lot
IDR à la tuberculine	**Date**	**Résultat (en mm)**

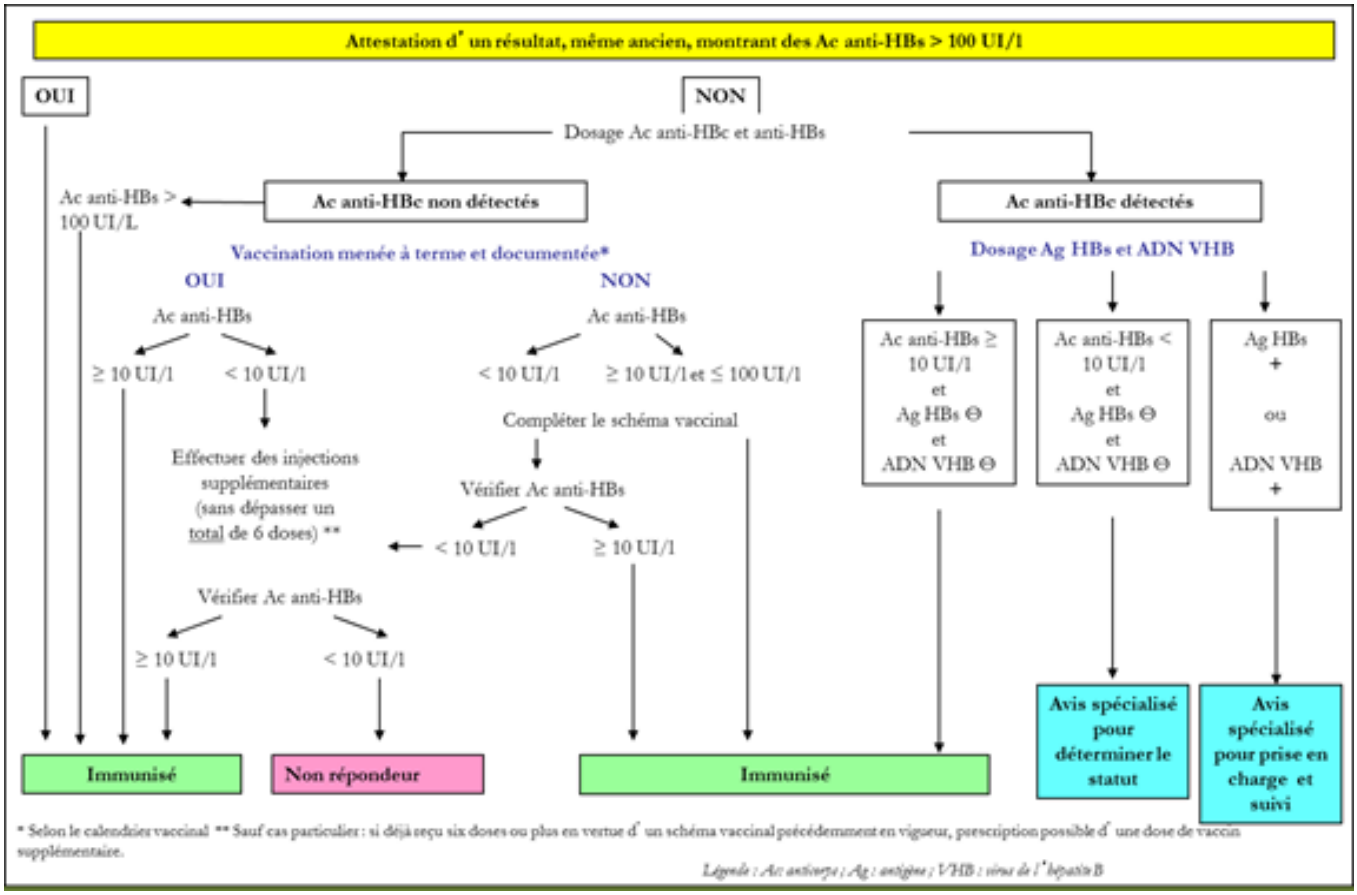
Date : ……,

Signature et cachet du Médecin :

NB : selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour les professionnels de santé, il est recommandé d'être immunisé contre la coqueluche, la rubéole, la rougeole, la varicelle, la grippe saisonnière et la COVID-19.

accueil.ifms@ch-ajaccio.fr
https://www.ch-ajaccio.fr/ifms
☏ 04.95.29.81.25

ANNEXE 5 BIS - ALGORITHME POUR LE CONTROLE DE L'IMMUNISATION CONTRE L'HEPATITE B DES PERSONNELS DE SANTE



Texte de référence :

- Articles L.3111-1, L.3111-4 et L.3112-1 du code de la santé publique (CSP)
- Arrêté du 15 mars 1991 fixant la liste des établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins dans lesquels le personnel exposé doit être vacciné, modifié par l'arrêté du 29 mars 2005 (intégration des services d'incendie et de secours)
- Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiniques
- Arrêté du 6 mars 2007 relatif à la liste des élèves et étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des autres professions de santé pris en application de l'article L.3111-4 du CSP
- Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux (Titre III)
- Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L.3111-4 du CSP

accueil.ifms@ch-ajaccio.fr
https://www.ch-ajaccio.fr/ifms
☏ 04.95.29.81.25

ANNEXE 6 – ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE FORMATION PAR L'EMPLOYEUR

A FAIRE REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR ET A JOINDRE AU DOSSIER ADMINISTRATIF

Je soussigné(e) Mme, Mr : ……,

Fonction : ……., Etablissement : ……

atteste que : Mme, M. : ……

Fonction : ……., Etablissement : ……

a demandé à effectuer la formation de Cadre de Santé au titre de la Promotion Professionnelle ou d'une autre forme de financement professionnel par l'employeur.

Nom de l'Organisme Financier : ……...

La prise en charge des frais de formation 2027/2028, soit 12 000€ (douze mille euros)*

☐ est décidée et sera assurée par l'établissement

☐ fera l'objet d'une étude ultérieure en fonction de son admission

☐ ne sera pas assurée par l'établissement**

Fait à ……, **Le ……..**

Signature et cachet de l'établissement :

Toute absence de l'étudiant, de même que tout abandon de formation, ne donne lieu à aucune diminution des frais de formation. L'intégralité des frais est exigible auprès de l'étudiant et/ou de l'organisme financeur.

** Sous réserve de réajustement*
*** Le candidat doit compléter et joindre l'attestation sur l'honneur (annexe 7)*

accueil.ifms@ch-ajaccio.fr
https://www.ch-ajaccio.fr/ifms
☏ 04.95.29.81.25

ANNEXE 7 – ATTESTATION SUR L'HONNEUR
PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE FORMATION PAR L'ETUDIANT

Je soussigné(e) Mme, Mr : ……..

Demeurant à : ……

……

m'engage à prendre en charge l'intégralité des frais de formation pour l'année scolaire 2027/2028, soit 10 000€ (dix mille euros)*, payables en deux versements, en cas de non prise en charge financière par mon employeur ou tout autre organisme de financement.

Je déclare sur l'honneur informer l'IFCS en cas de prise en charge financière ultérieure (totale ou partielle) par mon employeur ou tout autre organisme financier.

Fait à …….., **Le ……**

Signature :

Toute absence de l'étudiant, de même que tout abandon de formation, ne donne lieu à aucune diminution des frais de formation. L'intégralité des frais est exigible auprès de l'étudiant et/ou de l'organisme financeur.

**Sous réserve de réajustement*

accueil.ifms@ch-ajaccio.fr
https://www.ch-ajaccio.fr/ifms
☏ 04.95.29.81.25

ANNEXE 8 - AUTORISATION DE DROIT À L'IMAGE

Je soussigné(e) Mme, M ..……, né(e) : ……

❒ autorise ❒ n'autorise pas

à titre gratuit et perpétuel, l'utilisation et la reproduction, par l'IFMS, de mon nom, mon image, sur tout support existant ou à venir, à des fins de communication et de promotion de l'Institut.

La présente autorisation est valable, sans limite de territoire et sans limitation de durée.

Fait pour valoir ce que de droit.

Fait à ……, **Le ……..**

Signature :
Précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »

accueil.ifms@ch-ajaccio.fr
https://www.ch-ajaccio.fr/ifms
☏ 04.95.29.81.25