



Région académique  
HAUTS-DE-FRANCE



# IFSI Valentine Labbé

41 rue Paul Doumer - 59110 LA MADELEINE  
Contacts 03 20 63 02 67 - secretariat-ifsivl@ac-lille.fr



## DOSSIER D'INSCRIPTION AUX ÉPREUVES D'ADMISSION À LA FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

PHOTO  
D'IDENTITÉ  
RÉCENTE

Nom (en majuscule) \_\_\_\_\_

Nom d'épouse \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Profession du conjoint \_\_\_\_\_ Nombre d'enfants \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance \_\_\_\_\_

Nationalité \_\_\_\_\_

Téléphones fixe-portable \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Code Postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Adresse mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

N° de sécurité sociale \_\_\_\_\_

PROFESSION EXERCÉE (préciser)	NIVEAU D'ÉTUDES
<input type="checkbox"/> Secteur médical _____	<input type="checkbox"/> BAC _____ Année _____
<input type="checkbox"/> Secteur social _____	<input type="checkbox"/> BAC PRO _____ Année _____
<input type="checkbox"/> Autre secteur _____	<input type="checkbox"/> Equivalence BAC _____ Année _____
	<input type="checkbox"/> Cursus universitaire _____
	<input type="checkbox"/> Autres diplômes _____
	_____
	_____
PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE ENVISAGÉE	
<input type="checkbox"/> Compte personnel de formation	
<input type="checkbox"/> Pôle emploi	
<input type="checkbox"/> Autre _____	

Autorisez-vous le lycée Valentine Labbé à publier vos résultats sur le site internet

[ifsi-ifas-valentine-labbe.fr](http://ifsi-ifas-valentine-labbe.fr)

OUI

NON

Date et signature \_\_\_\_\_

# IFSI Valentine Labbé

## CONDITIONS D'ACCÈS ET MODALITÉS DE SÉLECTION

Arrêté du 31 juillet 2009 modifié par l'arrêté du 13 décembre 2018

Titre 1<sup>er</sup> – Chapitres I et II

---

Peuvent être admis en 1<sup>ère</sup> année de formation en soins infirmiers 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 :

### CANDIDAT TITULAIRE DU BACCALAUREAT (OU DE L'ÉQUIVALENCE) OBTENU DEPUIS MOINS DE 4 ANS

Inscription sur PARCOURSUP

### CANDIDAT EN RECONVERSION PROFESSIONNELLE

Épreuves de sélection pour les candidats justifiant de minimum 3 ans de cotisation à un régime de protection sociale à la date d'inscription aux épreuves de sélection

## CALENDRIER ET ÉPREUVES D'ADMISSION

---

### CLÔTURE DES INSCRIPTIONS LE LUNDI 2 MARS 2020 À MINUIT

Réception du dossier d'inscription

### ÉPREUVES DE SÉLECTION

#### ÉPREUVE D'ENTRETIEN DU LUNDI 30 MARS AU VENDREDI 3 AVRIL 2020

Entretien de 20 minutes portant sur l'expérience professionnelle au regard du dossier d'inscription (noté sur 20)

#### ÉPREUVES ÉCRITES LE JEUDI 2 AVRIL 2020

2 épreuves distinctes d'1/2 heure (notées sur 20) :

De 10 h 00 à 10 h 30

Epreuve de rédaction et/ou de réponses à des questions dans le domaine sanitaire et social (notée sur 10)

De 11 h 00 à 11 h 30

Epreuve de calculs simples (notée sur 10)

Une note inférieure à 8/20 à l'une des 2 épreuves écrites est éliminatoire.

Pour être admis, le candidat doit obtenir un total d'au moins 20/40

### RÉSULTATS DES ÉPREUVES D'ADMISSION JEUDI 9 AVRIL 2020

Affichage à l'IFSI à 10 :00 ou sur le site (après accord)

### CONFIRMATION D'INSCRIPTION

Les candidats ayant réussi les épreuves de sélection adresseront, au plus tard le **lundi 20 avril 2020 minuit dernier délai** par courrier ou mail, leur confirmation d'inscription\* à la formation ([secretariat-ifsivl@ac-lille.fr](mailto:secretariat-ifsivl@ac-lille.fr)).

**Tout candidat admis qui n'a pas transmis sa confirmation est présumé avoir renoncé à son admission.**

\* Les candidats titulaires du Baccalauréat (ou de l'équivalence) obtenu depuis moins de 4 ans et ayant réussi les épreuves de sélection, devront joindre une attestation signée de désinscription ou de non inscription à PARCOURSUP

# IFSI Valentine Labbé

## DOSSIER D'INSCRIPTION

CONSTITUTION DU DOSSIER		
1	Lettre de motivation « <b>manuscrite</b> »	<input type="checkbox"/>
2	Curriculum vitae	<input type="checkbox"/>
3	Photocopie <b>sur une seule feuille</b> de votre carte d'identité (recto-verso) <b>en cours validité</b>	<input type="checkbox"/>
4	Attestations des employeurs et attestations de formation continue justifiant des 3 années temps plein	<input type="checkbox"/>
5	Copie des diplômes obtenus	<input type="checkbox"/>
6	Fiche de renseignements IDE	<input type="checkbox"/>
7	Fiche signalétique	<input type="checkbox"/>
8	<b>DROITS DE GESTION DE SÉLECTION : 65 €</b> par chèque à l'ordre de <b>AESCFIVL</b> (Association d'Entraide Sociale et Culturelle de la Formation Infirmière du Lycée Valentine Labbé) <ul style="list-style-type: none"><li>• Nom du candidat au dos du chèque</li><li>• Ni espèces – Ni mandats</li><li>• Aucun remboursement en cas d'annulation</li></ul>	<input type="checkbox"/>
9	<b>2</b> enveloppes autocollantes à votre nom et adresse, affranchies au tarif 2020 d'une lettre recommandée avec accusé de réception (renseignement auprès de la poste) <b>2</b> Recommandés avec Avis de Réception (retrait à la Poste) <b>à compléter de la manière suivante :</b>  <u>DESTINATAIRE</u> : Vos nom-prénom et adresse  <u>EXPEDITEUR</u> : IFSI Valentine Labbé CONCOURS INFIRMIER 41 rue Paul Doumer 59110 LA MADELEINE	<input type="checkbox"/>

**Tout dossier incomplet ne sera pas pris en considération.  
Les pièces ne vous seront pas retournées.**

# IFSI Valentine Labbé

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS FORMATION IDE 2020-2021

---

NOM \_\_\_\_\_

NOM D'ÉPOUSE \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

DATE ET LIEU DE NAISSANCE \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PROFESSION \_\_\_\_\_

PROFESSION DU CONJOINT \_\_\_\_\_

NOMBRE D'ENFANTS - ÂGE \_\_\_\_\_

CURSUS SCOLAIRE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CURSUS UNIVERSITAIRE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

LIEU D'EXERCICE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

LOISIRS ET ACTIVITÉS \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_