

INSTITUT DE FORMATION DES CADRES DE SANTE  
POLE FORMATION DU C HU DE GRENOBLE



**PREPARATION AU CONCOURS D ENTREE**  
**MODULE 2**

**APPROFONDISSEMENT DES ACQUIS :**  
**ATELIER ECRIT / ATELIER ORAL**

## LES ATELIERS D'APPROFONDISSEMENT DES ACQUIS

### ATELIERS : ECRIT, ORAL - au choix

#### Programme de 9 jours en 3 sessions

#### Participants

- ▶ Cette formation s'adresse aux paramédicaux qui ont déjà suivi une préparation à la sélection et qui souhaitent améliorer leurs capacités pour réussir la sélection des IFCS.
- ▶ Tout autre situation particulière sera étudiée par le Directeur

#### Méthodes pédagogiques

- ▶ Réactualisation du projet professionnel et de formation
- ▶ Exercice d'entraînement aux épreuves orale et écrite

#### Objectifs

- ⇒ S'entraîner aux épreuves écrites et orales du concours d'entrée en IFCS
- ⇒ Travailler la présentation et l'argumentation de son projet professionnel

#### Intervenants – Responsable pédagogique

- ▶ Formateurs de l'IFCS
- ▶ Enseignants universitaires ayant une expérience en formation d'adultes

#### Programme

- ▶ Ateliers d'entraînement à l'épreuve écrite
- ▶ Ateliers d'entraînement à l'épreuve orale

#### Durée, prix

**Durée** : 3 séquences de 2 jours (écrit)  
3 séquences de 1 jour (oral)  
octobre 2010 à février 2011

**Groupe** : 10 à 12 personnes

#### Tarif :

Atelier pour l'écrit : 1 220 €

Atelier pour l'oral : 980€

Selon les domaines à développer, le choix se porte sur l'un ou l'autre des ateliers, ou sur les deux ateliers

*Les dates de la formation ainsi que l'organisation des sessions seront communiquées après l'inscription*

#### Renseignements

Le programme vous sera communiqué ainsi que le calendrier après votre inscription

Coordonnées du secrétariat de L'IFCS :

☎ 04.76.76.50.70 Fax 04.76.76.88.79

email : [secretariatifcs@chu-grenoble.fr](mailto:secretariatifcs@chu-grenoble.fr)

internet : [WWW.chu-grenoble.fr](http://WWW.chu-grenoble.fr) rubriques étudiants/ifcs

## LES MODALITÉS D'INSCRIPTION

### Conditions d'inscription

- ❶ Etre titulaire d'un des diplômes, certificats ou autres titres permettant d'exercer l'une des 14 professions paramédicales ouvrant l'accès au diplôme de cadre de santé (article 1 du Décret du 18 août 1995)
- ❷ Avoir exercé au 31 janvier de l'année du concours quatre ans dans l'une de ces professions, dans les secteurs public, privé ou libéral.
- ❸ Avoir participé à la préparation au concours d'entrée et à la formation cadre de santé - Module 1
- ❹ Autre situation à étudier avec le Directeur.

### Dossier à constituer

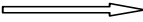
- ❶ Une lettre manuscrite de demande d'inscription à la formation.
- ❷ Un curriculum vitae. Renseignez SVP les 3 feuillets de la fiche 1.
- ❸ Une copie **recto-verso** des diplômes professionnels enregistrés à la Direction Territoriale Départementale.
- ❹ Une attestation de prise en charge financière par atelier.
- ❺ 2 photos d'identité, portant le nom du stagiaire au verso.
- ❻ Quatre enveloppes timbrées au tarif lettre en vigueur, **format 22 x 11cm** portant l'adresse du stagiaire.


Les personnes du CHU de Grenoble s'inscrivent également à la formation continue. (voir formulaire CHU).

#### **Période d'inscription**

**jusqu'au 20 août 2010** (*par ordre d'arrivée*)

Ensuite, les inscriptions sont reçues sur liste d'attente et selon les places disponibles

**Les dossiers sont à adresser** 



Monsieur le Directeur  
Institut de Formation  
des Cadres de Santé  
CHU de Grenoble  
BP 217  
38043 Grenoble cedex 09

### Conditions financières

L'inscription ne sera définitive qu'après signature d'une convention destinée à engager les financeurs : Etablissement ou inscription individuelle. Cette convention sera adressée après enregistrement du dossier d'inscription.

Le paiement s'effectue sur facture de la Trésorerie Principale du Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble,

**Toute formation commencée est due en totalité.**

**Tarif :**

- ✦ *Atelier d'entraînement à l'épreuve écrite : 6 jours : 1 220€*
- ✦ *Atelier d'entraînement à l'épreuve orale : 3 jours : 980€*

**CURRICULUM VITAE**

Nom de jeune fille : ..... Prénom .....

Nom d'épouse .....

Nom d'usage .....

Date de Naissance ..... lieu .....

Enfants - Age : .....  
.....

**Adresse Personnelle**

Rue .....

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

Téléphone domicile .....

Téléphone portable.....

E/Mail.....

**Adresse Professionnelle**

Etablissement .....

Rue .....

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

Service.....

Téléphone Etablissement .....

Téléphone Service.....

E/Mail.....

## FORMATIONS

**Niveau d'études :** | BEPC  Année :  
| Bac Section :  Année :  
| Autres  Année :

### Diplôme professionnel

- Diététiciens  Année :
- Infirmiers  Année :
- Infirmiers secteur psychiatrique  Année :
- Masseurs-Kinésithérapeutes  Année :
- Autres diplômes  Année :

**Diplôme de spécialité :** .....Année :

**Formation Universitaire :** .....Année :

.....Année :

..... Année :

**Autres :** .....

**EXERCICE PROFESSIONNEL****Avant et après le Diplôme professionnel initial**

Fonction	Etablissement	Service	Année

INSTITUT DE FORMATION  
DES CADRES DE SANTE

CHU DE GRENOBLE  
BP 217 - 38043 Grenoble cx 09

☎ 04.76.76.50.70 Fax 04.76.76.88.79  
email : secretariatfcs@chu-grenoble.fr

**ATTESTATION DE PRISE EN  
CHARGE**  
  
APPROFONDISSEMENT DES ACQUIS  
  
ATELIER ECRIT

**STAGIAIRE**

NOM - PRENOM (nom de jeune fille suivi du nom d'épouse).....  
Adresse.....  
Code postal ..... Ville.....  
Téléphone personnel.....  
E/mail personnel.....  
Téléphone professionnel.....  
E/mail professionnel.....

**EMPLOYEUR**

Etablissement.....  
Adresse.....  
Code postal ..... Ville.....  
Téléphone ..... Télécopie.....

**PRISE EN CHARGE FINANCIERE**

**ATELIER D'ENTRAINEMENT A L'EPREUVE ECRITE : 6 jours**

- La prise en charge financière sera assurée par l'employeur soit : 1 220€
  - Oui
  - Non
- La prise en charge financière sera assurée par le stagiaire soit : 1 220€
  - Oui
  - Non

Signature de l'intéressé(e)

Date  
Signature et cachet du Directeur  
d'Etablissement

INSTITUT DE FORMATION  
DES CADRES DE SANTE

CHU DE GRENOBLE  
BP 217 - 38043 Grenoble cx 09

☎ 04.76.76.50.70 Fax 04.76.76.88.79  
email : secretariatfcs@chu-grenoble.fr

**ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE**  
**APPROFONDISSEMENT DES ACQUIS**  
**EPREUVE ORALE**

**STAGIAIRE**

NOM - PRENOM (nom de jeune fille suivi du nom d'épouse).....  
Adresse .....  
Code postal ..... Ville .....  
Téléphone personnel.....  
E/mail personnel.....  
Téléphone professionnel.....  
E/mail professionnel.....

**EMPLOYEUR**

Etablissement.....  
Adresse .....  
Code postal ..... Ville .....  
Téléphone ..... Télécopie.....

**PRISE EN CHARGE FINANCIERE**

**ATELIER D'ENTRAINEMENT A L'EPREUVE ORALE : 3 jours**

- La prise en charge financière sera assurée par l'employeur soit : 980 €
  - Oui
  - Non
- La prise en charge financière sera assurée par le stagiaire soit : 980 €
  - Oui
  - Non

Signature de l'intéressé(e)

Date  
Signature et cachet du Directeur  
d'Etablissement