Direction des IFPM du GHT Ile-de-France Sud

DOSSIER D'INSCRIPTION A LA SELECTION D'ENTREE EN INSTITUT DE FORMATION

MANIPULATEUR D'ELECTRORADIOLOGIE MEDICALE

CANDIDATS FPC

Rentrée de Septembre 2026

Période d'inscription du 16 décembre 2025 au 06 mars 2026

PHOTO

(A agrafer)

ENVOI UNIQUEMENT PAR COURRIER :

IFPM du CHSF
40 avenue Serge Dassault
91106 CORBEIL-ESSONNES Cedex
(Le cachet de la poste faisant foi)

IDENTITE DU CANDIDAT

NOM de naissance : .....

Prénom : .....

NOM marital : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Lieu de naissance : .....

Département de naissance : .....

Pays de naissance : .....

Adresse postale : .....

.....

.....

.....

Code postal : .....

Ville : .....

Téléphone : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Mail (EN MAJUSCULES) :

.....

RESILIATION

En cas de désistement, aucun règlement des frais d'inscription ne sera remboursé après la clôture des inscriptions.

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document.
Je m'engage à ne pas modifier mon choix après le dépôt du dossier et j'accepte sans réserve le règlement qui régit la sélection d'admission.
Je déclare avoir pris connaissance que les informations recueillies sur ce dossier font l'objet d'un traitement informatisé et que les résultats d'admission seront publiés sur le site internet du Centre Hospitalier Sud Francilien.
Conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, je dispose d'un droit d'accès et de rectification aux données du fichier qui me concerne, droit que je peux exercer auprès des Instituts de Formations Paramédicales du Centre Hospitalier Sud Francilien.

Fait à : ..... **Le :** ..... / ..... / .....

Signature :

DOCUMENTS A JOINDRE *

☐ **Photo d'identité agrafée**	1
☐ **3 timbres autocollants** (tarif en vigueur)	2
☐ **Règlement du droit d'inscription à la sélection : 100 € uniquement par chèque à l'ordre de : « REGIE IFSI CH SUD FRANCILIEN »**	3
☐ **Photocopie couleur recto/verso de la pièce d'identité ou titre de séjour** *(valide pour toute la durée de la formation)*	4
☐ **Photocopie de l'attestation de droits à l'assurance maladie**	5
☐ **Lettre de motivation manuscrite**	6
☐ **Curriculum Vitae**	7
☐ **Photocopie des diplômes** **Ou** ☐ **Titre ou diplôme étranger + attestation d'équivalence + traduction du diplôme** (Traduction effectuée par un traducteur assermenté auprès de la cour d'appel de Paris) **A demander au C.I.E.P – site internet : www.ciep.fr/enic-naric.fr**	8
☐ **« VOTRE STATUT A L'ENTREE EN FORMATION » : ANNEXE 1** ⇨ Joindre les justificatifs	9
Pour les candidats pris en charge par l'employeur ou organisme financeur : ☐ **Attestation de financement du droit annuel d'inscription et/ou de la formation** *(si prise en charge)*	10
☐ **Relevé d'heures justifiant de 3 ans d'exercice : ANNEXE 2** ☐ **Attestation(s) employeur(s) justifiant de 3 ans d'exercice (soit 4821 heures) à la clôture des inscriptions**	11
☐ **Justificatif MDPH* en cas d'aménagement du temps de l'épreuve (tiers temps)** *(si concerné)* *Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) **mdphe@cg91.fr**	12
Pour les ressortissants Hors Union Européenne : ☐ Attestation du niveau de langue française égale ou supérieure au niveau **B2*** du cadre Européen commun de référence pour les langues du conseil de l'ordre. ***A demander au C.I.E.P – site internet : www.ciep.fr/enic-naric.fr**	13
☐ **Attestations de formations continues** ⇨Si obtention	14
☐ **Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence (AFGSU) niveau 2** ⇨Si obtention - datant de moins de 4 ans.	15
☐ **Formulaire de consentement pour la gestion des données personnelles (RGPD) : ANNEXE 3**	16

*Indique la liste des documents obligatoires :

A joindre au dossier dans l'ordre énuméré

DIRECTION DE L'INSTITUT DE FORMATIONS PARAMEDICALES
IFSI - IFMEM – IFAS – IFAP – Formation Continue

Marie-Paule SAULI
Coordonnatrice Générale des Soins
Directrice

INSTITUT DE FORMATIONS PARAMEDICALES (IFPM) DU CHSF - CHA

Accueil
Tél : 01.61.69.66.15
Mail : ifsi@chsf.fr
Site internet :
www.chsf.fr | Onglet ENSEIGNEMENT puis : INSTITUTS DE FORMATION

Adresse physique :
2 rue Pierre Fontaine
91000 EVRY-COURCOURONNES

Adresse postale :
IFPM du CHSF
40 avenue Serge Dassault
91106 CORBEIL-ESSONNES Cedex

INFORMATIONS IMPORTANTES 1/2

PÉRIODE D'INSCRIPTION	**Du Mardi 16 Décembre 2025 au Vendredi 06 Mars 2026** **23h59* (délai de rigueur)** **IFPM du CHSF** **40 avenue Serge Dassault** **91106 CORBEIL-ESSONNES Cedex** *****(Le cachet de la poste faisant foi)*
NOMBRE DE PLACES OUVERTES	**2**
CONDITIONS D'ACCÈS	➢ **Prérequis pour les candidats relevant de la Formation Professionnelle Continue - « FPC » :** - Candidats justifiant de trois années d'expérience professionnelle relevant de la formation professionnelle continue (**FPC**) selon le code du travail article L.6311-1. - La date à prendre en compte pour comptabiliser les trois années de cotisation à un régime de protection sociale en France est celle de la clôture des inscriptions aux épreuves de sélection. ➢ Cette voie d'accès est adaptée aux candidats en reconversion professionnelle (aide-soignant, auxiliaire de puériculture, ou autres expériences professionnelles en dehors du domaine sanitaire). ▪ Article 12 l'arrêté du 17 janvier 2020 modifié par l'arrêté du 05 février 2021 relatif à l'admission dans les instituts de formation préparant au diplôme d'Etat de manipulateur en électroradiologie médicales.
COÛTS FINANCIERS DE LA FORMATION TARIFS 2025 **(Sous réserve de modifications)**	**Statut à l'entrée en formation :** **Votre statut déterminera si vous êtes éligible ou non à une prise en charge financière par la région Ile de France, d'où l'intérêt d'étudier l'impact financier de la formation dans votre projet.** La formation a un **coût annuel**, à savoir : - **Droit d'inscription à la sélection :** 100 € - A régler au moment de l'inscription à la sélection - **Droit annuel d'inscription à la formation :** 178 € - A régler au moment de l'inscription définitive - **Frais de formation (financement individuel) :** 8 230 € - **Frais de formation (autres financements : employeurs ou organismes financeurs) :** 8 620 € - **Droit annuel d'inscription (étudiant étranger extra-communautaire) :** 2 895 € ⇨ **Public dit « éligible région » -** voir votre statut à l'entrée en formation- **ANNEXE 4 :** Notre institut de formation a signé une convention avec la Région Ile-de-France pour prendre en charge les formations, à l'exception des 178 € de droit annuel d'inscription à la formation qui restent à la charge du candidat.

INFORMATIONS IMPORTANTES 2/2

EPREUVE DE SELECTION	➤ Sélection sur la base d'un dossier permettant d'apprécier l'expérience professionnelle, le projet professionnel et les motivations du candidat ainsi que ses capacités à valoriser son expérience professionnelle.
SELECTION DES DOSSIERS	**Du Lundi 09 Mars au Vendredi 20 Mars 2026**
AFFICHAGE RÉSULTATS ÉPREUVE DE SÉLECTION	**Vendredi 27 Mars 2026 à partir de 14h00** **➤ Les résultats seront affichés à l'Institut et consultables sur notre site internet.** **➤ Aucun résultat ne sera donné par téléphone.** **Site internet :** **www.chsf.fr |** Onglet ENSEIGNEMENT puis : INSTITUTS DE FORMATION
CONFIRMATION D'INSCRIPTION	**Vous avez jusqu'au 03/04/2026** **23h59* (délai de rigueur)** **pour effectuer votre inscription administrative à l'IFPM** *****(Le cachet de la poste faisant foi)*
PRÉ-RENTRÉE	**Lundi 24 et Mardi 25 août 2026 de 9h00 à 17h00** **PRESENCE OBLIGATOIRE LES 2 JOURS**
RENTRÉE SCOLAIRE	**Lundi 31 Août 2026**
DOSSIER MÉDICAL	**⇨ Les candidats doivent répondre aux obligations vaccinales concernant les professionnels de santé pour l'entrée en formation.** **RAPPEL RÉGLEMENTAIRE** **Obligatoire** **Etre immunisé(e) contre la Diphtérie, le Tétanos, le Poliomyélite (DTP) et l'Hépatite B** **Concernant la Tuberculose** *Le décret n° 2019-149 du 27/02/2019 a suspendu l'obligation vaccinale par le BCG pour les étudiants et les professionnels des métiers de santé. Le test tuberculinique de référence reste toutefois maintenu.* **Avoir bénéficié d'une IDR à 5UI de tuberculine : Tubertest (datant de moins de trois mois)** **Recommandé** **Rougeole – Varicelle - Hépatite A – Coqueluche - Grippe - Covid** *L'obligation vaccinale contre la COVID-19 est suspendue par le décret n°2023-368 du 13 mai 2023.* **➤L'admission des élèves en formation est subordonnée à la production du DOSSIER MÉDICAL COMPLET à fournir sous enveloppe à votre NOM, prénom et filière LE JOUR DE LA PRÉ-RENTRÉE.** (Il vous sera transmis après votre confirmation d'inscription définitive.)
ENSEIGNEMENT	➤ Les cours sont dispensés aux IFPM (IFAS-IFAP-IFSI-IFMEM) au 2 Rue Pierre Fontaine – 91000 EVRY ➤ La formation se déroulera en présentiel mais aussi en distanciel (formation hybride). ➤ Vous devez prévoir un équipement informatique individuel (ordinateur) et une connexion internet afin de suivre la formation. ➤ Un minimum de compétences informatiques est recommandé.

ANNEXE 1

VOTRE STATUT A L'ENTREE EN FORMATION

Vous allez entrer en formation, votre statut est considéré à l'entrée en formation et vaut pour toute la durée de la formation.

⇨ Cochez la case correspondante à votre situation

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE PAR LE CONSEIL REGION ILE DE FRANCE

Vous devez être en formation initiale en cursus complet pour les formations Infirmier, Aide-soignant, Auxiliaire de Puériculture, Manipulateur en électroradiologie Médicale ou être en cursus partiel sur la formation Aide-Soignant ou Auxiliaire de Puériculture et être titulaire d'un baccalauréat professionnel ASSP, SAPAT ou d'un CAP « Accompagnant Educatif de la Petite Enfance ».

❒ **Etre âgé de moins de 26 ans en poursuite d'étude sans interruption** (y compris ceux ayant un contrat de travail étudiant) **à l'exclusion des apprentis** : **Joindre un certificat de scolarité**

❒ **Etre âgé de moins de 26 ans avec interruption de scolarité de moins de deux ans avant le démarrage de la formation à l'exclusion des apprentis** : **Joindre un certificat de scolarité**

❒ **Avoir effectué un service civique qui s'est achevé dans un délai d'un an avant l'entrée en formation** : **Joindre un justificatif**

❒ **Etre demandeur d'emploi et inscrit sur les listes de France Travail : Joindre un justificatif**
N° identifiant : …… Région Agence France Travail : ……..
Adresse mail conseiller France Travail : ……..

❒ **Etre bénéficiaires d'un P.E.C.** (Parcours Emploi Compétences) : **Joindre un justificatif**

❒ **Etre bénéficiaires du RSA** (Revenu de Solidarité Active) : **Joindre un justificatif de la C.A.F.**

❒ **Avoir effectué une passerelle post-bac** quand les étudiants relèvent des critères d'éligibilité régionaux mentionnés ci-dessus

❒ **Etre apprenants relevant du SPRF** (Service Public Régional de Formation) : être sortis du système scolaire depuis moins de deux ans (à l'exception faite des apprentis), ne pas avoir obtenu de diplôme, titre ou certification et inscrits **sur un parcours de formation complet en formation Aide-Soignant ou Auxiliaire de Puériculture**. Sont concernés : les jeunes inscrits en mission locale, les demandeurs d'emploi, les bénéficiaires du RSA et les bénéficiaires de contrats aidés : **Joindre un justificatif**

NE SONT PAS PRIS EN CHARGE PAR LE CONSEIL REGIONAL ILE DE FRANCE

❒ **Pour la formation auxiliaire de puériculture en cursus partiel titulaire des diplômes suivant : DEAS, TPADVF, TPASMS, DEAES, ARM, AMBULANCIER**

❒ **Pour la formation aide-soignante en cursus partiel titulaire des diplômes suivant : DEAS, TPADVF, TPASMS, DEAES, ARM, AMBULANCIER, AMP**

❒ **Les agents publics** (y compris en disponibilité)

❒ **Les salariés du secteur privé**

❒ **Toute personne ayant bénéficié d'une prise en charge partielle par Transitions Pro**

❒ **Les abandons de formation intervenus dans le mois suivant l'entrée en formation**

❒ **Les apprentis**

❒ **Les personnes en validation des acquis de l'expérience (VAE)**

❒ **Les médecins et les sages-femmes diplômés à l'étranger**

❒ **Aides spécifiques France travail (AIF …), attention vos demandes sont à faire un mois avant l'entrée en formation.**

DATE : **SIGNATURE :**

ANNEXE 2

Centre Hospitalier Sud Francilien CENTRE HOSPITALIER ARPAJON Région Île de France	**Sélection d'entrée en Institut de Formation en Soins Infirmiers & Manipulateur en Électroradiologie Médicale** **CANDIDAT FPC** **RELEVE D'HEURES JUSTIFIANT 3 ANS D'EXERCICE**	*Direction des IFPM du GHT Ile-de-France Sud* ES/IFPM/ADM/149/B Page 1/2
Date de création : 24/02/2021	Date d'application : 02/03/2021	Date de révision : 27/11/2030 — Date de mise à jour : 27/11/2025

CANDIDAT

NOM de naissance : .....

Prénom : .....

NOM marital : .....

Joindre impérativement tous les justificatifs

FONCTION	ETABLISSEMENT	DATE DU	DATE AU	Nombre de jours	Nombre de mois	Nombre d'heures

FONCTION	ETABLISSEMENT	DATE		Nombre de jours	Nombre de mois	Nombre d'heures
		DU	AU			
				TOTAL D'HEURES		

ANNEXE 3

Centre Hospitalier Sud Francilien CENTRE HOSPITALIER ARPAJON Région îledeFrance	**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LA GESTION DES DONNEES PERSONNELLES (RGPD)**	***Direction des IFPM du GHT Ile-de-France Sud*** ES/IFPM/ADM/214/C Page 1/1

Date de création : 25/10/2023	Date application: 25/10/2023	Date de révision : 19/07/2030	Date de mise à jour : 19/06/2025

Cochez votre formation :	
❒ **INFIRMIER**	❒ **MANIPULATEUR D'ELECTRORADIOLOGIE MEDICALE**
❒ **AIDE-SOIGNANT**	❒ **AUXILIAIRE DE PUERICULTURE**

Je soussigné(e), **NOM de naissance :** **NOM d'usage :**	**Prénom :** **Date de naissance :**
Si mineur, NOM et prénom du représentant légal :	

Donne par la présente mon consentement à l'IFPM du CHSF pour la collecte, le traitement et l'utilisation de mes données personnelles conformément à la législation en vigueur et à la politique de confidentialité de l'IFPM[1].

Je consens à ce que mes données personnelles soient collectées et traitées par l'IFPM aux fins suivantes :

- Gestion des inscriptions et de la scolarité
- Communication entre l'apprenant et l'IFPM
- Facturation
- Certification et Diplôme d'Etat
- Données statistiques

Je comprends que mes données personnelles peuvent être partagées avec des tiers dans la mesure nécessaire à la réalisation de ces finalités, conformément aux lois applicables et à la politique de confidentialité de l'IFPM.
Je consens également à ce que mes données personnelles puissent être stockées pour la durée nécessaire à l'atteinte des finalités susmentionnées et conformément aux politiques de conservation de l'IFPM.

Je reconnais avoir été informé(e) de mes droits en vertu du **R**èglement **G**énéral sur la **P**rotection des **D**onnées **(RGPD)** de l'Union européenne[2], y compris le droit d'accès, de rectification, de suppression, de limitation du traitement et de portabilité des données. Je comprends que je peux retirer ce consentement à tout moment en notifiant l'IFPM par écrit.
Je certifie que les informations que j'ai fournies sont exactes et complètes.

Le refus de consentement implique l'impossibilité d'être inscrit en formation à l'IFPM du CHSF/CHA.

Date :	**Signature :**
Si mineur, signature du représentant légal :	

[1] https://www.chsf.fr/formation/instituts-de-formations/qualite-instituts-de-formation/

[2] Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.