



IFSI Camille Claudel
FORMATION CONTINUE

PREPARATION AU CONCOURS D'ENTREE EN IFSI

En référence à l'arrêté du 31 juillet 2009 modifié, relatif au diplôme d'État d'infirmier, **cette préparation a pour objectifs d'aider le candidat à :**

- ◆ Optimiser ses chances de réussite au concours
- ◆ Affirmer son projet professionnel

Elle est basée sur les principes suivants :

- Engagement de la part du candidat à réaliser des travaux écrits en intersession.
- Engagement de la part du formateur à permettre l'expression du potentiel de chacun sans jugement.
- Méthodes pédagogiques favorisant l'interactivité, la participation et s'adaptant à la progression des candidats.

Elle comprend une préparation écrite de 7 jours, les mardis :
9 - 16 et 30 janvier - 13 février - 6 - 13 et 27 mars 2018 (*)

Elle propose au candidat :

- ◆ De comprendre, d'analyser et de synthétiser des situations professionnelles :
 - Entraînements à partir d'annales de difficulté progressive
 - Correction de travaux écrits en intersession
 - Travaux de groupe
- ◆ De tester ses compétences en numération :
 - Exercices d'entraînement de calculs numériques (4 opérations de base – conversions – pourcentages)

Ces journées de formation se dérouleront dans l'enceinte du **Centre Hospitalier d'Argenteuil**.

L'amplitude horaire sera de **9h à 17h. Téléphone : 01 34 23 27 01**

Public concerné :

Candidat titulaire du diplôme d'État d'aide-soignant ou du diplôme d'État d'auxiliaire de puériculture justifiant de **3 ans d'exercice temps plein**.

(*) Ces dates sont susceptibles d'être modifiées.

FICHE D'INSCRIPTION (partie à découper et à renvoyer)

TITRE DE LA FORMATION : Préparation au concours d'entrée en IFSI

DATES : 09/01 - 16/01 - 30/01 - 13/02 – 06/03 - 13/03 - 27/03/ 2018

Document à retourner avant le 15 décembre 2017 à :

IFSI Camille Claudel - Formation Continue
69, rue du Lieutenant-Colonel Prudhon
95107 – Argenteuil Cedex
Fax : 01 34 23 27 02
Courriel : stephanie.legourierec@ch-argenteuil.fr

Renseignements personnels :

Nom :
Prénom : Date de naissance :
Adresse :
.....
Ville : Code postal :
Tél. fixe : Tél. portable :
Courriel :
Fonction actuelle :

Coordonnées de l'établissement dans lequel vous exercez :

Nom :
Adresse :
.....
Ville : Code postal :
Nom du responsable de la formation :
Courriel du responsable de la formation :

Les frais de formation sont pris en charge par :

- Votre employeur : 1300€
- Vous-même : 450 €

Date :

Signature