



IFSI du CH REMIREMONT

# Sélection 2026

*Pour l'entrée en IFSI*

Pour les actions de formation

## CANDIDAT EN RECONVERSION PROFESSIONNELLE

Tout candidat relevant de la **formation professionnelle continue**, telle que définie par l'article L. 6311-1 du code du travail, et justifiant d'une **durée minimum de trois ans** de cotisation à un régime de protection sociale à la date d'inscription aux épreuves de sélection (forclusion).

Places ouvertes : 25% du quota initial de 45 soit 11 places au maximum



En déposant votre dossier d'inscription aux épreuves de sélection à l'IFSI du Centre Hospitalier de REMIREMONT vous manifestez votre souhait d'y faire votre formation (VCEUX 1) qui organise les épreuves à l'identique de celles sur les autres IFSI Lorrains. **Il est ainsi impossible de déposer un dossier sur plusieurs IFSI du même bassin/regroupement.**

En s'inscrivant dans un Institut, le candidat atteste sur l'honneur ne pas en avoir déposé un autre sur un autre IFSI du même bassin/regroupement. Une attestation sur l'honneur est insérée dans le dossier d'inscription avec l'ensemble des pièces à déposer.  
(Voir modèle sur le site)

**FRAIS D'INSCRIPTION : 60 €**

**PAR CHEQUE BANCAIRE OU POSTAL  
A L'ORDRE DE « RÉGIE RECETTES IFSI REMIREMONT »**

**NON REMBOURSABLES**

## CALENDRIER

DATES DES INSCRIPTIONS

Du 14 NOVEMBRE 2025 au 16 JANVIER 2026

EPREUVES de SELECTION

LE LUNDI 2 FEVRIER 2026 (La journée)

RÉSULTATS

LE LUNDI 16 FEVRIER 2026 - 10H00

AFFICHAGE à l'IFSI et sur [www.ch-remiremont.fr](http://www.ch-remiremont.fr) page IFSI

AUCUN RESULTAT NE SERA COMMUNIQUE PAR TELEPHONE

**LIMITE DE CONFIRMATION DE L'ACCEPTATION DE LA PLACE EN FORMATION LE MARDI 24 FEVRIER 2026 INCLUS**

## LE DOSSIER D'INSCRIPTION

Le dossier complet devra être déposé ou être adressé en envoi recommandé avec avis de réception à l'I.F.S.I. 3 avenue Georges Lang - 88200 REMIREMONT

Chaque photocopie devra être lisible, datée, signée, et porter la mention « J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations ».<sup>1</sup> L'absence de ces caractéristiques invalide le dossier.

LES PIECES SUIVANTES COMPOSENT LE DOSSIER D'INSCRIPTION :

### I. LA FICHE D'INSCRIPTION

Renseignez votre identité et votre adresse en lettres majuscules d'imprimerie.  
Incrire votre numéro complet et personnel de sécurité sociale.

### II. PIECES A TRANSMETTRE

- 1° Pièce d'identité (carte d'identité Recto/Verso, passeport) → photocopie
- 2° Diplôme(s) détenu(s) ;
- 3° Attestation(s) employeur(s) et attestations de formations continues justifiant les 3 ans de cotisation à un régime de sécurité sociale ;
- 4° Curriculum Vitae ;
- 5° Lettre de motivation dactylographiée de maximum 2 pages.
- 6° Attestation sur l'honneur d'une seule inscription au sein d'un même regroupement d'IFSI (document en annexe à renseigner ou sur papier libre)

### III. PAIEMENT DES 60 € DE FRAIS D'INSCRIPTION

Les frais d'inscription de 60 € sont à régler par chèque bancaire ou postal à l'ordre de « Régie Recettes IFSI Remiremont ».

Aucune inscription ne sera prise en compte sans le règlement.

Aucun remboursement ne sera effectué en cas d'absence ou de désistement quel qu'en soit le motif

<sup>1</sup> Après réussite à la sélection et au moment de l'inscription en première année, les documents originaux seront présentés pour vérification. Un document falsifié conduit à l'annulation de l'inscription.

#### **IV. POUR UN CANDIDAT PRESENTANT UN HANDICAP et DEMANDANT L'AMENAGEMENT DES EPREUVES**

Le candidat présentant un handicap qui sollicite un **aménagement des épreuves**, adresse une demande à l'un des médecins désignés par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).  
S'adresser à la MDPH de son domicile.

Il fournit à l'**IFSI**, au plus tard à la date de forclusion du concours, la nature de l'aménagement fixé par le médecin désigné.

### **LES EPREUVES DE SELECTION**

#### **CANDIDAT EN RECONVERSION PROFESSIONNELLE CONTINUE**

**EPREUVES ECRITE** et anonyme **SUR 20 POINTS** avec deux sous-épreuves

1. calculs simples sur 10 points (30 minutes)
2. rédaction et/ou réponses à des questions dans le domaine sanitaire et social sur 10 points. (30 minutes.)

**EPREUVE ORALE SUR 20 POINTS** : entretien portant sur l'expérience professionnelle sur 20 points. (20 minutes).

Il s'appuie sur la remise d'un dossier permettant d'apprécier l'expérience et le projet professionnel et les motivations du candidat ainsi que ces capacités à valoriser son expérience.

LE TOTAL des points doit être  $\geq 20/40$ , sans note < à 8/20 à l'une des deux épreuves.

### **LES RESULTATS**

A l'issue des épreuves et au vu des notes obtenues, la commission d'examen des vœux établit une liste de classement.

Les résultats sont affichés à l'**Institut de Formation en Soins Infirmiers** et mis en ligne sur le site internet de l'hôpital de REMIREMONT- rubrique **IFSI**. Tous les candidats recevront un courrier avec les résultats.

Le **24 FEVRIER 2026**, date limite, le candidat confirme son inscription par écrit. Au-delà, en l'absence de l'accord écrit, il est présumé avoir renoncé à son admission

## **POUR INFORMATION : ADMISSION DEFINITIVE APRES SELECTION**

### **FRAIS liés à la formation :**

- ✓ **Frais d'inscription :** L'admission définitive à l'Institut de Formation est subordonnée au versement des droits d'inscription : **178€** (tarif de la rentrée 2025)
- ✓ **CVEC:** Contribution de Vie Etudiante et de Campus (107 €, tarif de septembre 2025)
- ✓ **Coût de la formation :** **8 200€** par année de formation, pris en charge selon la situation par la Région « Grand-Est », ou le candidat ou son employeur

Pour information, les étudiants inscrits à l'Université de Lorraine bénéficient d'un pack OFFICE gratuit durant leur formation

### **CONDITIONS MEDICALES**

Votre admission définitive est subordonnée à la production, au plus tard le jour de la rentrée :

1. d'un certificat établi par un médecin agréé attestant que l'étudiant ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession : impératif pour l'entrée en formation.
2. d'un **certificat médical de vaccinations** conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France.
3. D'un Tubertest récent de moins de 3 mois à la rentrée.

Vous trouverez en dernières pages (spécimen) les recommandations ARS concernant l'attestation médicale de vaccinations obligatoires pour l'entrée en formation datant de mai 2025. Ce document est à remplir uniquement pour votre admission à l'IFSI.

Cependant, vous êtes invité à vérifier que vous ne présenterez pas de contre-indication à l'inscription en formation et que vous pouvez satisfaire aux obligations vaccinales des professionnels de santé, notamment vis-à-vis de l'Hépatite B.

### **REPORT D'ADMISSION**

Le bénéfice d'une autorisation d'inscription dans la formation n'est valable que pour l'année universitaire de l'année pour laquelle le candidat a été admis. Par dérogation, le directeur d'établissement accorde, pour une durée qu'il détermine, dans la limite cumulée de trois ans, un report pour l'entrée en scolarité dans son établissement :

- 1° De droit en cas de congé pour cause de maternité, de rejet du bénéfice de la promotion professionnelle ou sociale, de rejet d'une demande de congé formation, de rejet d'une demande de mise en disponibilité ou pour la garde d'un enfant de moins de quatre ans ;
- 2° De façon exceptionnelle, sur la base des éléments apportés par le candidat justifiant de la survenance d'un événement grave l'empêchant d'initier sa formation.

**BOURSE :** Une bourse peut être accordée par la Région aux étudiants dont les ressources ne dépassent pas un plafond fixé annuellement. La procédure est expliquée avant chaque rentrée.

## **MODALITE DE PRISE EN CHARGE DU COUT DE LA FORMATION PAR LA REGION « GRAND-EST »**

- ⇒ En recherche d'emploi sans avoir été démissionnaire 6 mois avant la rentrée, à l'exception d'une situation de rapprochement familial.
- ⇒ En perte d'emploi résultant d'une rupture conventionnelle, au plus tard 7 jours avant l'entrée en formation.
- ⇒ En CDD qui expire au plus tard dans les 7 jours qui suivent le début de la formation.
- ⇒ En emploi dont la durée est inférieure à 18h/semaine ou 78h/mois durant les 6 mois précédents l'entrée en formation.

*Si vous relevez de l'une de ces situations, les justificatifs seront à fournir dans le dossier d'inscription*

## **MODALITE DE PRISE EN CHARGE DU COUT DE LA FORMATION PAR L'EMPLOYEUR OU LE CANDIDAT, vous êtes :**

- ⇒ Dans une situation ne relevant pas de l'une énoncée au paragraphe ci-dessus (exemple : être salarié(e) démissionnaire après le 01/03/2025).
- ⇒ Agents de la Fonction Publique Hospitalière : Dans le cadre du décret n°90.319 du 5 avril 1990 relatif à la formation professionnelle continue des agents de la Fonction Publique Hospitalière, ces derniers peuvent bénéficier du maintien de leurs traitements, indemnités de résidence et indemnités à caractère familial, à l'exclusion d'autres indemnités et primes pendant leurs études.  
Les renseignements utiles sont fournis par la Direction des établissements dont relève l'agent.
- ⇒ Salariés du secteur privé :  
Les personnes salariées du secteur privé doivent se renseigner auprès du fond d'assurance-formation de leur employeur.

Le coût de formation pour un salarié en promotion professionnelle fait l'objet d'une convention de formation avec l'employeur, à défaut l'étudiant. Est considérée comme salariée, toute personne ayant un lien juridique avec un employeur, les personnes en disponibilité (service public), en congé sans solde (secteur privé), ou en congé parental.

*Pour toute situation particulière, vous êtes invité(e) à joindre le secrétariat de l'institut pour de plus amples informations.*

## **ADRESSES UTILES**

|   |  |
|---|--|
| <p>Agence Régionale de Santé<br/>Alsace Champagne Ardenne Lorraine</p> <p>3, boulevard JOFFRE<br/>CS 80071 - 54036 NANCY cedex<br/> 03 83 39 30 30</p> | <p>Conseil Régional DU GRAND-EST<br/>site de Metz</p> <p>place Gabriel Hocquard<br/>57036 METZ CEDEX<br/> 03.87.33.60.00  03.87.32.89.33</p> |
|---|--|

|   |   |                   |
|---|---|-------------------|
| <p>Département des Politiques de<br/>Ressources Humaines en<br/>Santé</p> <p>Direction de l'Offre Sanitaire</p> | <p>ATTESTATION MÉDICALE DE<br/>VACCINATIONS OBLIGATOIRES POUR<br/>L'ENTRÉE EN FORMATION DE</p> <p>.....</p> | <p>V8-05/2025</p> |
|---|---|-------------------|

CETTE ATTESTATION EST À REMPLIR PAR VOTRE MÉDECIN TRAITANT ET À REMETTRE AU CENTRE DE FORMATION AU PLUS TARD LE ..... .

Nom de l'étudiant / élève : .....

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

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

Age : .....

**Compléter impérativement les dates en précisant JJ/MM/AA**

## DIPHTÉRIE-TÉTANOS-POLIO-COQUELUCHE (DTPC)

1ère injection le : ... / ... / ...

1<sup>er</sup> Rappel : .... / .... / ..... Âge :

2ème injection le : ..... / ..... / .....

2<sup>ème</sup> Rappel : ... / ... / ... Âge :

3ème injection le : ..... / ..... / .....

3<sup>ème</sup> Rappel : .... / .... / .... Âge :

4<sup>ème</sup> Rappel : .... / .... / ..... Âge :

5<sup>ème</sup> Rappel : .... / ... / ... Age :

HÉPATITE B

**La vérification de l'immunisation et de l'absence d'infection par le VHB est obligatoire pour tous les étudiants et personnels de santé relevant de la vaccination obligatoire contre le VHB.**

**Taux d'apicorps :**

Obtenir les résultats sérologiques quelle que soit la date

|                                  |                     |   |
|----------------------------------|---------------------|---|
| <b>Taux d'anticorps anti Hbs</b> | <b>&gt;100 UI/L</b> | <b>Immunisé</b>   |
|                                  | <b>10 -100 UI/L</b> | <b>Réaliser Ag HBs<br/>(si Ag HBs négatif : immunisé)</b> |
|                                  | <b>&lt;10</b>       | <b>Non protégé :<br/>Reprendre le schéma vaccinal</b>     |

**En cas de doute : CONSULTER LE MÉDECIN AGRÉÉ RÉFÉRENT ARS**

Immunisation :  Oui  Non

#### VACCINS RECOMMANDÉS\*

| Vaccins  | Oui / Date | Non |
|----------|------------|-----|
| ROR      |            |     |
| Rougeole |            |     |

|   |  |  |
|---|--|--|
| Rubéole   |  |  |
| Varicelle   |  |  |
| Coqueluche  |  |  |
| Hépatite A  |  |  |
| Grippe (annuellement)   |  |  |
| Infections à méningocoques (rattrapage ACWY de 15 à 24 ans)** |  |  |

\*Cf. recommandations et modalités sur <https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Recommandations-vaccinales-specifiques/Professionnels-exposes-a-des-risques-specifiques/Professionnels-de-sante>

\*\*[Méningites et septicémies à méningocoques | Vaccination Info Service](#)

#### BCG - pour information

Le [décret n°2019-149 du 27 février 2019](#) suspend l'obligation de vaccination contre la tuberculose des professionnels visés aux articles R.3112-1 C et R.3112.2 du code de la santé publique.

La vaccination par le BCG n'est plus exigée lors de la formation ou de l'embauche de ces professionnels depuis le 1er avril 2019. Toutefois, il appartiendra aux médecins du travail d'évaluer ce risque et de proposer, le cas échéant, une vaccination par le vaccin antituberculeux BCG au cas par cas aux professionnels du secteur sanitaire et social non antérieurement vaccinés, ayant un test immunologique de référence négatif et susceptibles d'être très exposés.

#### FIÈVRE TYPHOÏDE - A vérifier avant une entrée en stage à risque

Recommandé : pour les élèves, étudiants ou professionnels de santé ayant un stage ou une activité à risque de contamination (i.e. lors de la manipulation d'échantillons biologiques, en particulier de selles, susceptibles de contenir des salmonelles).

Le décret n° 2020-28 du 14 janvier 2020 suspend l'obligation vaccinale contre la fièvre typhoïde.

**ATTENTION : le certificat d'aptitude de l'étudiant / élève à l'entrée en formation dépend de ces indications.**

Je soussigné(e), Docteur .....

Certifie que Mme – Mr .....

a répondu à ses obligations vaccinales selon le texte en vigueur et a reçu les vaccinations obligatoires précédentes.

Fait à ....., le .....

SIGNATURE DU MÉDECIN :

CACHET :

SPECIMEN

Pour toute information, vous pouvez vous rendre sur le site Vaccination InfoService.fr  
<https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Recommandations-vaccinales-specifiques/Professionnels-exposes-a-des-risques-specifiques/Professionnels-de-sante>





**Une seule inscription possible au sein d'un même regroupement d'IFSI**

La région Grand-Est compte 3 regroupements :

| Alsace  | Champagne-Ardenne  | Lorrain  |
|---|--|--|
| 1. IFSI Brumath<br>2. IFSI Erstein<br>3. IFSI Haguenau<br>4. IFSI Saverne<br>5. IFSI Sélestat<br>6. IFSI Strasbourg (St Vincent)<br>7. IFSI Strasbourg (HUS)<br>8. IFSI Colmar<br>9. IFSI Mulhouse<br>10. IFSI Diaconat Mulhouse<br>11. IFSI Rouffach | 1. IFSI Charleville-Mézières<br>2. IFSI Reims<br>3. IFSI Châlons-en-Champagne<br>4. IFSI Epernay<br>5. IFSI Troyes<br>6. IFSI Chaumont<br>7. IFSI Saint Dizier | 1. IFSI Bar Le Duc<br>2. IFSI Briey<br>3. IFSI Epinal<br>4. IFSI Forbach<br>5. IFSI Laxou<br>6. IFSI Lionnois<br>7. IFSI Metz CHR<br>8. IFSI Metz CRF<br>9. IFSI Neufchâteau<br>10. IFSI Remiremont<br>11. IFSI St Die<br>12. IFSI Sarrebourg<br>13. IFSI Sarreguemines<br>14. IFSI Thionville CHR<br>15. IFSI Verdun<br>16. IFSI Santest NANCY<br>17. IFSI SOS SANTE Mont St Martin<br>18. IFSI Lunéville CRF |

## INSTITUTS DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

RÉGION GRAND EST

La Région  
**Grand Est**



L'inscription au sein de chaque bassin se fait auprès de l'IFSI de vœux 1 de formation.

L'IFSI enregistre le dossier au titre du regroupement. Le candidat renseigne, s'il le souhaite, un vœu 2 et 3 sur ce dossier, de manière à élargir ses possibilités d'entrée en formation.

**Il est ainsi impossible de déposer un dossier sur plusieurs IFSI du même bassin/regroupement.**

En s'inscrivant dans un Institut, le **candidat atteste sur l'honneur** ne pas en avoir déposé un autre dossier sur un autre IFSI du même bassin/regroupement. **L'attestation** (cf. modèle ci-dessous) **est insérée dans le dossier d'inscription avec l'ensemble des pièces à déposer.**

Par contre, il est possible de déposer un dossier sur un IFSI de chaque regroupement.

### Modèle, en exemple.

#### IDENTITE ET COORDONNEES DU CANDIDAT

Date :  
IFSI de (ville)

#### ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), Nom prénom, né(e) le (date de naissance) à (ville), atteste sur l'honneur de n'avoir fait qu'une inscription dans le Bassin universitaire/regroupement de ..... pour la sélection à l'entrée en formation infirmière.

Pour servir et valoir ce que de droit

Signature



## RECOMMANDATIONS AUX CANDIDATS

### Comment rédiger un projet professionnel motivé.

Avant tout, la rédaction de ce type de document met en valeur les expériences que vous avez vécues qui vous ont donné envie de vous orienter vers le métier d'infirmier(e) ainsi que les qualités humaines que vous pensez avoir qui vous semble indispensables pour vous occuper de personnes avec des besoins de soins physiques, psychologiques ou sociaux.

Il est donc attendu une description des situations qui vous ont marqué et vous ont donné envie de faire cette formation donc au final ce métier. A partir de ces situations, vous pourrez préciser ce qu'elles ont pu vous apporter personnellement, ce qu'elles vous ont inspiré et en quoi elles orientent ce choix de devenir soignant.

Le métier d'infirmier(e) est très varié, n'hésitez pas à mettre en lumière tout contact que vous avez pu avoir avec les professionnels en exercice ou avec les étudiants en soins infirmiers que vous avez pu rencontrer.

Rédiger un projet professionnel, c'est imaginer l'avenir et choisir en connaissance de cause une orientation qui vous apportera de la satisfaction et qui vous engage. C'est donc un écrit personnel et singulier qui va vous caractériser. Il est donc important que vous l'écriviez vous-même : un écrit authentique même maladroit sera plus pertinent qu'un copié-collé trouvé ailleurs. Par contre, en discutant de ce projet avec vos amis, famille ou proches, vous aurez à travers leurs opinions ce qui fait que vous êtes fait ou pas pour ce métier. Les éléments positifs pourront être repris dans votre écrit.

L'évaluation du projet est fondée à la fois sur le fond et sur la forme : soignez l'écriture, faites attention aux fautes, phrase sans verbe..., relisez-vous ou faites relire votre écrit par un tiers. Les examinateurs sont sensibles à un travail bien présenté et facile à lire. Il est de deux pages maximums.

**BON COURAGE A VOUS**

**CANDIDAT EN RECONVERSION PROFESSIONNELLE CONTINUE**  
 justifiant d'une durée minimum de trois ans de cotisation à un régime de protection sociale  
 à la forclusion des inscriptions aux épreuves.

**INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS**  
 3 rue Georges Lang – 88200 REMIREMONT  
 ☎ 03.29.23.41.24  
 courriel : [ifsi@ch-remiremont.fr](mailto:ifsi@ch-remiremont.fr)



**FICHE D'INSCRIPTION**

**A RETOURNER AU SECRETARIAT DE L'IFSI AU PLUS TARD LE 16 JANVIER 2026**

(cachet de la poste faisant foi pour un envoi postal)

|  |  |               |                           |               |              |               |              |
|--|--|---------------|---------------------------|---------------|--------------|---------------|--------------|
| <p align="center"><b>JE SOUSSIGNE (E)</b></p> <p><b>NOM :</b> .....<br/> <small>(Nom de Jeune Fille suivi du nom d'épouse pour les femmes mariées)</small></p> <p><b>PRENOMS :</b> .....</p> <p><b>DATE DE NAISSANCE :</b> ..... <b>SEXE :</b> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/></p> <p><b>LIEU DE NAISSANCE :</b> .....</p> <p>Département : (Indiquer le N°)   ____   ____  </p> <p><b>NATIONALITE :</b> .....</p> <p><b>ADRESSE :</b> .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><b>TELEPHONE PORTABLE :</b> .....</p> <p><b>TELEPHONE FIXE :</b> .....</p> <p><b>E-mail :</b> .....</p> <p><b>N° SECURITE SOCIALE :</b>   ____   ____   ____   ____   ____   ____   ____   CLE   ____  <br/> Seul le numéro personnel du candidat est accepté.</p> | <p align="center"><b>TITULAIRE DU DEAS : OUI / NON</b></p> <p><b>TITULAIRE D'UN DIPLOME DU SANITAIRE ET SOCIAL : OUI – NON</b></p> <p>si OUI lequel : .....</p> <p>Si concerné, employeur actuel : .....</p> <p>.....</p> <p align="center"><b>MODALITES D'INSCRIPTION AU VERSO DE LA PAGE</b></p> <p align="center"><b>IMPORTANT</b><br/> <b>A lire et à signer</b></p> <p><b>JE SOLLICITE</b><br/> mon inscription aux épreuves de sélection de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Remiremont.</p> <p><b>JE RECONNAIS</b><br/> avoir pris connaissance des instructions et conditions d'admission qui figurent dans la notice remise en même temps que le présent dossier.</p> <p><b>J'ACCEPTE</b><br/> sans réserver le règlement qui régit le concours.</p> <p><b>J'ATTESTE</b><br/> sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés dans ce document.</p> <p align="center"><b>COCHER OBLIGATOIUREMENT</b><br/> J'autorise la publication électronique de mes résultats sur le site de l'IFSI</p> <p align="center"><input type="checkbox"/> Oui      <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Fait à ..... le .....</p> <p align="center"><b>SIGNATURE DU CANDIDAT</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nombre de certificats professionnels justifiant des 3 ans de cotisation .....</p> |               |                           |               |              |               |              |
| <p><b>En cas de réussite aux épreuves</b>, votre souhait de faire votre formation parmi les IFSI du Bassin Universitaire Lorrain, est (si vous ne souhaitez pas de vœux 2 et 3, merci de rayer la/les ligne/s inutile/s) :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; padding: 5px;"><b>VŒUX 1</b></td> <td style="width: 80%; padding: 5px;"><b>IFSI de REMIREMONT</b></td> </tr> <tr> <td style="width: 20%; padding: 5px;"><b>VŒUX 2</b></td> <td style="width: 80%; padding: 5px;">IFSI de.....</td> </tr> <tr> <td style="width: 20%; padding: 5px;"><b>VŒUX 3</b></td> <td style="width: 80%; padding: 5px;">IFSI de.....</td> </tr> </table>  |  | <b>VŒUX 1</b> | <b>IFSI de REMIREMONT</b> | <b>VŒUX 2</b> | IFSI de..... | <b>VŒUX 3</b> | IFSI de..... |
| <b>VŒUX 1</b>  | <b>IFSI de REMIREMONT</b>  |               |                           |               |              |               |              |
| <b>VŒUX 2</b>  | IFSI de.....   |               |                           |               |              |               |              |
| <b>VŒUX 3</b>  | IFSI de.....   |               |                           |               |              |               |              |

**Tournez la page S.V.P ►**

## CONSTITUTION DU DOSSIER D'INSCRIPTION

avec l'ensemble des pièces ci-dessous

**Tout dossier incomplet sera irrecevable et retourné au candidat.**

Le dossier complet est déposé, ou adressé en envoi recommandé avec avis de réception, au secrétariat de l'I.F.S.I. 3 Rue Georges Lang - 88200 REMIREMONT

Chaque photocopie devra être lisible, datée, signée, et porter la mention  
« J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations »

- Fiche d'inscription renseignée** (recto de cette page) : noter l'identité et l'adresse en lettres majuscules d'imprimerie.
- Copie du document attestant de l'identité** : carte d'identité (Recto/Verso) ou passeport. (pas de permis)
- Un ou plusieurs certificats d'exercice professionnel, de ou des employeurs**, pour justifier d'une durée minimum de trois ans de cotisation à un régime de protection sociale  
Le certificat fait apparaître impérativement la formule « temps complet » ou « 100% »,  
ou, pour un « temps partiel » : « le % effectué ».  
Au-delà de 3 certificats, le candidat établit un document récapitulatif de son activité pour retracer les 3 années de cotisation, qu'il annexe aux différents certificats.
- Un curriculum Vitae.**
- Une lettre de motivation dactylographiée de 2 pages au maximum.**
- La copie du/des diplôme(s) détenu(s) et attestations de formation continue.**
- Chèque de frais d'inscription de 60 € établi à l'ordre de « Régie Recettes IFSI Remiremont ».**
- Attestation sur l'honneur de non inscription dans un autre IFSI du bassin Lorrain.**

**Aucune inscription ne sera prise en compte sans le règlement.  
Aucun remboursement ne sera effectué en cas d'absence ou de désistement, quel qu'en soit le motif.**

- Pour un candidat présentant un handicap et demandant l'aménagement des épreuves**  
Il adresse une demande à l'un des médecins désigné par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (MDPH). Le certificat médical doit préciser la nature de l'aménagement fixé par ce médecin ; il est fourni à l'IFSI, au plus tard à la date de forclusion du concours.