

CENTRE DE FORMATION D'ASSISTANT DE REGULATION MEDICALE

DOSSIER D'INSCRIPTION POUR LA FORMATION D'ASSISTANT DE REGULATION MEDICALE POUR LA SESSION DE JANVIER 2024

Centre de Formation d'Assistant de Régulation Médicale (CFARM)

Institut Gernez Rieux
2 Rue du Docteur Schweitzer
59037 Lille Cedex

03 20 44 51 65

Mail : cfarm@chu-lille.fr

LES PRINCIPALES DATES

- Le dossier d'inscription sera disponible sur notre site internet www.cfarm.chu-lille.fr à partir du 22 mai 2023.
- La clôture des inscriptions est fixée au 05 septembre 2023 pour tous les candidats.

Vous pouvez déposer votre dossier à l'accueil de l'IGR ou par courrier (jusqu'au jour de la clôture, cachet de la poste faisant foi) à l'adresse ci-dessus.

TOUT DOSSIER INCOMPLET ou ENVOYE HORS DELAI

NE SERA PAS PRIS EN COMPTE

- L'épreuve orale d'admission se déroulera durant la semaine 38 (les 20 et 22/09/23) ; les candidats recevront une convocation individuelle.

Les résultats de l'épreuve orale d'admission seront disponibles le **29 septembre 2023 à partir de 14h00**, affichage extérieur de l'IGR et sur le site internet du CFARM.

LES FRAIS

Les frais de sélection s'élèvent à 100 €

Seules les inscriptions accompagnées de leur règlement par chèque libellé à l'ordre du Trésor Public seront prises en considération.

Attention : Tout renoncement à la participation aux épreuves de sélection dans un délai supérieur à 8 jours après la date de clôture des inscriptions, fait l'objet d'un paiement intégral des droits d'inscription.

Les frais de scolarité : 8000 € (TARIF 2023)

Les frais de scolarité seront perçus par le Trésorier Principal du CHU de Lille.



Rétractation - Abandon - Renvoi - Suspension:

En cas de **rétractation**, à compter de la date de la signature du contrat de formation, l'élève a un délai de 10 jours. Il en informe la Direction son établissement employeur et la Direction du CFARM par lettres recommandées avec accusé de réception.

→ Dans cette hypothèse, aucune somme ne peut être exigée de l'élève.

En cas d'**abandon ou de renvoi** de l'élève en cours de formation, quel qu'en soit le motif, les frais de formation resteront acquis en totalité au CHU de Lille.

En cas de **suspension ou de force majeure** dûment reconnue, les frais de formation seront dus au prorata temporis.

CONSTITUTION DU DOSSIER

DOCUMENTS POUR TOUS LES CANDIDATS

- La fiche de renseignements (Annexe 1)
- 2 photocopies de la carte nationale d'identité **valide** recto et verso, ou d'un passeport, ou d'un titre de séjour.
- 1 certificat médical de vaccination complété par un médecin généraliste. Le dossier d'inscription peut être déposé même si le schéma vaccinal est en cours (1 injection minimum doit être réalisée) L'annexe 2 doit être obligatoirement utilisée, datée, signée et tamponnée par le médecin.
- 1 Curriculum Vitae
- 1 lettre de motivation
- 1 photo d'identité **récente** avec votre nom et prénom au dos de chaque photo. Pas de photographies scannées
- 1 chèque de 100 € libellé à l'ordre du Trésor Public.
- 1 Photocopie du baccalauréat ou attestation d'équivalence ou autres titres ou diplômes de niveau 4 ; si non titulaire de l'un de ces diplômes, une attestation de cotisation au régime français au titre d'une activité professionnelle d'une durée de 3 ans minimum à temps plein.
- Pour les ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'espace économique européen, autre que la France, une attestation de niveau langue française C2 et une copie de leur diplôme ou titre le plus élevé traduit en français par un traducteur agréé auprès des tribunaux français.
- Le bulletin n°3 de votre casier judiciaire
- L'autorisation de publication des résultats sur internet (Annexe 3)
- 1 enveloppe autocollantes (format 22x 11 cm + 1recommandé avec accusé de réception dûment remplis. (Ne pas coller les imprimés sur les enveloppes) elles doivent être obligatoirement :
 - Libellées à vos nom, prénom et adresse complète.
 - Affranchies au tarif en vigueur pour un envoi en recommandé avec accusé de réception. Les timbres devront être collés sur chaque enveloppe

Case destinataire :
Nom, prénom
Adresse du candidat

Case expéditeur :
C.F.A.R.M. – CHU de LILLE
2 rue du docteur Schweitzer
59037 LILLE CEDEX

EPREUVES DE SELECTION

L'ensemble du dossier administratif est apprécié au regard de sa forme et de la complétude des pièces attendues ainsi que par la qualité de la lettre de motivation et du CV.

L'entretien d'admission :

L'entretien d'admission est évalué par un jury d'admission composé chacun :

- du directeur du CFARM ou son représentant issu de l'équipe pédagogique ;
- du conseiller scientifique ou d'un médecin exerçant au SAMU.

D'une durée d'environ 20 minutes, l'entretien comprend une présentation orale du candidat, suivie d'un test informatique puis d'un échange avec le jury.

Cette épreuve a pour objet :

- d'évaluer la capacité du candidat à s'exprimer et à ordonner ses idées pour argumenter de façon cohérente ;
- d'apprécier les aptitudes et la capacité du candidat à suivre la formation ;
- d'apprécier le projet professionnel du candidat et sa motivation.

REPAS ET HEBERGEMENT

Possibilité de se restaurer au self de l'Institut Gernez Rieux durant le temps de la formation.

Des possibilités de logements existent à l'Institut Gernez Rieux auprès du service accueil et hébergement CHU de Lille :

- adresse postale : Institut Gernez Rieux – 2, rue Docteur Schweitzer – 59037 Lille cedex
- courriel : internatigr@chru-lille.fr
- téléphone : 03 20 44 57 55

COÛT DE LA FORMATION

Gratuit pour la formation initiale et poursuite de scolarité

8000€ pour le cursus complet et la promotion professionnelle

Modulable en fonction des parcours partiels (VAE, équivalences, passerelles,...)

⚠ Les démarches de prise en charge financière sont à effectuer impérativement avant l'entrée en formation

Annexe 1 – FICHE DE RENSEIGNEMENTS

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIF

Nom de naissance :

Nom d'épouse :

Prénom(s) :

Sexe : F H

Situation familiale : Célibataire Marié(e) Pacsé(e) En couple Divorcé(e)

Date de naissance : Lieu de naissance :

Département : Pays.....

Nationalité : Français (e) Union Européenne Autre : (*préciser*).....

Adresse de domicile :

Code postal : Ville :

Permis de conduire : Oui Non Véhicule : Oui Non

Téléphone fixe :Téléphone portable :

Adresse mail :

Nombre d'enfant(s) à charge :

.....

PRISE EN CHARGE DE LA FORMATION (*Joindre une attestation de prise en charge*)

Salarié en reconversion professionnelle et pris en charge par :

Employeur

Pôle Emploi :

Identifiant Pôle Emploi :

Coordonnées du conseiller :

Mobilisation de mon CPF Nombre d'heures mobilisées :*Joindre justificatif*

VAE

Autre (*préciser*) :

Prise en charge par un centre hospitalier (*joindre une attestation de prise en charge*)

Mobilisation de mon CPF Nombre d'heures mobilisées :*Joindre justificatif*

VAE

Prise en charge personnelle

SITUATION PROFESSIONNELLE ACTUELLE

Activité salariée Date du Contrat : du.....au

CDD CDI

Nom et Adresse employeur :

.....

.....

Scolarisation ; diplôme préparée :

1^{er} métier :

(Pour les sapeurs-pompiers merci de préciser si SPP ou SPV)

DIPLÔMES SCOLAIRES OBTENUS *(joindre impérativement la copie des diplômes)*

Brevet CAP/BEP Baccalauréat DEUG Licence Master

Autre

DIPLÔMES SANITAIRES ET SOCIAUX *(joindre impérativement la copie des diplômes)*

Aide-soignant DE Infirmier AMP DEAS DEAP

Autre

DIPLÔME D'AFGSU *(joindre impérativement la copie du diplôme)*

Oui Si oui : Niveau 1 Niveau 2 Date dernière formation :

Lieu de formation : Numéro de diplôme (8 chiffres) :

Non

Annexe 2 - CERTIFICAT MEDICAL DE VACCINATIONS
(Conforme à la réglementation en vigueur pour les professionnels de santé)

Ce certificat doit être joint au dossier d'inscription et dater de moins d'un an.

Je soussigné(e), Docteur

Certifie avoir examiné ce jour M.

J'atteste : (1)

que le (la) candidat(e)

a été vacciné(e) contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite :

VACCINATIONS			RAPPELS	
	Date	N° lot	Date	N° lot
1 ^{ère} injection				
2 ^{ème} injection				
3 ^{ème} injection				

a été vacciné(e) contre l'hépatite B : une attestation médicale indiquant la date et le résultat du contrôle du **taux des anticorps anti-HBS** doit compléter l'attestation médicale des personnes vaccinées (Arrêté du 02 août 2013). (voir modalités au verso)

VACCINATIONS			RAPPELS	
	Date	N° lot	Date	N° lot
1 ^{ère} injection				
2 ^{ème} injection				
3 ^{ème} injection				

Taux d'anticorps Anti-HBS :

a été vacciné(e) contre la COVID 19 :

	Date	Schéma vaccinal terminé	
1 ^{ère} injection		OUI	NON
2 ^{ème} injection		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rappel		OUI	NON
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Date : (2)

Cachet et signature du médecin

N.B. : pensez à vous présenter chez votre médecin avec votre carnet de vaccinations

- (1) Cocher les cases
- (2) Daté de moins de 3 mois
- (3) **NB : le Décret n°2007-1111 du 17 juillet 2007 relatif à l'obligation vaccinale par le vaccin antituberculeux BCG a été modifié Par le Décret n°2019-149 du 27 février 2019 - art. 1 suspendant l'obligation de vaccination anti tuberculique pour les professions sanitaires dont les ambulanciers (deuxième alinéa de l'article L. 3111-1 C)**

Circulaire n°DGS/SD5C/2007/164
Schémas vaccinaux pour l'hépatite B

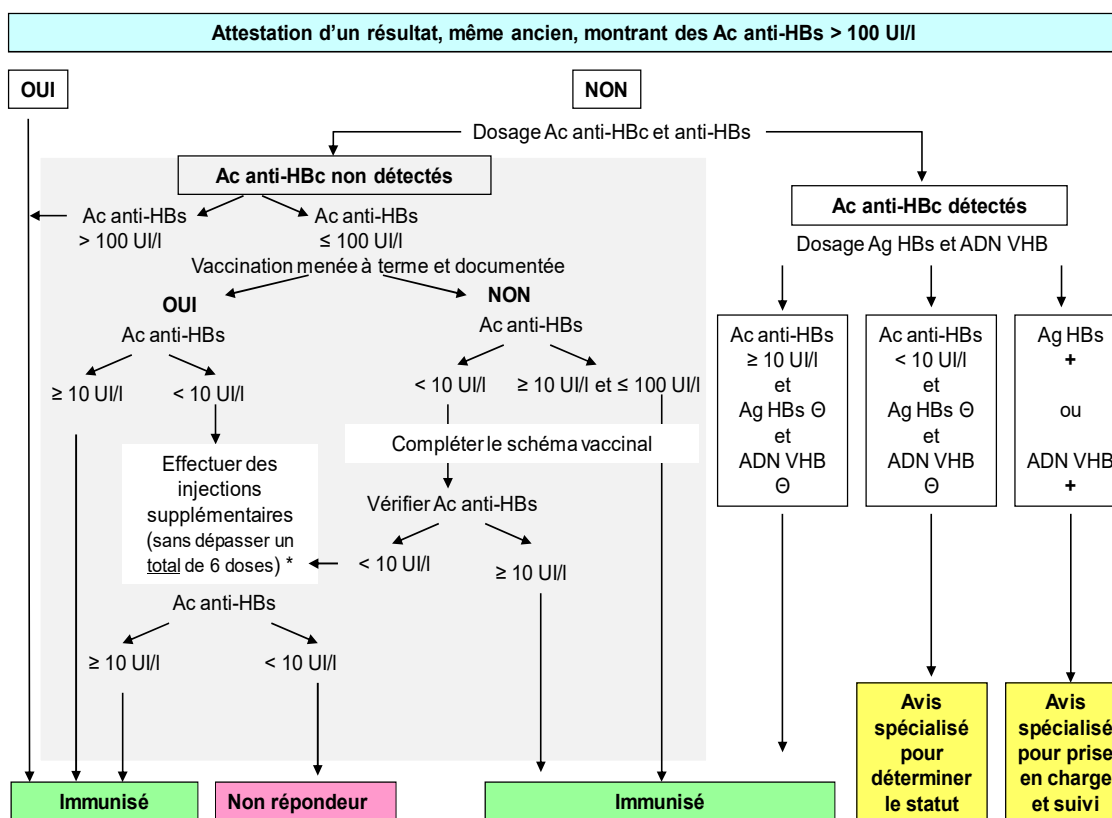
Dans le cas d'absence de vaccination antérieure :

un schéma préférentiel en trois injections, qui respecte un intervalle d'au moins un mois entre chaque injection. Un bilan sanguin avec dosage d'anticorps doit être effectué 3 semaines après le dernier vaccin afin de vérifier l'immunité. Si la sérologie est négative continuer le schéma vaccinal jusqu'à un maximum de 6 injections.

L'immunité doit être acquise pour les premières périodes de stages.

Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 du code de la santé publique

Annexe I



* Sauf cas particulier voir 4° de l'annexe 2 de l'arrêté

Légende : Ac : anticorps ; Ag : antigène ; VHB : virus de l'hépatite B

ANNEXE 3 - AUTORISATION DE PUBLICATION DES RESULTATS

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion et à l'organisation des épreuves d'admission du CFARM. Les destinataires des données sont : le secrétariat et la direction du CFARM, l'ARS et la DRJSCS du Nord Pas de Calais, les membres du jury, les candidats.

Conformément à la loi «informatique et libertés» du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser à Madame la Directrice du CFARM du CHU de LILLE, 2 avenue du Docteur Schweitzer, 59037 LILLE CEDEX.

Les résultats de l'épreuve de sélection seront disponibles :

- **En affichage extérieur le 29 septembre 2023 à 14h00 à l'IGR**
- **Sur Internet à l'adresse suivante : www.cfarm.chu-lille.fr le 29 septembre 2023 à 14h00**

Aucun résultat ne sera donné par téléphone

Cochez la mention que vous choisissez

Je soussigné(e), (nom, prénoms en MAJUSCULES)

.....

autorise le service organisateur de la sélection à l'admission du CFARM du Centre Hospitalier Universitaire de Lille, **à publier mes nom, prénom** sur internet, dans le cadre de la diffusion des résultats de l'admissibilité et de l'admission au concours pour la session de janvier 2024

n'autorise pas le service organisateur de la sélection à l'admission du CFARM du Centre Hospitalier Universitaire de Lille, **à publier mes nom, prénom** sur internet, dans le cadre de la diffusion des résultats de l'admissibilité et de l'admission au concours pour la session de janvier 2024

A Le

Signature