CONSTITUTION DU DOSSIER

Arrêté du 31 juillet 2009 modifié relatif au diplôme d'État d'infirmier
Arrêté du 3 juillet 2023 modifiant l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier
Arrêté du 3 juillet 2023 modifiant l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier - Légifrance (legifrance.gouv.fr)
Instruction N° DGOS/RH1/2023/129 du 2 août 2023 relative à la mise en place d'un parcours spécifique d'accès en 2ème année de formation en soins infirmiers pour les aides-soignants.

Année 2026

IFSI APHM HOPITAL NORD

IFSI porteur IFSI APHM HOPITAL NORD

Le dossier d'inscription complet doit être parvenu à l'IFSI porteur au plus tard

Vendredi 30 janvier 2026

(A 23h59 cachet de la poste faisant foi)

POUR TOUS LES CANDIDATS, fournir :

- **La fiche d'inscription fournie par l'IFSI porteur, dûment remplie ;**
- **1 photo d'identité, nom et prénom indiqués au verso** (à coller sur la fiche d'inscription) **;**
- **La photocopie recto verso d'une pièce d'identité en cours de validité** (sauf permis de conduire) comportant la mention ***« J'atteste la conformité à l'original de la présente copie »*****,** datée et signée
- **2 enveloppes autocollantes à fenêtre (ne rien inscrire sur l'enveloppe)** + **affranchies au tarif en vigueur**
- **Les droits d'inscription** : lors du dépôt du dossier, les candidats doivent s'acquitter du montant des droits d'inscription aux épreuves de sélection qui s'élève à **140 Euros**, payable par chèque bancaire ou postal libellé à l'ordre de la Régie des recettes Hôpital Nord APHM (en précisant au dos : vos nom, prénom) ;

- **Copie D.E. Aide-Soignant**
- **Copie du relevé de carrière ou tout autre justificatif attestant de 3 ans d'expérience professionnelle durant les 5 dernières années**
- **Copie(s) attestation(s) employeurs)**
- **Copie attestation AFGSU**
- **Lettre d'engagement écrite d'inscription au parcours spécifique (annexe jointe)**
- **Lettre de motivation**
- **Curriculum vitae**

- **Si vous êtes bénéficiaire d'un aménagement 1/3 Temps** : joindre à votre dossier d'inscription **l'attestation d'aménagement d'épreuves** établie par un médecin agréé ou la MDPH pour la sélection 2026.

Les éléments en gras sont à fournir impérativement.

TOUT DOSSIER INCOMPLET OU RENDU HORS DÉLAI SERA REJETÉ
AUCUN DOSSIER NE SERA RESTITUÉ

DATES IMPORTANTES

Dates des épreuves écrites : **le vendredi 6 février 2026**
Date des épreuves orales : **du 11 au 25 février 2026 inclus**
Résultats d'admission pré formation : **le vendredi 27 février 2026 à 11h00**
Entretiens de positionnement 1 : **du mercredi 4 mars au mardi 17 mars 2026**
Résultats d'admission en parcours spécifique : le jeudi 19 mars 2026
Date début de formation Parcours spécifique 420 heures : **lundi 30 mars 2026**

IFSI APHM HOPITAL NORD
34 Bd Pierre Dramard 13015 Marseille 04 91 96 80 85 – 04 91 96 85 03

FICHE INSCRIPTION EPREUVES DE SELECTION EN IFSI

ACCES A LA FORMATION PARCOURS SPECIFIQUE 420 heures

INFORMATIONS CNIL : Les informations mentionnées dans ce document feront l'objet d'un traitement automatisé. Conformément à l'article 27 de la loi n°78 du 6 Janvier 1978, chaque candidat bénéficie du droit d'accès au fichier informatique établi par le C.R.I.H pour les informations le concernant.

INSCRIPTION 2026

FPC Accès à la formation Parcours Spécifique

RESERVE A L'ADMINISTRATION

PHOTO

Les résultats peuvent être diffusés sur les sites des instituts.
La réglementation vous autorise à vous opposer à ce que votre nom apparaisse.

Si vous n'autorisez pas la publication de votre nom dans le cadre de la diffusion des résultats, seul votre numéro de candidat sera inscrit.

❒ *Affichage autorisé*
❒ *Affichage non autorisé*

Signature :

Date réception dossier : /__/__/ /__/__/ /__/__/

N° Candidat : .....

IFSI PORTEUR : 03 IFSI APHM HOPITAL NORD

Code IFSI n°1 : .....

Code IFSI n°2 : .....

En application à l'arrêté du 31 juillet 2009 modifié relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, vous êtes invité à formuler 2 choix :

IFSI du choix n°1 : .....
IFSI du choix n°2 (facultatif) : .....

LIBELLER EN LETTRES CAPITALES

NOM .....
NOM MARITAL .....
PRENOM .....
NATIONALITE (en toutes lettres) .....
DATE DE NAISSANCE /__/__/ /__/__/ /__/__/ **SEXE** masculin /__/ féminin /__/
VILLE DE NAISSANCE.....**DEPARTEMENT** /___/
ADRESSE .....
.....
VILLE..... **CODE POSTAL** /__/__/__/__/__/
TEL/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/**PORTABLE**/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/
MAIL..... @.....
N° de sécurité sociale : .....
Date d'expiration de la pièce d'identité : .....

Pièces déposées :

❒ 1 photo d'identité récente

❒ 2 enveloppes autocollantes à fenêtre affranchies au tarif en vigueur

❒ Copie de votre pièce d'identité certifiée conforme à l'originale par vous-même (sauf permis de conduire)

❒ Droits d'inscription de 140 €.
Par chèque à l'ordre de la Régie des recettes Hôpital Nord APHM

Etes-vous en situation de handicap ? ❒ Oui ❒ Non
Si oui, fournir l'attestation d'aménagement d'épreuves établie par un médecin agréé ou la MDPH pour la sélection 2025.

❒ Demande d'aménagement d'épreuves pour candidat en situation de handicap

Candidats répondant aux critères de l'arrêté du 3 juillet 2023 et de l'instruction du 02/08/2023

* Toutes les copies doivent être « certifiée conforme à l'originale » par vous-même

❒ Copie D.E. Aide-Soignant
❒ Copie du relevé de carrière ou justificatifs 3 ans d'expérience professionnelle
❒ Copie(s) attestation(s) employeurs)
❒ Copie attestation FGSU
❒ Engagement écrit d'inscription au parcours spécifique (annexe jointe)
❒ Curriculum vitae
❒ Lettre de motivation

En cas de non-réussite à la sélection FPC spécifique, les candidats sont ajournés et peuvent présenter leur candidature à la session classique.
En l'absence de place sur l'IFSI porteur demandé (quota de 15 atteint) une place vacante pourra être proposée sur un IFSI porteur déficitaire et ce par ordre de mérite au classement FPC.

- Si les places sont toutes pourvues, le candidat est positionné en report, il garde le bénéfice de sa réussite à la sélection FPC mais ne pourra pas intégrer un parcours spécifique et sera en report N+1 en parcours classique. Pas de report en parcours spécifique.

En cas d'échec à l'issue de la formation 420 h du parcours spécifique :

- Au livret de positionnement phase 2 : les candidats gardent le bénéfice de leur sélection et sont classés en report n+1 dans la liste parcours classique : dans l'institut qu'ils auront mentionné leur de leur inscription en parcours spécifique

Je demande mon inscription

- Les droits d'inscription demeurent acquis à l'Institut et ne seront pas remboursés quelle que soit la cause d'empêchement éventuel à concourir, ou en cas de dossier incomplet. En cas d'annulation ou de report de l'épreuve, aucun dédommagement ne sera appliqué.
- Le candidat est tenu de passer les épreuves au lieu indiqué sur la convocation et ne sera pas acceptée dans un autre centre. Le candidat qui n'a pas reçu sa convocation doit impérativement contacter l'institut où il s'est inscrit en amont des épreuves.

« J'atteste avoir pris connaissance du règlement du regroupement (consultable sur le site internet de l'institut site internet de l'institut http://fr.ap-hm.fr/site/ifsin/formation ou à l'institut, et m'engage à le respecter. »
« J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'IFSI APHM HOPITAL NORD (consultable sur le site internet de l'institut : http://fr.ap-hm.fr/site/ifsin/formation) ou à l'institut ».
« Je soussigné atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document. »

Fait à..... le .....

Signature :

Lettre d'engagement parcours spécifique Aide-soignant 2026

Je soussigné(e), ... (nom et prénom du candidat), répondant aux conditions mentionnées à l'article 7 bis de l'arrêté du 31/07/2009 relatif au Diplôme d'Etat d'infirmier :

- demande à bénéficier de la dispense de la première année de formation en soins infirmiers, en raison de mon expérience et de mes compétences acquises en tant qu'aide-soignant,

- m'engage à participer de manière active au parcours spécifique proposé (formation théorique et pratique, accompagnement spécifique assuré par l'infirmier tuteur et le référent cadre formateur en IFSI) et à intégrer la deuxième année de formation en cas de validation de cette phase préparatoire.

Salarié(e) de l'établissement de santé ....., représenté(e) par .....(nom du représentant légal).

En termes de contribution au projet, l'établissement de santé employeur de ..... (nom et prénom du candidat) identifie un infirmier tuteur en charge de l'accompagnement durant les 27 mois de formation qui se dérouleront en deux temps : 3 mois de phase préparatoire puis 24 mois de scolarité.

En tant que partenaire du projet, l'établissement de santé ..... pourra également l'accueillir pour le stage de 5 semaines (séquence 5) en respectant les conditions précisées dans le livret de positionnement du parcours spécifique de formation.

En cas de non validation du parcours spécifique, il est conservé le bénéfice de la sélection par la voie de la formation FPC et la possibilité d'intégrer la formation en soins infirmiers en 1ère année.

Date et signature :

Le Directeur de l'établissement de santé ou son représentant

L'aide-soignant

IFSI APHM HOPITAL NORD
34 Boulevard Pierre Dramard 13015 Marseille
Tél. : 04 91 96 80 85 Fax : 04 91 96 85 48

ATTESTATION

Le Directeur de l'établissement de santé ……., atteste que :

Mme. M.

A intégré cette administration le XX/XX/XXXX, en qualité XXXXXXX.

L'intéressé(e) a effectué, **en qualité d'aide-soignant**, un cumul d'heures travaillées, de XXXXh00 selon la répartition suivante :

	Temps de travail	Nombre d'heures réalisées
2021	XX %	XXXXh00
2022	XX %	XXXXh00
2023	XX %	XXXXh00
2024	XX %	XXXXh00
2025	XX %	XXXXh00
	Total heures réalisées *	XXXXh00

** au moins 4821h en qualité d'aide-soignant sur les 5 dernières années pour intégrer le parcours spécifique*

Fait à Marseille, le XX/XX/2026
Pour le Directeur général,
Par délégation
Le Directeur

Tampon + signature