



Institut de formation en soins infirmiers
et d'aides-soignants

**DEMANDE D'AMENAGEMENT DES EPREUVES
POUR UN CANDIDAT EN SITUATION DE HANDICAP
DANS LE CADRE DES EPREUVES DE SELECTION POUR L'ADMISSION EN
FORMATION EN SOINS INFIRMIERS
DU CH MENTON**

**CANDIDATS EN SITUATION DE HANDICAP DEMANDANT A BENEFICIER DE MESURES
PARTICULIERES LORS DES EXAMENS**

(circulaire n° 2015-127 du 3 août 2015 - Circulaire n° 2011-220 du 27/12/2011

Décret n° 2005-1617 du 21 décembre 2005)

- Remplir le volet administratif DOCUMENT 1 concernant votre identité et la partie concernant votre demande

- Faire remplir par un professionnel de santé (médecin, orthophoniste, ...) qui vous suit le volet DOCUMENT 2 avec un rapport récent concernant la difficulté présentée (dyslexie, dyscalculie ...)

- Transmettre le dossier complet à l'IFSI lors du dépôt de votre dossier d'inscription ou au plus tard à la date de clôture des inscriptions.
La Directrice de l'IFSI du CH MENTON décidera des aménagements accordés en prenant appui notamment sur l'avis rendu par le(s) professionnel(s) de santé et au vu de la réglementation relative aux aménagements d'examens pour les candidats handicapés et de celle propre à la formation en soins infirmiers.

Ce certificat est valable pour ces épreuves uniquement

NB : Depuis la rentrée 2019/2020, il n'est plus nécessaire de transmettre la demande à la MDPH afin qu'un médecin désigné par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) rende un avis circonstancié.

SESSIONS ANNÉE 2024

CANDIDATS EN SITUATION DE HANDICAP DEMANDANT A BENEFICIER DE MESURES PARTICULIERES LORS DES EXAMENS (Cirulaire n°2011-220 du 27/12/2011 - Décret n° 2005-1617 du 21 décembre 2005)

IDENTITÉ DU CANDIDAT

NOM :

PRÉNOM :

Date de naissance : à :

Adresse :

Code postal : Ville Tél :

Candidat à l'examen : **Epreuves de sélection pour l'admission en formation en soins infirmiers année 2024**

Présenté à : **IFSI DU CH MENTON
02, avenue Antoine Péglion – 06500 MENTON**

DEROULEMENT DES EPREUVES :

Une épreuve écrite comportant une sous-épreuve de rédaction et/ou de réponses à des questions dans le domaine sanitaire et social et une sous épreuve de calculs simples.

La sous-épreuve de rédaction et/ou de réponses à des questions dans le domaine sanitaire et social, est d'une durée de 30 minutes. Elle doit permettre d'apprécier, outre les qualités rédactionnelles du candidat, ses aptitudes au questionnement, à l'analyse et à l'argumentation ainsi que sa capacité à se projeter dans son futur environnement professionnel.

Un entretien portant sur l'expérience professionnelle du candidat.

Pour information : l'admission définitive du candidat à l'entrée en formation sera soumise à la production au plus tard le jour de la rentrée d'un certificat médical d'aptitude physique et psychologique à la profession d'infirmier, établi par un médecin agréé par arrêté préfectoral

DEMANDE DU CANDIDAT

Je soussigné(e) :

Sollicite le bénéfice de mesures particulières pour les candidats handicapés en vertu des textes en vigueur.

A le

Nom et signature du candidat :

Veuillez adresser cette demande dûment remplie ainsi que le certificat médical initial (document 2) à l'IFSI DU CH MENTON

DOCUMENT 2

Certificat médical établi par le médecin traitant joint à la demande de mesures particulières établie

**CANDIDATS EN SITUATION DE HANDICAP DEMANDANT A BENEFICIER DE MESURES PARTICULIERES LORS DES
EXAMENS (Circulaire n° 2006-215 du 26 décembre 2006 - Décret n° 2005-1617 du 21 décembre 2005)**

**EPREUVES DE SELECTION
POUR L'ADMISSION EN FORMATION EN SOINS INFIRMIERS
DE L'INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS DU CH MENTON**

SESSIONS ANNÉE 2024

IDENTITÉ DU CANDIDAT

NOM :

PRÉNOM :

Date de naissance :

Candidat à l'examen : SELECTION EPREUVES FPC INFIRMIER

Présenté à : IFSI DU CH MENTON
02, avenue Antoine Pégliion – 06500 MENTON

En date du :

CERTIFICAT MEDICAL DESCRIPTIF INITIAL

Je soussigné(e), Docteur

Certifie avoir examiné le candidat désigné ci-dessus qui présente ce jour :

DOCUMENT 3

Au vu de cet examen médical Je soussigné(e), Docteur
certifie que le candidat : M.

ci-dessus mentionné présente un handicap justifiant la mise en œuvre des mesures particulières suivantes
(à cocher) :

- **Majoration d'un tiers temps :** OUI NON
- Pour les épreuves de type écrit suivantes :
- sous-épreuve de rédaction et/ou de réponses OUI NON
- sous-épreuve de calculs simples OUI NON
- **Assistance d'une secrétaire :** OUI NON
- **Mise à disposition d'une machine à clavier :** OUI NON
- **Autres observations complémentaires (à préciser) :**

A _____ Le _____

Nom – cachet et signature du médecin