

# **INSTITUT DE FORMATION DES CADRES DE SANTÉ DU CHU BREST**

## **DOSSIER D'INSCRIPTION AUX ÉPREUVES DE SÉLECTION**

**Rentrée septembre 2026**

**ADMISSION EN FORMATION CONDUISANT AU  
DIPLÔME D'ÉTAT DE CADRE DE SANTÉ**



## SOMMAIRE

- ◆ **Présentation de l'Institut de Formation des Cadres de Santé.....p. 3**
- ◆ **Conditions d'accès à la formation.....p. 4**
- ◆ **Déroulement et modalités des épreuves de sélection.....p. 5 à 6**
- ◆ **Calendrier des épreuves.....p. 7**
- ◆ **Résultats des épreuves de sélection.....p. 8**
- ◆ **Inscription définitive.....p. 8**
- ◆ **Validité des épreuves de sélection .....** p. 9
- ◆ **Conditions matérielles.....p. 9**
- ◆ **Constitution du dossier d'inscription au concours.....p. 10**
- ◆ **Restitution du dossier d'inscription au concours.....p. 11**
- ◆ **Dossier de candidature à nous retourner.....p. 12 à 22**
  - 📎 Fiches 1, 2, 3, et 4 : Fiches d'inscription /épreuves de sélection 2026
  - 📎 Fiche 5 : Activité professionnelle par ordre chronologique
  - 📎 Fiche 6 : Attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires
  - 📎 Fiche 7 : Attestation de prise en charge des frais de scolarité
  - 📎 Fiche 8 : Diffusion des résultats du concours sur internet
  - 📎 Fiche 9 : Paiement de droit d'inscription au concours d'entrée IFCS

## NOTE À L'ATTENTION DU CANDIDAT

Vous venez de retirer un dossier d'inscription pour les épreuves de sélection à l'admission en formation conduisant au Diplôme d'Etat de Cadre de Santé à l'Institut de Formation des Cadres de Santé du CHU de Brest.

Lisez attentivement ce document qui vous permettra :

- ➔ De connaître les conditions d'admissions aux épreuves de sélection
- ➔ De constituer votre dossier d'inscription dans les meilleures conditions

 Deux réunions d'informations sont prévues à l'IFCS de Brest :

- ▶ **16 décembre 2025 de 17h à 18h30**
- ▶ **08 janvier 2026 de 15h à 16h30**

**Ces réunions ont pour objectif de présenter le déroulement du concours, le projet pédagogique de l'IFCS et de répondre à vos questions. Pas d'inscription nécessaire.**

## PRÉSENTATION DE L'INSTITUT DE FORMATION DES CADRES DE SANTÉ

**L'Institut de Formation des Cadres de Santé de Brest** agréé en 1998 a une capacité d'accueil de 35 étudiants de formation paramédicale.

Il propose une formation de 10 mois sur mode uniquement continu.

**En plus du diplôme cadre de santé, les étudiants préparent un Master Mention Administration Economique et Social, Parcours Management et formation en santé - Cadre de santé, intégrant le DU « Formation aux méthodes pédagogiques innovantes » (CESIM Santé), dans le cadre d'un partenariat avec l'Université de Bretagne Occidentale.**

## CONDITIONS D'ACCÈS À LA FORMATION

Conformément aux prescriptions réglementaires, les candidats à la sélection devront remplir les conditions prévues à l'article 4 de l'arrêté du 18 août 1995 modifié.

◆ **Être titulaire d'un diplôme permettant d'exercer une des professions suivantes :**

- Audioprothésiste
- Diététicien(ne)
- Ergothérapeute
- Infirmier(e) et Infirmier(e) spécialisé(e)
- Kinésithérapeute
- Manipulateur(trice) en électroradiologie médicale
- Opticien(ne) lunetier
- Orthophoniste
- Orthoptiste
- Pédicure podologue
- Préparateur(trice) en pharmacie
- Psychomotricien(ne)
- Technicien(ne) de laboratoire

◆ **Justifier de quatre années (au moins) d'exercice de la profession (en équivalence temps plein) dans la profession d'origine et ce au 31 janvier de l'année des épreuves de sélection.**

◆ **Adresser un dossier d'inscription au concours.** Le dossier d'inscription complété accompagné de tous les documents demandés est à adresser à Alain TROADEC Directeur de l'IFCS (adresse indiquée à la page 11) **entre le 2 janvier et le 13 février 2026.**

◆ **Satisfaire aux épreuves d'admissibilité et d'admission**

# DÉROULEMENT ET MODALITÉS DES ÉPREUVES DE SÉLECTION IFCS BREST

Conformément à l'article 8 de l'arrêté du 18 août 1995 modifié relatif au diplôme de cadre de santé,

## I. La sélection comporte :

④ **Une épreuve d'admissibilité**, écrite et anonyme ; cette épreuve, d'une durée de quatre heures, notée sur 20, consiste en un commentaire d'un ou plusieurs documents relatifs à un sujet d'ordre sanitaire ou social. Elle a pour but de tester les capacités d'analyse et de synthèse du candidat, son aptitude à développer et argumenter ses idées par écrit. L'ensemble des membres du jury est réparti par son président en trois groupes de deux personnes, de façon à assurer une double correction ; à l'issue de celle-ci, le président du jury dresse la liste des candidats admissibles. Ne peuvent être déclarés admissibles que les candidats ayant obtenu une note égale ou supérieure à 10 sur 20.

④ **Une épreuve d'admission** à partir d'un dossier de **4 pages** (hors CV) rédigé par le candidat :

**Le support de l'épreuve orale est un dossier** (dossier différent du dossier de candidature) rédigé par le candidat et envoyé au **secrétariat de l'IFCS de Brest en version numérique (ifcs@ifps-brest.bzh) et en version papier (3 exemplaires)** et composé :

- ◆ D'un curriculum vitae, précisant le déroulement de carrière, les formations et diplômes (**2 pages maximum**)
- ◆ D'une présentation personnalisée (**4 pages maximum de l'introduction à la conclusion, hors page de garde, sommaire**) portant sur :
  - 1) Son expérience et ses perspectives professionnelles, sa participation à des travaux, études, publications, groupes de réflexion, actions de formation et, éventuellement, les responsabilités exercées dans des organismes ou associations ;
  - 2) Ses conceptions et ses projections de la fonction de cadre.

### Format :

**Taille police souhaitée : 12 – Police : Times New Roman ou Arial**  
**Interlignes : 1,5**

Cette épreuve, notée sur 20, dont l'évaluation est assurée par trois membres du jury désignés par son président comporte, outre l'examen du dossier, un exposé oral de dix minutes, au cours duquel le candidat présente son dossier, et un entretien de vingt minutes.

**L'évaluation de cette épreuve porte sur : ▶ le dossier ▶ l'exposé ▶ l'entretien.**

## **II. La note finale est la somme de la note d'admissibilité et de la note d'admission.**

Ne peuvent être déclarés admis que les candidats dont la note finale est égale ou supérieure à 20 sur 40, sans que la note d'admission soit inférieure à 10 sur 20.

Le jury, réuni en formation plénière, dresse la liste des candidats admis, ainsi qu'une liste complémentaire destinée à pourvoir les places vacantes en cas de désistement.

☞ Les candidats aux épreuves d'admission présentant un handicap peuvent déposer une demande d'aménagement des épreuves. Ils adressent leur demande à l'un des médecins désignés par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées et en informent les instituts de formation.

## CONVOCATIONS

- ◆ Les convocations à l'épreuve écrite seront envoyées par courrier et par mail après la date de clôture (13 février 2026) et une fois tous les dossiers reçus et saisis.
- ◆ Les convocations à l'épreuve orale seront envoyées par courrier et par mail après la date limite de réception des dossiers professionnels (20 mars 2026).

# CALENDRIER DES ÉPREUVES DE SÉLECTION

## CALENDRIER 2026

### ⇒ DÉPÔT DES DOSSIERS D'INSCRIPTION

- Entre le **2 janvier et le 13 février 2026** (cachet de la poste faisant foi)

### ⇒ ADMISSIBILITÉ

- |                             |  |
|-----------------------------|--|
| • Epreuve écrite            | → <b>Lundi 02 mars 2026 de 13h30 à 17h30</b> |
| • Jury d'admissibilité      | → <b>Mercredi 11 mars 2026</b>               |
| • Publication des résultats | → <b>Jeudi 12 mars 2026 à partir de 15h</b>  |

### ⇒ ADMISSION

- |  |   |
|--|---|
| • Dossier professionnel (Curriculum-vitae et projet professionnel, en 3 exemplaires) à remettre au secrétariat de l'IFCS contre émargement ou à envoyer par la poste, pour le <b>20 mars 2026 (cachet de la poste faisant foi)</b> . |   |
| • Epreuve orale  | → <b>du 02 au 03 avril 2026</b>               |
| • Jury d'admission   | → <b>Mardi 07 avril 2026</b>                  |
| • Publication des résultats  | → <b>Jeudi 09 avril 2026 à partir de 15 h</b> |

## LES RÉSULTATS D'ADMISSIBILITÉ ET D'ADMISSION

Les résultats des épreuves d'admissibilité et d'admission seront :

- consultables sur le site internet : [www.ifps-brest.bzh](http://www.ifps-brest.bzh)
- affichés à l'extérieur du bâtiment de l'institut IFCS.

**Ces dates sont communiquées  
sous réserve de modifications éventuelles.**

## RÉSULTATS DES ÉPREUVES DE SÉLECTION

L'admission est prononcée par le **jury réuni en formation plénière**.

La note finale est la somme de la note d'admissibilité et de la note d'admission.

**Ne peuvent être déclarés admis que les candidats dont la note finale est égale ou supérieure à 20 sur 40, sans que la note d'admission soit inférieure à 10 sur 20.**

Le jury dresse la liste des candidats admis en fonction des quotas de l'Institut ainsi qu'une liste complémentaire destinée à pourvoir les places vacantes en cas de désistements ou de reports.

Les candidats, admis et non admis, recevront par la suite un courrier avec leurs résultats.

**Les listes d'admission sont consultables sur internet :**

[www.ifps-brest.bzh](http://www.ifps-brest.bzh)

## INSCRIPTION DÉFINITIVE

Le candidat admis recevra ses notes par écrit accompagnées d'un coupon-réponse à retourner à Monsieur le Directeur de l'IFCS pour le **27 mai 2026** par mail ou par courrier.

## VALIDITÉ DES ÉPREUVES DE SÉLECTION

**Article 9 (Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé):** «Les résultats des épreuves d'admission ne sont valables que pour la rentrée en vue de laquelle les épreuves ont été organisées. Le Directeur de l'Institut accorde un report de droit d'une année en cas de départ au service national, de congé de maternité, de congé d'adoption ou de congé de garde d'un enfant de moins de quatre ans. Il accorde également un report de droit d'une année, renouvelable une fois, en cas de rejet de demande d'accès à la formation professionnelle ou à la promotion sociale, de rejet de demande de congé de formation ou de rejet de demande de mise en disponibilité.

En outre, en cas de maladie, d'accident ou si le candidat apporte la preuve de tout autre événement grave lui interdisant d'entreprendre ses études au titre de l'année en cours, un report de scolarité d'une année peut être accordé par le Directeur de l'Institut, après avis du Conseil Technique ».

## CONDITIONS MATÉRIELLES

- **Droit d'inscription au concours :** 200 €
- **Frais de scolarité :** 12 100 €

Ces frais seront à régler suite à une convention établie par le CHU de BREST et adressée à l'établissement d'origine ou au candidat si celui-ci finance sa formation.

La prise en charge financière de la formation peut être assurée soit par :

- ◆ L'employeur
- ◆ Le CPF de transition professionnelle
- ◆ L'ANFH
- ◆ Autres

Vous avez la possibilité de solliciter auprès de votre établissement employeur un congé individuel de formation.

# CONSTITUTION DU DOSSIER D'INSCRIPTION AU CONCOURS

## PIÈCES À FOURNIR POUR LA RECEVABILITÉ DU DOSSIER D'INSCRIPTION

- 1. Une **lettre manuscrite d'inscription** au concours adressée à Monsieur le Directeur de l'Institut de Formation des Cadres de Santé.
- 2. La **fiche d'inscription (4 volets)** remise par l'IFCS complétée avec **1 photo d'identité collée en haut à droite.** ↗ **Fiches 1, 2, 3, et 4**
- 3. Une **photocopie de vos diplômes :**
  - Baccalauréat
  - Diplôme de formation initiale et spécialisée (recto-verso)
  - L'attestation RPPS (anciennement ADELI), ou l'enregistrement des diplômes
  - Diplômes universitaires
- 4. Une photocopie de votre **carte nationale d'identité ou passeport recto-verso et en cours de validité.** Cette pièce d'identité sera exigée lors des épreuves écrites et orales. Elle doit donc être en cours de validité lors des épreuves.
- 5. Une **attestation de l'employeur**, ou des employeurs, justifiant des **4 années d'exercice** requis au 31 janvier de l'année des épreuves de sélection, **ou pour les candidats exerçant dans le secteur libéral : un certificat d'identification** établi par la ou les Caisse(s) Primaire(s) d'Assurance Maladie du secteur de votre exercice et une attestation d'inscription au rôle de la patente ou de la taxe professionnelle pour la période correspondant à votre exercice établie par les services fiscaux de votre lieu d'exercice et tous autres documents permettant de justifier des modes d'exercice. ↗ **Fiche 5**
- 6. Un **certificat médical original** émanant d'un médecin **agrémenté**<sup>1</sup> attestant l'aptitude physique et l'absence de contre-indication au suivi de la formation.
- 7. L'**attestation ARS d'immunisation et de vaccinations obligatoires** prévues par l'article L. 10 du Code de la Santé Publique (hépatite B, diphtérie, tétanos, poliomyélite) et l'article L. 215 du Code de la Santé Publique (BCG). ↗ **Fiche 6**
- 8. Une **attestation de prise en charge** ou de demande de prise en charge des frais de scolarité par votre employeur ou l'organisme de financement concerné ↗ **Fiche 7**
- 9. L'**autorisation de diffusion sur internet des résultats au concours.** ↗ **Fiche 8**
- 10. Un **chèque** de deux cents euros (200 €) à l'ordre de Monsieur Le Trésorier Principal du CHU de BREST pour passer les épreuves du concours, pour couverture des frais d'inscription (non remboursables en cas de désistement) ↗ **Fiche 9**

Sur les photocopies, vous porterez la mention suivante :

**« Je soussigné(e) (NOM et prénom) certifie cette copie conforme à l'original » + date et signature.**

<sup>1</sup> Vous pouvez vous procurer la liste des médecins agréés, auprès de l'Agence Régionale de Santé – Direction Départementale de votre département

## RESTITUTION DU DOSSIER D'INSCRIPTION AU CONCOURS

Le dossier est à adresser **COMPLET, EN IMPRESSION RECTO**

**Entre le 2 janvier et le 13 février 2026 dernier délai** 

⇒ en recommandé avec accusé de réception (cachet de la poste faisant foi) à :

Monsieur TROADEC Alain, Directeur  
Institut de formation des Cadres de Santé  
Institut de Formation des Professionnels de Santé  
CHU Cavale Blanche – Boulevard Tanguy Prigent  
29609 BREST Cedex

**OU**

⇒ à déposer directement au secrétariat de l'IFCS du CHU de Brest  
qui vous fera signer une liste d'émargement mentionnant la date de dépôt

### **Attention**

- ✓ Les dossiers parvenus après la date limite seront refusés (cachet de la poste faisant foi)
- ✓ Aucun dossier ne sera vérifié lors du dépôt/réception au secrétariat
- ✓ La complétude du dossier est à votre charge et est un critère de sélection
- ✓ Les dossiers incomplets ne seront pas examinés et seront renvoyés aux candidats

## INSTITUT DE FORMATION DES CADRES DE SANTÉ

### Dossier de candidature ≥ Année 2026 ≤

NOM de famille (naissance) : .....

NOM d'usage : .....

Prénom : .....

➔ Dossier à retourner, **EN IMPRESSION RECTO**, à :

**Alain TROADEC - Directeur IFCS  
Institut de Formation des Professionnels de Santé  
Centre Hospitalier Universitaire - Hôpital de la Cavale Blanche  
Boulevard Tanguy Prigent  
29609 BREST Cedex**

Pour tout renseignement sur le concours, contacter :

**Nadège TIFON, Secrétaire pédagogique de l'IFCS BREST**  
📞 02.30.33.77.34  
✉️ ifcs@ifps-brest.bzh

*Les informations mentionnées dans ces documents font l'objet d'un traitement informatisé. Elles sont indispensables à la prise en compte de votre candidature. Elles pourront être transmises à toute personne ou organisme participant au déroulement des épreuves de sélection. Conformément à l'article 27 de la loi du 7 janvier 1978, chaque candidat bénéficie du droit d'accès et de rectification au dossier informatique le concernant. Par ailleurs, vos noms et prénoms pourront être diffusés sur Internet. Vous pouvez vous y opposer à tout moment.*

**FICHE 1**  
**FICHE D'INSCRIPTION**  
**AUX ÉPREUVES DE SÉLECTION 2026**

**⚠ Toutes les fiches du dossier sont à retourner dûment complétées  
Merci de respecter la composition de ce dossier et de ne pas joindre  
de fiches appartenant à un autre IFCS**

**Nom d'usage :** .....

**Nom de naissance :** .....

**Prénoms :** .....

**Age :** .....

**Adresse de résidence du candidat :** .....

.....

**CP :** ..... **Ville** ..... **Département :** .....

**Date de naissance :** ..... **Lieu de naissance :** .....

**Département de naissance :** .....

**N° immatriculation sécurité sociale :** ..... **clé** .....

**Téléphone :** **Personnel** .....

.....

.....

**Email :** **Personnel** .....

.....

**FICHE 2**

**FICHE D'INSCRIPTION**  
**AUX ÉPREUVES DE SÉLECTION 2026**

**Niveau d'enseignement général et supérieur**

<b>DIPLÔME(S) OBTENU(S)</b>	<b>Lieu d'obtention</b>	<b>Année</b>
BEP, CAP, BEPC (niveau ou diplôme) ou fin 2 <sup>nde</sup> ou 1 <sup>ère</sup>		
Niveau fin terminale		
Baccalauréat : Série .....	n°	
Equivalence Baccalauréat		
BTS		
DUT		
DEUG – DEUST		
Licence		
Diplôme 2 <sup>ème</sup> cycle d'enseignement universitaire (à préciser)		
Diplôme 3 <sup>ème</sup> cycle d'enseignement universitaire (à préciser)		
Etudes Médicales, dentaires ou pharmaceutiques antérieures		

<b>ANGLAIS</b>	<b>Lu</b>	<b>Ecrit</b>	<b>Parlé</b>	<b>Compris</b>
Débutant				
Initié (préciser le niveau scolaire)				
Confirmé				
Maîtrise				

<b>INFORMATIQUE</b>	<b>WORD</b>	<b>EXCEL</b>	<b>POWERPOINT</b>	<b>LOGICIELS Type Linux</b>
Débutant				
Initié				
Confirmé				
Expert				

<b>DIPLÔME(S) PROFESSIONNEL(S)</b>			
<b>Diplôme</b>	<b>Case(s) à cocher</b>	<b>Nom et ville de l'institut où a été obtenu le diplôme</b>	<b>Date d'obtention</b>
<b>Filière Infirmière</b>			
Infirmier(e)			
<b>Spécialisation : IADE, IBODE, PUER</b>			
<b>Filière de rééducation</b>			
Ergothérapeute			
Masseur Kinésithérapeute			
Pédicure Podologue			
Psychomotricien			
Diététicien			
Orthoptiste			
Orthophoniste			
<b>Filière médico-technique</b>			
Manipulateur en électroradiologie médicale			
Préparateur en pharmacie			
Technicien de laboratoire			
Audioprothésiste			
Opticien lunetier			

Je soussigné(e), atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur cette page.

**Nom d'usage :** .....

**Nom de naissance :** .....

**Prénoms :** .....

**Situation administrative actuelle**

► **Position administrative :**

Activité       Congé parental       Autre (laquelle) : .....

**Grade :** .....

**Statut (titulaire, stagiaire) :** .....

**Nom, adresse, statut de l'employeur :** .....

.....  
.....  
.....  
.....

**Nom du service d'affectation :** .....

.....

**N° de téléphone :** .....

④ **Avez-vous posé votre candidature dans d'autres instituts ?**

Oui       Non

Si oui, lesquels ?

.....

④ **Avez-vous suivi une préparation au concours ?**

Oui       Non

Si oui, en quelle année ? .....

avec quel organisme ? .....

**Validez ce document (date et signature)**

**Fait à**

**le**

**Signature :**

Nom d'usage : .....

Nom de naissance : .....

Prénoms : .....

**Situation professionnelle actuelle**

- Audioprothésiste
- Diététicien(ne)
- Ergothérapeute
- Infirmier(e)
- Infirmier(e) spécialisé(e)
- Kinésithérapeute
- Manipulateur(trice) en électroradiologie médicale
- Opticien(ne) lunetier
- Orthophoniste
- Orthoptiste
- Pédiatrie podologue
- Préparateur(trice) en pharmacie
- Psychomotricien(ne)
- Technicien(ne) de laboratoire

④ Avez-vous une expérience de faisant fonction de cadre ?       OUI       NON

Si oui, merci de préciser :

- en service de soins
- en école ou institut
- autre (lequel) .....

④ Êtes-vous inscrit à un Ordre professionnel ?       OUI       NON  
(donnée à visée statistique uniquement)

## FICHE 5

### ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE PAR ORDRE CHRONOLOGIQUE EN ÉQUIVALENT TEMPS PLEIN

Etablissement(s) employeur(s)			Emploi et type de contrat (2)	Dates		Durées Temps		Total temps de travail (en mois et/ou années)
NOM	ADRESSE	Secteurs d'activité (1)		Début	Fin	Plein	Partiel	
<b>TOTAL TEMPS DE TRAVAIL</b>							soit.....ans	

(1) Préciser : Hôpital public, Etablis. Privé, EHPAD, Médico-social, Educatif, Autre. : .....

(2) Exemple : CDD, CDI...

❖ **Joindre obligatoirement les certificats de travail certifiés** avec indication du pourcentage du temps **seulement sur une période de quatre ans à temps plein ou une durée de quatre ans d'équivalent temps plein au 31 janvier de l'année des épreuves de sélection** (ne pas adresser tous les justificatifs de votre carrière)

Fait à : ..... Le : ..... Signature :

**FICHE 6**

**ATTESTATION MÉDICALE D'IMMUNISATION ET  
DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES**

des personnes mentionnées à l'article L3111-4 du code de la santé publique

Je, soussigné(e) Docteur .....

Certifie que : Nom de naissance ..... Nom d'usage .....

Prénom : ..... Né(e) le...../...../.....

En formation de : .....

Est immunisé(e) :

- Contre la DIPHTERIE, le TETANOS et la POLIOMYELITE :

Dernier rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N° lot

- Contre l'HEPATITE B, selon les conditions définies au verso, il/elle est considéré(e) comme :  
(rayer les mentions inutiles)

- Immunisé(e) contre l'HEPATITE B :	<b>oui</b>	<b>non</b>
- Non répondeur (se) à la vaccination (après l'administration de 6 doses) :	<b>oui</b>	<b>non</b>
- Nécessitant un avis spécialisé	<b>oui</b>	<b>non</b>

- Par le BCG\*       OUI       NON

Nom du vaccin intradermique ou Monovax®	Date du vaccin	N° lot

\*Un arrêté du 27 février 2019 a suspendu l'obligation de vaccination par le BCG.

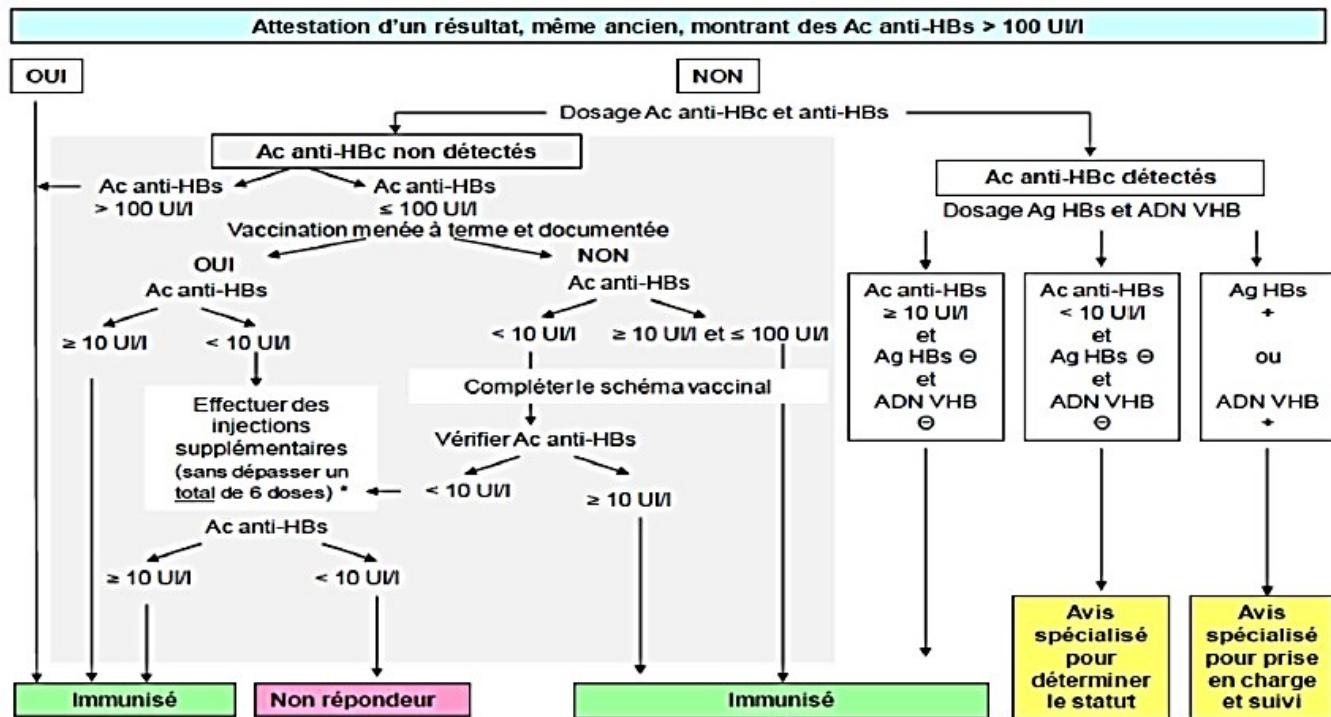
IDR à la tuberculine*	Date	Résultat (en mm)

\*L>IDR de référence est obligatoire : Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiniques.

**SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN**

**Nota bene :** Selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour les étudiants et professionnels de santé, il est par ailleurs recommandé d'être immunisé contre **la COVID-19, la coqueluche, la rougeole, la rubéole et les oreillons (ROR), la varicelle et la grippe saisonnière**, ainsi que contre l'hépatite A pour les personnes s'occupant d'enfants n'ayant pas atteint l'âge de la propreté (par exemple personnels des crèches, assistants maternels...) et – des structures collectives d'accueil pour personnes handicapées.

**Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des personnes mentionnées à l'article L.311-4 et dont les conditions sont fixées par l'arrêté du 2 août 2013**



\* Sauf cas particulier voir 4<sup>e</sup> de l'annexe 2 de l'arrêté

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

### Textes de référence

- Articles L.3111-1, L.3111-4 et L.3112-1 du code de la santé publique (CSP).
- Arrêté du 15 mars 1991 fixant la liste des établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins dans lesquels le personnel exposé doit être vacciné, modifié par l'arrêté du 29 mars 2005 (intégration des services d'incendie et de secours).
- Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiniques.
- Arrêté du 6 mars 2007 relatif à la liste des élèves et étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des autres professions de santé pris en application de l'article L.3111-4 du CSP.
- Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux (Titre III).
- Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L.3111-4 du CSP.
- Calendrier vaccinal en vigueur (cf.<https://vaccination-info-service.fr/>)

## FICHE 7

### ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE SCOLARITÉ DE LA FORMATION DE CADRE DE SANTÉ 2026 (article 6, alinéa 4 de l'arrêté du 18 Août 1995 modifié)

#### ④ A compléter par l'employeur

Je, soussigné(e) .....

ÉTABLISSEMENT .....

Atteste que, sous réserve de son admission à la formation Cadre de Santé en septembre 2026,

Madame / Monsieur .....

Grade .....

- sera pris en charge par l'établissement pour le coût de la scolarité afférent à cette formation.
- sera en mesure de produire une attestation de demande de prise en charge du coût de la scolarité afférent à cette formation : 12 100 €

Date .....

Qualité .....

Signature et cachet de l'établissement :

#### ④ En cas de non-prise en charge par l'employeur, partie à compléter par le candidat

- Participation financière avec CPF
- Autofinancement

## FICHE 8

### DIFFUSION DES RÉSULTATS DU CONCOURS 2026 SUR INTERNET

Madame, Monsieur,

Nous diffusons sur notre site internet : [www.ifps-brest.bzh](http://www.ifps-brest.bzh) des informations vous concernant dans le cadre de la publication des résultats aux épreuves de sélection écrite et orale.

Ces informations sont les suivantes :

**Nom de naissance  
et/ou nom d'usage  
Prénom**

Nous ne pouvons vous garantir que ces informations ne seront pas captées par un tiers et dans ce cas nous ne pouvons en contrôler l'utilisation.

Vous avez la possibilité de vous opposer à une telle diffusion, si vous ne complétez pas cette fiche, votre accord sera réputé acquis. Vous pourrez, toutefois, nous faire part à tout moment de votre souhait que la diffusion de données vous concernant sur internet cesse.

Vous avez conformément à l'article 34 de la loi « information et libertés du 6 janvier 1978, un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression vous concernant.

Pour exercer ce droit, adressez-vous à l'IFCS du CHU de BREST pour les informations diffusées sur notre site.

**Nom d'usage :** .....

**Nom de naissance :** .....

**Prénoms :** .....

Date et signature dans la case choisie

ACCORD	REFUS

**PAIEMENT DES DROITS D'INSCRIPTION  
AU CONCOURS D'ENTRÉE IFCS 2026**

**CHU DE BREST**

N° identification : 53 29 P 01 56 29

N° Siret : 290001200010

**Nom d'usage :** .....

**Nom de naissance :** .....

**Prénoms :** .....

**Date de naissance :** .....

**Adresse :** .....

.....  
.....

**Date du chèque :** .....

**Identification du payeur :** .....

**🚫 Merci de ne rien inscrire au dos du chèque**

**⌚ Le chèque et ce document sont à nous adresser avec le dossier d'inscription.**

**Fait à ..... , le ..... Signature :**

---

**ⓘ Une attestation de paiement des droits d'inscription vous sera remise  
le jour de l'épreuve d'admissibilité.**

-----

**J'attire votre attention sur le fait que sans réception du chèque d'inscription  
le dossier est considéré comme incomplet.**