

**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
DE L'IFSI SAINTE MARIE**

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

(circulaire n° 2015-127 du 3 août 2015 - Circulaire n° 2006-215 du 26 décembre 2006
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 SAINTE MARIE 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.

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)

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 rentrée 2021**

Présenté à : **IFSI SAINTE MARIE LA GAUDE
9337, route de St Laurent – Quartier Plan du Bois - 06610 LA GAUDE**

DEROULEMENT DES EPREUVES :

L'épreuve de sélection consiste en :

- Un entretien portant sur l'expérience professionnelle du candidat :

L'entretien d'une durée de vingt minutes est noté sur 20 points. Il s'appuie sur la remise d'un dossier permettant d'apprécier l'expérience professionnelle, le projet professionnel et les motivations du candidat ainsi que ses capacités à valoriser son expérience professionnelle.

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 SAINTE MARIE lors du dépôt de votre dossier d'inscription.

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)

**ÉPREUVES DE SÉLECTION
POUR L'ADMISSION EN FORMATION EN SOINS INFIRMIERS
DE L'INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS SAINTE-MARIE**

SESSION DE 2021

IDENTITÉ DU CANDIDAT

NOM :

PRÉNOM :

Date de naissance :

Candidat à l'examen : **ÉPREUVES DE SÉLECTION EN IFSI**

Présenté à : IFSI SAINTE MARIE LA GAUDE
9337, route de St Laurent – Quartier Plan du Bois - 06610 LA GAUDE

En date du : **SESSION 2021**

CERTIFICAT MEDICAL DESCRIPTIF INITIAL

Je soussigné(e), Docteur

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



IFSI

Centre Hospitalier Sainte-Marie
NICE



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 l'épreuve de type oral

- **Observations ou mesures complémentaires (à préciser) :**

A

Le

Nom – cachet et signature du médecin