

2

SIMULATION A L'ENTRETIEN D'ADMISSION EN
INSTITUT DE FORMATION DES CADRES DE SANTÉ

Public concerné : Professionnel paramédical avec un projet de cadre de santé

Pré-requis : Professionnel paramédical ayant obtenu l'admissibilité à une épreuve écrite d'un concours d'entrée en IFCS. Se munir de son dossier professionnel (en format papier)

OBJECTIFS

- Démystifier la situation d'entretien
- S'entraîner à une épreuve orale dans les conditions du concours

DÉMARCHE ET MÉTHODES PÉDAGOGIQUES

Démarche inductive

Méthode active basée sur l'engagement et la participation du professionnel

MOYENS PÉDAGOGIQUES

Simulation avec un jury en interactivité devant un collectif de candidats inscrits sur la journée

CONTENU

- Rappel sur les attendus du dossier professionnel
- Rappel du déroulement de l'épreuve orale

MODALITÉS D'ÉVALUATION

Bilan de formation réalisé en fin de formation pour mesurer l'atteinte des objectifs

Évaluation de la satisfaction de la journée

INTERVENANTS

Cadre supérieur de Santé ou Cadre de Santé Paramédical

Psychologue

DURÉE

1 journée

TARIFS (TARIFS 2020)

219 €

MODALITÉS D'INSCRIPTION

<https://www.chu-tours.fr/Accueil/rubrique> : « Étudier/Se former » ; « Formations continues » ; « Formations IFPS » ; « Simulation à l'entretien oral d'admission en Institut de Formation des Cadres de Santé »

CLÔTURE DES INSCRIPTIONS

31 mars 2021

Nombre de participants limité à 10 par groupe

La liste des participant(e)s retenu(e)s pour la formation sera constituée au fur et à mesure de la réception des inscriptions

LIEU DE FORMATION

IFPS

DATE(S)

6 avril 2021

OU

7 avril 2021

CONTACT

02 47 47 59 36

secretariat.ifcs@chu-tours.fr

FICHE DE PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE DES FORMATIONS CONTINUES IFCS 2021

(À COMPLÉTER OBLIGATOIREMENT)

Prise en charge financière par :

Votre employeur (joindre l'attestation de prise en charge)

ANFH (joindre l'attestation de prise en charge)

Vous-même

Autres

Je soussigné(e) Madame, Monsieur

m'engage à régler les frais d'inscription de la formation précitée à l'IFCS du C.H.U. de Tours.

Fait à, le

Signature

Adresse de l'employeur :

Téléphone :

Correspondant Formation Continue :

Téléphone :

Mail :

Téléphone professionnel :

Mail professionnel :

Service actuel :

Fonction exercée :

ENGAGEMENT DE FINANCEMENT PERSONNEL

Je soussigné(e) Madame, Monsieur
m'engage sur l'honneur à régler les frais de la formation
qui se tiendra du au 2021, d'un montant de €, à l'Institut de
Formation des Cadres de Santé du C.H.U. de Tours.

Fait à, le

Signature

FICHE D'IDENTIFICATION POUR LES FORMATIONS CONTINUES IFCS 2021

MADAME MONSIEUR

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

COORDONNÉES PERSONNELLES (SOUHAIÉES)

Adresse :

Téléphone :

Mail :

COORDONNÉES PROFESSIONNELLES

Nom de l'employeur :

Raison sociale :

Adresse de l'employeur :

Téléphone :

Correspondant Formation Continue :

Qualité :

Téléphone :

Mail :

Téléphone professionnel :

Mail professionnel :

Service actuel :

Fonction exercée :