



Madame, Monsieur,

Directrice

Isabelle Bouyssou

Directrice adjointe

Sylvie Saint-Germain

Accueil

Tél. : 01 44 12 35 23

Formation infirmière

Tél. : 01 44 12 82 48

: 01 44 12 83 85

Fax : 01 44 12 82 43

Formation aide-soignante

Tél. : 01 44 12 34 64

Fax : 01 44 12 32 31

**Formation auxiliaire de
puériculture**

Tél. : 01 44 12 80 27

Fax : 01 44 12 32 31

Formation continue

Tél. : 01 44 12 80 27

Fax : 01 44 12 32 31

N° déclaration d'activité :

11 75 49587 75

N° d'enregistrement ODPC :

1176

Adresse postale :

IFSI
Groupe hospitalier Paris Saint-Joseph
185 rue Raymond Losserand
75674 Paris cedex 14

Entrée de l'IFSI :

96 rue Didot
75014 Paris

Suite à votre demande de dossier d'inscription à la **Préparation aux Concours d'Entrée en Formation Aide-soignante et Auxiliaire de puériculture**, nous vous adressons :

- Une fiche pédagogique.
- Une fiche d'inscription.

Si votre employeur prend en charge votre formation, veuillez lui faire apposer sa signature sur la fiche d'inscription à la rubrique le concernant, une convention lui sera alors envoyée.

Dès réception de ces documents, veuillez retourner à :

INSTITUT de FORMATION en SOINS INFIRMIERS
Groupe Hospitalier Paris Saint Joseph
185 rue Raymond Losserand - 75674 PARIS Cedex 14

- La fiche d'inscription dûment remplie et signée,
- Le chèque du montant global de la formation à l'ordre de « IFSI – Groupe Hospitalier Paris Saint Joseph » qui sera débité durant la première semaine de votre formation. (Aucun règlement par mandat ou en espèces ne sera accepté).
- 3 enveloppes timbrées au tarif en vigueur et libellées à votre adresse.


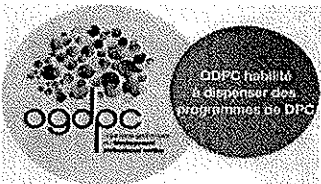
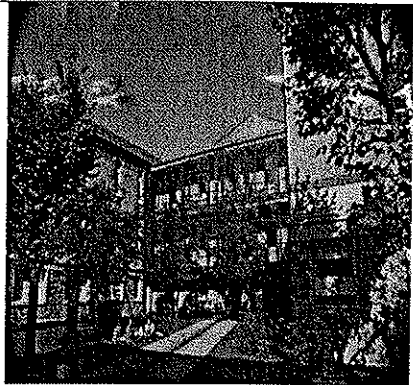
Toute demande d'annulation doit être faite à l'IFSI, 15 jours avant la date d'ouverture du stage. Les absences constatées à l'ouverture du stage, sans que l'organisme formateur n'en ait été prévenu dans les délais mentionnés ci-dessus, donnent lieu à facturation de 50% des frais de participation. Toute formation commencée est due dans son intégralité.

Si le nombre de candidats inscrits est supérieur à 15, nous serons contraints d'élaborer une liste principale et une liste d'attente en tenant compte de la date d'arrivée des dossiers, le cachet de la poste faisant foi.

Restant à votre disposition pour tous renseignements complémentaires, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.



Isabelle BOUYSSOU
Directrice

 <p>Groupe hospitalier Paris Saint-Joseph</p> 	<p>Institut de Formation en Soins Infirmiers</p> <p>Formation Continue</p> <p>Préparation aux concours Aide-Soignant Auxiliaire de Puériculture</p> <p>Session Intensive Epreuve Orale</p>	
--	--	---

CONTENUS PRINCIPAUX

Apprendre à organiser et à synthétiser ses idées
 Transmettre oralement ses idées
 Gérer la situation d'épreuve orale
 Construire et communiquer sa motivation personnelle

METHODES PEDAGOGIQUES

Présentation de l'épreuve orale d'admission
 Apports théoriques sur l'expression des motivations
 Jeux de rôle
 Simulations de mise en situation d'épreuve orale d'admission

ORGANISATION

Groupe de 15 personnes
 Durée : 35 h réparties sur 5 jours

Horaires : 9 h - 17 h

Mercredi 01 avril 2015
Mercredi 06 mai 2015
Mercredi 27 mai 2015
Mercredi 17 juin 2015
Mercredi 08 juillet 2015

COUT PEDAGOGIQUE

374 € à titre individuel ou autre qu'employeur
 534 € prise en charge employeur dans le cadre de la formation continue

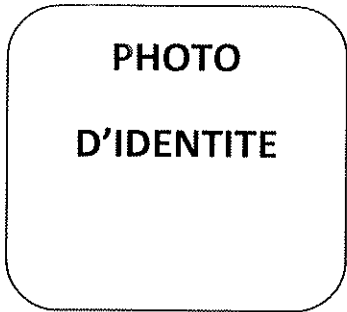
CONTACTS ET INSCRIPTIONS :

Le secrétariat est ouvert du lundi au vendredi de 9h à 13h.

Par mail : sifsi@hpsj.fr ou par téléphone : 01/44/12/83/97



Groupe hospitalier
Paris Saint-Joseph



A retourner à :

I.F.S.I

Concours d'entrée en Formation AS/AP

Préparation intensive orale

185 Rue Raymond Losserand

75014 PARIS

FICHE D'INSCRIPTION

Merci d'écrire en caractère d'IMPRIMERIE

NOM DE JEUNE FILLE :

NOM :

PRENOM :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

ADRESSE :

.....

.....

TEL DOM : PORTABLE :

TEL TRAVAIL : POSTE :

SCOLARITE

DERNIERE CLASSE SUIVIE :

DIPLOME(S) OBTENU(S) :

.....

.....

.....

STAGE(S) PROFESSIONNEL(S) SUIVI(S):

.....
.....

SITUATION PROFESSIONNELLE

EMPLOI OCCUPE ACTUELLEMENT :

LIEU DE TRAVAIL :

ADRESSE :

.....

EMPLOYEUR

NOM :

ADRESSE :

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

TEL :

PRISE EN CHARGE FINANCIERE

A TITRE INDIVIDUEL OUI () NON ()

AU TITRE DE LA FORMATION CONTINUE OUI () NON ()

TOUTE FORMATION COMMENCEE EST DUE DANS SON INTERGRALITE

FACTURE ET CONVENTION A ADRESSER A :

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

Date

Date

SIGNATURE ET CACHET DE L'EMPLOYEUR

Signature du stagiaire