CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NICE
INSTITUT DE FORMATION AUX PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOSSIER D'INSCRIPTION

Formation préparatoire aux épreuves de sélection 2027
Pour l'admission à l'école de bloc opératoire

INSCRIPTION EN LIGNE OBLIGATOIRE (Lien Myselect)

L'inscription en ligne doit être réalisée et accompagnée des documents attendus

Date limite d'inscription
18 janvier 2027 à 23h59

Tout dossier incomplet et/ou non conforme sera rejeté.

Pour tous renseignements contacter Mme PAGLIARDINI
Mail : ecole-ibode@chu-nice.fr
TEL : 04.89.15.36.16

Public visé et pré-requis

Professionnel ayant un projet d'infirmier de bloc opératoire :

- IDE
- Sages-femmes

Objectifs

Permettre aux IDE et sages-femmes ayant un projet de spécialisation IBODE de consolider, réactualiser et mobiliser leurs connaissances professionnelles et scientifiques en lien avec l'exercice infirmier.

Dates & Programme

Module 1 : 3 jours les 4, 5 et 11 février 2027
Module 2 : 1 jour le 24 mai 2027

En référence à l'article 10 de l'arrêté du 27 avril 2022 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire

Contenus abordés :

- Pré requis pour aborder le concours
- Textes législatifs : Décret et arrêté
- Gestion des risques au bloc opératoire prérequis Mesures Transitoires : hygiène des mains, CHECK LIST, précautions standards et complémentaires
- Connaissances approfondies en Anatomie
- Projet professionnel
- Préparation à l'oral d'admission (épreuve orale)

Tarif

Formation intégrale :
Module 1 + 2 : 1000 euros

Possibilité de suivre 1 seul module :
Module 1 : 750 euros
Module 2 : 250 euros

PIECES A FOURNIR

1. **Docs à déposer sur le lien My Select :**

- Copie du diplôme IDE ou Sage-femme
- 1 photo d'identité

2. **Selon les modalités de financement :**

- **<u>Pour les professionnels CHU</u> :**
  - Fiche d'inscription institutionnelle validée et signée **(Annexe 1)**

- **<u>Pour les professionnels HORS CHU</u> avec prise en charge par un employeur :**

  - Attestation de prise en charge financière par l'employeur

- **<u>Pour les professionnels HORS CHU</u> sans prise en charge par un employeur (autofinancement) :**

  - Attestation de prise en charge des frais de formation par l'apprenant – Autofinancement **(Annexe 2)** – à l'issue de votre inscription, vous recevrez une convention de financement à retourner impérativement au secrétariat de l'école pour confirmer votre inscription.

⚠ L'apprenant en autofinancement s'engage à effectuer le règlement de ces frais de formation après réception de l'avis des sommes à payer, transmis par la Trésorerie du CHU de Nice.

ANNEXE 1
Fiche d'inscription institutionnelle
UNIQUEMENT POUR LES PROFESSIONNELS DU CHU DE NICE

Faire valider le document page suivante en fonction du pôle d'appartenance : Médico-clinique ou Administratif.

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NICE
INSTITUT DE FORMATION AUX PROFESSIONS PARAMEDICALES

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NICE
DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES

PLAN 2026

FICHE D'INSCRIPTION

A adresser au Service Formation avant le 18 janvier 2027 et déposer sur la plateforme My Select

FORMATION : **Formation préparatoire aux épreuves de sélection 2027**
Pour l'admission à l'école d'IBODE

DATES : Module 1 : 3 jours les 4, 5 et 11 février 2027
Module 2 : 1 jour le 24 mai 2027

LIBELLE DU POLE	AFFECTATION PHYSIQUE

LISTE DES AGENTS A INSCRIRE

NOM - PRENOM	GRADE	PÔLE / SERVICE

Signature obligatoire en fonction du pôle d'appartenance : Médico-Clinique ou Administratif

Date :

Le Cadre	Le Directeur	Le Responsable Administratif/Soignant de Pôle	Le Chef de Pôle
NOM :	**NOM :**	**NOM :**	**NOM :**
Signature	**Signature**	**Signature**	**Signature**

ANNEXE 2
Attestation de prise en charge des frais de formation par l'apprenant - Autofinancement

Je soussigné (e)

Civilité : _____

NOM DE NAISSANCE : _____

NOM MARITAL : _____

Prénom : _____

Atteste par la présente prendre en charge à titre personnel l'ensemble les frais liés à la formation préparatoire aux épreuves de sélection 2027 pour l'admission à l'école d'IBODE de 1000€ (mille euros).

Cette prise en charge ne comprend pas :

Les frais de transport,
Les frais d'hébergement et de restauration,
Et tout autre frais afférent à cette activité.

Aucun financement ne sera sollicité auprès de l'établissement employeur ou d'un organisme tiers.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à le ……/……/……..
Signature

ANNEXE 3
Attestation de prise en charge des frais de formation par l'employeur pour les professionnels hors CHU

Coordonnées de l'employeur

Dénomination précise : _____

Nom du responsable : _____

SIRET : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____**Ville** : _____

Téléphone : __ / __ / __ / __ / __

L'employeur, nommé ci-dessus, atteste par la présente prendre en charge l'ensemble des frais liés à la formation préparatoire aux épreuves de sélection pour l'admission à l'école d'infirmier de bloc opératoire d'un montant total de 1000 € (mille euros).

Cette prise en charge ne comprend pas :

Les frais de transport,
Les frais d'hébergement et de restauration,
Et tout autre frais afférent à cette activité.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à le ……/……/……..

Signature et cachet de l'employeur