



DEMARCHE POUR LES CANDIDATS EN SITUATION DE HANDICAP DEMANDANT A BENEFICIER DE MESURES PARTICULIERES LORS DES SELECTIONS



*(Circulaire n° 2015-127 du 3 août 2015 - Circulaire n° 2006-215 du 26
décembre 2006 - Décret n° 2005-1617 du 21 décembre 2005)*

N° de déclaration d'activité
93.83.04918.83

*Cet enregistrement ne vaut pas
agrément de l'Etat*

FINESS EJ : 83 000 904 9
SIRET : 130 016 561 000 40
Code APE 8412Z

Cellule Sélections

95 rue Montebello Quartier
Montety
83000 TOULON
Téléphone : 04 94 14 72 17
Téléphone : 04 94 14 72 14

Référent Handicap

Téléphone : 04 94 00 58 78

Mail : estelle.lave@ifpvps.fr

Site internet

<https://www.ifpvps.fr>

➤ Remplir le **DOCUMENT 1**.

➤ Votre demande sera étudiée par un médecin ou spécialiste agréé désigné par l'Agence Régionale de Santé. Il sera nécessaire de lui transmettre les **divers éléments médicaux et paramédicaux récents et étayés** en votre possession.

Après avoir pris connaissance du **DOCUMENT 2**, relatif au déroulement des épreuves, renseigner le **DOCUMENT 3** concernant vos demandes d'aménagements d'épreuves de sélection.

➤ Prendre rendez-vous auprès d'un médecin généraliste ou spécialiste agréé pour le département du Var désignés par l'Agence Régionale de Santé (arrêté préfectoral du 06 septembre 2019 modifiant l'arrêté préfectoral du 29 juillet 2019) ou par un médecin agréé de votre département.

➤ Lors de cette consultation, veuillez présenter les comptes rendus médicaux et paramédicaux récents et étayés des professionnels de santé. Le médecin habilité, complètera sa partie à renseigner des documents 3 et 4, et donnera son avis pour la demande d'aménagement des épreuves de sélections.

➤ Il est à préciser que le coût de la consultation peut être à la charge de l'utilisateur sans possibilité de remboursement par l'assurance maladie.

➤ Le médecin agréé propose les aménagements nécessaires sur le **DOCUMENT 4**. L'avis précise les conditions particulières proposées pour le déroulement des épreuves.

Transmettre ce document complet 1-2-3-4, renseigné et avisé par le médecin agréé au référent handicap de l'IFPVPS.

Madame LAVE Estelle

95 rue Montebello-Quartier Montety 83000 TOULON

➤ Le Directeur du GCS de l'IFPVPS décidera des aménagements accordés (**DOCUMENT 4**) en prenant appui notamment sur l'avis rendu par le médecin agréé et au vu de la réglementation relative aux aménagements d'examens pour les candidats handicapés et de celle propre à la sélection présentée.

Le référent handicap de l'IFPVPS informera de la décision finale prise par le Directeur de l'IFPVPS auprès du demandeur et lui adressera par mail, le dossier avisé par la décision finale.

➤ Il sera à la charge du candidat, de fournir à l'Institut de Formation l'**accord final du médecin agréé, avisé par la décision finale du Directeur de l'IFPVPS**, lors du dépôt de votre dossier d'inscription ou au plus tard à la date de clôture des inscriptions.

DOCUMENT 1

CANDIDATS EN SITUATION DE HANDICAP FORMULAIRE DE DEMANDE D'AMENAGEMENT D'EPREUVES

(AU SENS DE L'ARTICLE L114 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES)

CANDIDAT :

NOM : PRENOM :

NOM MARITAL :

Né(e) le : ____ / ____ / ____ Lieu de naissance :

Adresse Personnelle :

.....

Tél. Domicile : Tél. Portable :

Mail :

POUR LES CANDIDATS MINEURS : NOM ET COORDONNEES DU RESPONSABLE LÉGAL :

NOM : PRENOM :

Adresse Personnelle :

.....

Tél. Domicile : Tél. Portable :

Mail :

Candidat à la sélection :

- ☐ I.F.A.P. : *Institut de Formation des Auxiliaires de Puériculture*
- ☐ I.F.A.S. : *Institut de Formation des Aides-Soignants*
- ☐ I.F.S.I. : *Institut de Formation en Soins Infirmiers*
- ☐ I.F.A. : *Institut de Formation d'Ambulanciers*

Pour l'année :

Date de clôture des inscriptions à la sélection :

DEMANDE DU CANDIDAT

Je soussigné(e) :

Sollicite le médecin agréé de mon département pour bénéficier de mesures particulières pour les candidats handicapés en vertu des textes en vigueur.

À, le ____ / ____ / ____

Nom et signature du candidat :

DOCUMENT 2 – Déroulement des épreuves

◆ SÉLECTION AUXILIAIRE DE PUÉRICULTURE

➞ Un entretien d'admission :

L'entretien avec un jury de 2 professionnels est réalisé pour permettre d'apprécier les qualités humaines et relationnelles du candidat et son projet professionnel (*15 à 20 minutes*).

◆ SÉLECTION AIDE-SOIGNANT

➞ Un entretien d'admission :

L'entretien avec un jury de 2 professionnels est réalisé pour permettre d'apprécier les qualités humaines et relationnelles du candidat et son projet professionnel (*15 à 20 minutes*).

◆ SÉLECTION INFIRMIER Formation Professionnelle Continue (Hors ParcoursSup)

➞ Une épreuve écrite d'admission :

Une épreuve écrite comportant une sous-épreuve de rédaction et/ou de réponses à des questions dans le domaine sanitaire et social et, une sous épreuve de calculs simples (*deux fois 30 minutes*).

➞ Un entretien d'admission :

Entretien portant sur l'expérience professionnelle du candidat. 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. (*20 minutes*).

◆ SÉLECTION AMBULANCIER

➞ Un entretien d'admission :

L'entretien, avec un jury de 2 professionnels, s'appuie sur la remise d'un dossier et la réalisation d'un stage d'observation de 70 heures. Il est réalisé pour permettre d'apprécier la capacité d'expression, les aptitudes du candidat à suivre la formation, son projet professionnel et sa motivation (*20 minutes maximum*).

DOCUMENT 3

SELECTION :

NOM - PRENOM DU CANDIDAT :

ANNEE DE SELECTION :

AMENAGEMENTS DEMANDES PAR LE CANDIDAT MAJEUR OU PAR LE REPRESENTANT LEGAL (à cocher et à remplir)		Partie réservée au Médecin Agréé	
AMENAGEMENTS COMMUNS A TOUTES LES SELECTIONS			
I – Organisation du temps		AVIS DU MEDECIN AGREE	
Temps majoré pour les épreuves : ☐ Ecrites, durée majorée de..... ☐ Orales, majorées de..... ☐ Pratiques, majorées de..... ☐ Pour la préparation écrite des épreuves orales, durée majorée de..... ☐ Pour la préparation des épreuves pratiques, durée majorées de.....		☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non	
Période de repos avec compensation du temps nécessaire ☐ Pause pendant l'épreuve pour repos, soins restauration, contrôle biologique ☐ Possibilité de se lever, marcher, aller aux toilettes dès la 1^{ère} heure		☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non	
II – Accès aux locaux et installation matérielle		AVIS DU MEDECIN AGREE	
☐ Accessibilité des locaux (plan incliné, ascenseur) ☐ Sanitaires aménagés		☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non	
III – Aides Techniques		AVIS DU MEDECIN AGREE	
☐ Utilisation d'un ordinateur : ☐ Fourni par le candidat ☐ Fourni par le centre ☐ Utilisation des logiciels habituels utilisés en classe Préciser :..... ☐ Utilisation du correcteur d'orthographe		☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non	

DOCUMENT 3

SELECTION :

NOM - PRENOM DU CANDIDAT :

ANNEE DE SELECTION :

AMENAGEMENTS DEMANDES PAR LE CANDIDAT MAJEUR OU PAR LE REPRESENTANT LEGAL (à cocher et à remplir)		Partie réservée au Médecin Agréé	
AMENAGEMENTS COMMUNS A TOUTES LES SELECTIONS			
IV – Aménagements des sujets		AVIS DU MEDECIN AGREE	
☐ Agrandissement en format A3 ☐ Format A4 paysage - Arial 16 - Interligne 1,5 ☐ Format A4 paysage - Arial 20 - Interligne 1,5		☐ Oui ☐ Oui ☐ Oui	☐ Non ☐ Non ☐ Non
VI – Aides Humaines		AVIS DU MEDECIN AGREE	
Les aides humaines sont demandées pour : ☐ Début Epreuve ☐ Totalité Epreuve Durant les Epreuves : ☐ Ecrites ☐ Orales ☐ Pratiques ☐ Aide pour l'installation matérielle du candidat dans la salle d'examen La Secrétaire : ☐ Lecture du sujet à haute voix sans reformulation ☐ Lecture des consignes à haute voix sans reformulation ☐ Ecriture sous la dictée du candidat		☐ Oui ☐ Oui ☐ Oui	☐ Non ☐ Non ☐ Non

Date et signature du candidat ou du responsable légal :

A..... le

Signature et cachet obligatoires du médecin

DOCUMENT 4

SELECTION :

NOM - PRENOM DU CANDIDAT :

ANNEE DE SELECTION :

Réservé au Médecin Agréé

AVIS du médecin agréé sur les aménagements demandés par le candidat ou le représentant légal

AVIS FAVORABLE

- ☐ Aménagements communs à toutes les sélections,
selon le détail des documents 1, 2 et 3

AVIS DEFAVORABLE

- ☐ Aménagements communs à toutes les sélections,
selon le détail des documents 1, 2 et 3

AVIS circonstancié obligatoire en cas d'avis défavorable total ou partiel

- ☐ Les pièces justificatives produites ne permettent
pas d'émettre un avis favorable
- ☐ Les aménagements demandés ne répondent pas
aux difficultés alléguées.
- ☐ La demande n'est pas conforme à la législation
en vigueur pour la sélection présenté(e).
- ☐ Autre(s) motif(s) :

Préconisation :

.....

Nom et Prénom du Médecin Agréé :

.....

Cachet et Signature du Médecin Agréé :

A le ____ / ____ / ____

Réservé à l'administration

GCS de l'IFPVPS

95 rue Montebello-Quartier Montéty 83000 TOULON

DECISION DU DIRECTEUR DE L'IFPVPS

☐ AMENAGEMENTS ACCORDES

☐ AMENAGEMENTS REFUSES

Cachet et Signature :

A le ____ / ____ / ____