

## INSCRIPTION A LA SELECTION 2025 DE L'ENKRE DES PASSERELLES « ARTICLES 25 »

### PIECES CONSTITUTIVES DE VOTRE DOSSIER D'INSCRIPTION A LA SELECTION

L'ensemble des pièces suivantes devront être adresser **en version papier à l'ENKRE**

**Les pièces doivent être impérativement classées dans l'ordre ci-dessous mentionné et être présentées dans une pochette à coin transparente.**

#### Pièces obligatoires à l'inscription

1. La photocopie recto et verso de sa pièce d'identité en cours de validité pour l'ensemble des épreuves ou du passeport ;
2. Les copies **de tous les diplômes dont le baccalauréat**;
3. Un certificat médical attestant que le candidat ne présente pas de contre-indications physique et/ou psychologique à l'exercice de la profession ;
4. L'avis d'opportunité pour les candidats agents de la fonction publique hospitalière
5. Un curriculum vitae
6. Une lettre de motivation
7. L'attestation d'engagement au financement de la formation (année 2025 – 2026) ;
8. La fiche d'inscription à la selection passerelle « article 25 de l'arrêté du 2 septembre 2015 relatif au Diplôme d'Etat de Masseur-Kinésithérapeute » à télécharger sur le site :  
<http://hpevm.fr/ENKRE-admission/2/143>
9. Un justificatif de virement bancaire ou un chèque d'un **montant de 160€**

Suivre la procédure ci-dessous pour le virement :

Références à rappeler à chaque virement : **ENKRE- NOM et Prénom- sélection Art-25**

TRESOR PUBLIC

RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

PARTIE RÉSERVÉE AU DESTINATAIRE DU RELEVÉ

Le relevé ci-contre est destiné à être remis à vos créanciers ou débiteurs, français ou étrangers, appelés à faire inscrire des opérations à votre compte (virements, paiement des quittances etc...)

Identifiant national de compte bancaire - RIB							
Code banque	Code guichet	N° de compte	Clé RIB	Domiciliation			
10071	94000	00002002805	09	TPCRETEIL			
Identifiant international de compte bancaire - IBAN							
IBAN (International Bank Account Number)							
							BIC (Bank Identifier Code)
FR76	1007	1940	0000	0020	0280	509	TRPUFRP1

TITULAIRE DU COMPTE :

**RR DES ECOLES HPEVM**

**Pièces facultatives :**

10. Des détails sur le dernier cursus de formation suivi comprenant les **relevés de notes**
11. Toutes pièces complémentaires permettant d'éclairer l'instruction du dossier

**Les personnes handicapées demandant un aménagement des épreuves doivent joindre à leur dossier d'inscription :**

- La notification de décision de la CDAPH (commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées) ou de la MDPH (maison départementale des personnes handicapées) pour les moins de 20 ans
  - L'avis du médecin désigné par la CDAPH, précisant « concours masseur-kinésithérapeute et l'année du concours, » et déterminant les conditions particulières d'installation, de temps et d'assistance.
- La décision définitive sera notifiée par l'Ecole Nationale de Kinésithérapie et de Rééducation (ENKRE). En l'absence des justificatifs, ci-dessus indiqués le candidat concourra sans aménagement.

**Annexe 1 : Avis d'opportunité de la candidature pour l'attribution de la promotion professionnelle**

NOM DE FAMILLE : .....NOM D'USAGE : .....  
PRÉNOM .....

**AVIS D'OPPORTUNITÉ DE LA CANDIDATURE POUR L'ATTRIBUTION DE LA PROMOTION  
PROFESSIONNELLE**

(À remplir par la Direction de l'établissement)

(Ne pas compléter si le candidat est contractuel)

**AVIS DU CADRE SUPERIEUR DE SANTÉ**

Avis favorable  Avis défavorable   
Date : ..... Cachet : .....  
Nom et signature :

**AVIS DU DIRECTEUR DES SOINS**

Avis favorable  Avis défavorable   
Date : ..... Cachet : .....  
Nom et signature :

**AVIS DU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT**

Avis favorable  Avis défavorable   
Date : ..... Cachet : .....  
Nom et signature :

\*L'avis favorable donné par le directeur n'implique pas le financement systématique de la formation demandée



**Annexe 2 : Attestation d'engagement du financement de la formation à remplir **en 2 exemplaires****

**UNIQUEMENT pour les candidats de plus de 26 ans et sortis du système scolaire depuis plus de 2 ans**

**Document à compléter EN FONCTION DE VOTRE SITUATION et à retourner avec votre dossier d'inscription**

**NOM DE FAMILLE : .....NOM D'USAGE : .....**

**PRENOM : .....**

A titre d'information pour l'année 2024-2025, le **coût annuel** de la formation (frais de scolarité) menant au Diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute était de **7035 euros\***. Le montant des frais de scolarité de l'année universitaire 2025 - 2026 sera communiqué lors de l'inscription.

**ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE**

(à remplir uniquement pour les candidats salariés en promotion professionnelle)

**PAR L'EMPLOYEUR  PAR UN ORGANISME FINANCEUR  Précisez :**

Je soussigné(e) .....

Fonction : .....

Atteste prendre en charge les frais de scolarité de ..... à l'Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie de l'ENKRE des Hôpitaux Paris Est Val de Marne.

Date et Signature

Cachet de l'établissement

**EN ATTENTE D'UNE DECISION DE PRISE EN CHARGE AUTRE**

Date et signature du candidat précédées de « Lu et approuvé »

**EN L'ABSENCE DE PRISE EN CHARGE A LA DATE D'INSCRIPTION A L'ENKRE, LE CANDIDAT S'ENGAGE A REGLER LES FRAIS DE SCOLARITE SUR TOUTE LA DUREE DE LA FORMATION**

Date et signature du candidat précédées de « Lu et approuvé »

**\*Ce tarif est susceptible d'être actualisé chaque année.**



**Annexe 3 : CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE A CONCOURIR**  
**(A joindre au dossier d'inscription à la sélection)**

Je soussigné (e), Docteur.....

Exerçant à .....

.....

Certifie que M./Mme .....

Né (e) le .....

Demeurant à .....

.....

.....

**Ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession de masseur kinésithérapeute. \***

À la date du .....

**Signature et cachet du médecin généraliste**

*\*Pour les étudiants non répondeurs à la vaccination contre l'hépatite B (schéma vaccinal complet au regard de l'Instruction DGS/RI1/RI2/2014/21 du 21 janvier 2014 relative aux modalités d'application de l'arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article R.3111-4 du Code de la santé publique : Il est obligatoire de fournir une sérologie de l'hépatite B de moins de 3 mois le jour de la rentrée*





**Annexe 4 : Fiche d'inscription à la sélection** passerelle « article 25 de l'arrête du 2 septembre 2015 relatif au Diplôme d'Etat de Masseur-Kinésithérapeute à télécharger sur le site

## FICHE D'INSCRIPTION A LA SELECTION 2025 DES PASSERELLES

(Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au Diplôme d'Etat de Masseur-Kinésithérapeute)

Article 25

Article 27 DIPLÔMÉS HORS UE

### COORDONNÉES

NOM Prénoms : .....

Date de naissance : .....

Lieu de naissance : .....

Nationalité : .....

Mail : (merci d'écrire **lisiblement** votre mail **en détachant chaque lettre**)  
.....@.....

Téléphone domicile : ..... Portable de l'étudiant : .....

Adresse postale : .....  
.....  
.....

### SITUATION ACTUELLE :

A la recherche d'un emploi

En activité

En poursuite d'études

**Statut :**

Activité bénévole (engagement citoyen)

Personne en Contrat de Sécurisation Professionnelle

Agent consulaire

Salarié (**à compléter ci-dessous**)

Contractuel de droit public

Travailleur en ESAT

Elève/étudiant (**à compléter ci-dessous**)

Travailleur non salarié

Fonctionnaire

Intermittent du spectacle

Non connu

Personne en recherche d'emploi non inscrite sur la liste France Travail

Situation au regard de la liste France Travail non connue

Personne en recherche d'emploi inscrite sur la liste Pôle (**à compléter ci-dessous**)

Autres préciser : .....

### SI VOUS ÊTES ETUDIANTS :

Année de formation : .....

Type de diplôme : .....

Lieu : .....



**DIPLÔME OBTENU DU PLUS RÉCENT AU PLUS ANCIEN :**

Type de Diplômes	Mois et Année d'obtention	Nom et adresse de l'Université ou de l'Institut de formation

**TYPE DE FINANCEMENT : Si vous êtes âgé de plus de 26 ans et sorti du système scolaire depuis plus de 2 ans.**

Financement personnel : .....€  
 Financement employeur : .....€  
 Organismes de financement (OPACIF, OPCA etc...) : .....€  
 Financement France Travail : .....€  
 Autres financements, préciser : .....€

**En fonction du type de financement, préciser la personne à contacter ci-dessous :**

Nom de la personne adresse mail et téléphone de contact : .....  
 .....  
 .....  
 .....