

INSCRIPTION AU CONCOURS 2024 DE L'ENKRE POUR LES ARTICLES 25

PIECES CONSTITUTIVES DE VOTRE DOSSIER D'INSCRIPTION AU CONCOURS

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. Un certificat médical attestant que le candidat ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession ;
8. Un chèque d'un montant de 150 euros à l'ordre du trésor public ;
9. L'attestation d'engagement au financement de la formation (année 2024 – 2025) ;
10. La fiche d'inscription au concours passerelle « article 25 de l'arrêté du 2 septembre 2015 relatif au Diplôme d'Etat de Masseur-Kinésithérapeute » à télécharger sur le site :
www.hopitaux-saint-maurice.fr/ENKRE-admission/2/143

Pièces facultatives :

11. Des détails sur le dernier cursus de formation suivi comprenant les **relevés de notes**
12. 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.



1. Avis d'opportunité de la candidature pour l'attribution de la promotion professionnelle

NOM USUEL :

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

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

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 indicatif, le coût annuel de la formation (frais de scolarité) menant au Diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute est actuellement de **6700 euros** (tarif 2023). Le montant de la scolarité 2024/2025 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 M à l'Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie de l'ENKRE des Hôpitaux de Saint-Maurice.

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 »

Fiche d'inscription au concours 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 AU CONCOURS 2024

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

Article 25 PASSERELLES

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 Pôle Emploi

Situation au regard de la liste Pôle Emploi non connue

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

Autres précisés :

SI VOUS ÊTES ETUDIANTS :

Année de formation :

Type de diplôme :

Lieu :

SI VOUS ÊTES SALARIÉ :

Type de contractualisation (date de début et / ou de fin à préciser) :

- CDD – Contrat à durée déterminée : du/...../..... au/...../.....
- CDI – Contrat à durée indéterminée :/...../.....
- Contrat d'apprentissage (alternance) :/...../.....
- Contrat de professionnalisation (alternance) :/...../.....
- Contrat de Sécurisation Professionnelle (CSP) :/...../.....
- Intérimaire (mission d'intérim) :/...../.....
- Libéral (**date d'enregistrement**) :/...../.....
- En disponibilité : du/...../..... au/...../.....
- Autres précisés :

Code Pays employeur : |...|...|...|...|...|...|

SIRET employeur: |...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|

Catégorie Socioprofessionnelle :

- Agriculteurs exploitants
- Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- Cadres et professions intellectuelles supérieures
- Employés
- Ouvriers
- Professions intermédiaires
- Autres précisés :

Poste occupé :

Particulier employeur : Oui Non

N° URSSAF: |...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|

Raison sociale employeur :

Ville employeur :

SI VOUS ÊTES EN RECHERCHE D'EMPLOI INSCRIT(E) SUR LA LISTE POLE EMPLOI :

Adresse Pôle Emploi de rattachement :

Nom et adresse de votre conseiller Pôle Emploi :

Date d'inscription à Pôle Emploi :/...../.....

Numéro identifiant Pôle Emploi : |...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...| (8-12 caractères)

Demandeur d'emploi indemnisé ? Oui Non

Si indemnisé date de début et de fin d'indemnisation : du/...../..... au/...../.....

Si non indemnisé justifier par un commentaire (3 ligne max) :

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 :

Financement personnel :€
 Financement employeur :€
 Organismes de financement de l'apprentissage :€
 Organismes de financement (OPACIF, OPCA etc...) :€
 Financement Pôle Emploi :€
 Autres financements, précisés :€

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

Nom de la personne adresse mail et téléphone de contact :

.....

.....

.....

