

INSTITUT DE FORMATIONS AUX METIERS DE LA SANTE
FILIERES AMBULANCIERS – AIDES-SOIGNANTS – AUXILIAIRES DE PUERICULTURE
FORMATIONS CONTINUES – SECRETAIRE ASSISTANT MEDICO-SOCIAL
ADRESSE POSTALE : 3 QUAI DE L'HOPITAL – BP 229 – 89306 JOIGNY CEDEX
LIEU DE FORMATIONS : QUARTIER ABESCAT -1 AVENUE D'HANOVER – 89300 JOIGNY
TEL: 03-86-92-33-66 FAX : 03-86-92-32-91
Courriel : ifms@ch-joigny.fr Site : ifmsjoigny.com

Qualopi
processus certifié
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Par AFNOR Certification



DOSSIER D'INSCRIPTION

FORMATION :
SECRETAIRE ASSISTANT MEDICO-SOCIAL (TPSAMS)
Session – 2023-2024

**Pour envoyer votre dossier
et/ou vos courriers**

IFMS
Centre Hospitalier
3 Quai de l'hôpital – BP 229
89306 JOIGNY Cedex

**Pour vous former et nous
rendre visite**

POLE FORMATION
Place Cassini- 1 avenue d'Hanover
89300 JOIGNY

Tél : 03.86.92.33.66

E-MAIL : ifms@ch-joigny.fr

SITE INTERNET : ifmsjoigny.com

CALENDRIER SESSION

1. Clôture des inscriptions / Retour des dossiers :

Au plus tard le 31 mars 2023

Les dossiers incomplets ou reçus hors délais ne seront pas traités.

2. Épreuves de sélection

Epreuve écrite :	Le 25 avril 2023*
Résultats de l'épreuve :	Le 2 mai 2023*
Entretien de motivation :	Le 11 mai 2023*
Résultats affichés :	Le 16 mai 2023*

**Dates indicatives se référer à vos convocations*

3. Formation

Début de formation :	le 28 août 2023*
Fin de formation :	le 1 ^{er} mars 2024 + Jury final* du 4 au 8 mars 2024
Capacité d'accueil :	10 personnes**

** À confirmer*

*** À confirmer selon le nombre de reports de la session précédente*

FICHE D'INSCRIPTION SAMS

NOM :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

☎ Domicile : 📞 Portable :

Adresse mail :

Date naissance : / / A : CP :

Nationalité :

Situation familiale :

Nombre d'enfants :

Dernier emploi occupé :

Statut emploi :

Travailleur Handicapé : oui non

Permis de conduire : oui non

Véhicule : oui non

NIVEAU ET DERNIER DIPLOME OBTENU

Série ou Intitulé :

Date d'obtention :

FINANCEMENT DE LA FORMATION

Pôle emploi N° d'identifiant de Pôle Emploi (**Obligatoire**) :

Employeur Nom, adresse :

CPF

Autre Précisez :

RENSEIGNEMENTS DEMANDEURS D'EMPLOI

Date d'inscription Pole Emploi : - - / - - / - -

Durée d'inscription : moins de 6 mois 6 à 11 mois 12 à 23 mois 2 ans et +

Indemnisé : oui non

Date de fin d'indemnisation : - - / - - / - -

Bénéficiaire du RSA : oui non

Allocataire aux autres minima sociaux : oui non

AUTORISATION DE PUBLICATION DES RESULTATS

Autorise N'autorise pas

La diffusion de mon nom dans les résultats du jury final sur le site de l'IFMS

DROIT A L'IMAGE

Autorise N'autorise pas

Dans le respect de la législation quant au droit à l'image et au droit du respect à la vie privée (article 226-1 du Code Pénal et loi n°78-17 du 6 janvier 1978), nous avons besoin de votre accord pour la diffusion de votre image dans le cadre cité ci-après : L'Institut de Formations souhaite utiliser des photos et vidéos sur lesquelles vous pourriez apparaître pour : mettre en ligne sur le réseau Intranet du Centre Hospitalier, dans le cadre des événements marquants de sa vie institutionnelle, illustrer des activités pédagogiques, communiquer sur ses activités dans les médias locaux.

(En cas de changement d'adresse ou de téléphone, prévenir l'I.F.M.S.)

Je certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Date : __ / __ / 20 __

Signature

Pour les mineur-es, nom, prénom, lien du représentant légal et signature :

Pour constituer votre dossier, veuillez-vous reporter à la page « Accusé de réception d'inscription ». Toute pièce manquante fera l'objet d'un refus. Si vous ne pouvez respecter les délais, contactez-nous.

ÉPREUVES DE SÉLECTION

L'admission en formation est subordonnée à la réussite à des épreuves de sélection définies ci-après :

1. EPREUVE ECRITE

Epreuve écrite : 2 heures

Français en deux étapes :

- Commentaire de texte
- Document avec erreurs à corriger

Toute note inférieure ou égale à 8/20 est éliminatoire

2. ENTRETIEN DE MOTIVATION

Seront convoqués à l'épreuve d'admission les candidats dont l'épreuve écrite aura été déclarée comme recevable (note supérieur ou égale à 8/20). Le-la candidat-e exposera ses motivations sur la base du dossier devant un jury composé de la directrice et la formatrice.

PREPARATION CONCOURS

Une préparation au concours écrit et/ou oral est proposée à l'IFMS :

- 2 jours préparation épreuve écrite : 300 euros
- 2 jours préparation épreuve orale : 300 euros

Pour tout renseignement veuillez nous contacter ou nous retourner la fiche d'inscription (annexe 1).

LA FORMATION SAMS

MODULES POUR TP SECRETAIRE ASSISTANTE MEDICO-SOCIALE	CONTENU
Bloc 1 : Produire des documents professionnels courants <i>Durée : 5 semaines</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Production de documents professionnels courants à l'aide de logiciels : traitement de texte, présentation assistée par ordinateur (diaporamas) et tableur.
Bloc 2 : Assurer la communication écrite et orale des informations <i>Durée : 2 semaines</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rédaction d'écrits professionnels ➤ Rédaction des mails simples en anglais ➤ Organisation et traitement des appels téléphoniques ➤ Accueil d'un visiteur ➤ Prise de notes des noms et téléphone en anglais
Bloc 3 : Assister une équipe dans l'organisation de ses activités <i>Durée : 2 semaines</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Planification des activités d'une équipe ➤ Organisation des réunions et des déplacements ➤ Participation à l'élaboration d'un budget ➤ Prise de notes
Bloc 4 : Assurer l'accueil et la prise en charge administrative du patient ou de l'utilisateur <i>Durée : 2 semaines</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Identification des publics des secteurs sanitaire, médico-social et social et compréhension de l'environnement professionnel ➤ Accueil et orientation du public ➤ Planification et gestion des rendez-vous de patients ou d'utilisateurs ➤ Prise en charge médico-administrative et sociale du patient ou de l'utilisateur
Bloc 5 : Traiter les dossiers et coordonner les opérations liées au parcours du patient ou de l'utilisateur <i>Durée : 2 semaines</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Retranscription des informations à caractère médical ou social ➤ Suivi et mise à jour des dossiers et coordination des opérations liées au parcours du patient ou de l'utilisateur ➤ Réalisation et actualisation des tableaux de suivi dans le secteur sanitaire, médico-social ou social
Bloc 6 : Réinsertion à l'emploi <i>Durée : 1 semaine</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Atelier CV et lettre de motivation ➤ Mise en situation d'entretien d'embauche

14 semaines de théorie (490h*) + 10 semaines de stages (350h) + 1 semaine de prépa jury (35h) : **875 h au total**

Candidat(e) :

PLAN DE FORMATION
SECRETAIRE ASSISTANT MEDICO-SOCIAL
SECRETAIRE ASSISTANT
(Devis pour les organismes financeurs)

Frais de gestion et de dossier : 92 €

Date d'entrée	: 28 août 2023*(à confirmer)
Date de sortie	: 4 mars 2024 + évaluation finale*
Durée de la formation	: 875 heures – 25 semaines – 125 jours
Durée hebdomadaire	: 35 heures / semaine
Enseignement théorique	: 15 semaines – 525 heures – 75 jours
Stages	: 10 semaines – 350 heures – 50 jours
Préparation jury	: 1 semaine – 35 heures – 5 jours
Jury final	: Du 4 mars 2024 au 08 mars 2024*
Congés	: 2 semaines
Coût de la formation	: 4000,00 € (tarif 2022)

Pour toutes les personnes n'ayant pas de financeur, le montant de la formation doit être réglé, directement, au trésor public de Sens, sur présentation de ce devis signé. Les demandes d'échéancier doivent être également faites au trésor public

Bon pour accord le :
Signature

Valérie CROSIER
Directrice



ENGAGEMENT DE FINANCEMENT DE LA FORMATION SECRETAIRE ASSISTANT MEDICO-SOCIAL

Je soussigné(e)

m'engage à payer :

- Les frais de scolarité de la formation Secrétaire Assistant Médico-social d'un montant de 4000€ (quatre mille euros)

NB : La signature du présent engagement de payer ne fait pas obstacle à une demande de prise en charge totale ou partielle auprès d'un organisme tiers.

Date : __ / __ / 20 __ Signature de l'élève :

Identification et signature du responsable légal pour le mineur ou majeur protégé :

RAPPEL SUR L'AIDE AU FINANCEMENT

- **Pour les demandeurs d'emploi** : Contacter votre référent Pôle Emploi pour connaître les démarches à effectuer et les conditions de prise en charge.
- **Pour les salariés(e)s** : Contacter votre employeur. Vérifier auprès de l'organisme payeur si votre formation est bien prise en charge. Pour les salariés du secteur privé : se rendre sur le site « mon compte formation » pour créer votre compte personnel de formation.
- **Pour le CPF** : Contacter l'IFMS

Annexe 1

PREPARATION CONCOURS

Tarifs : 300 €

Préparation épreuve écrite

03, 04 et 21 avril 2023

Tarif : 300 euros

Préparation épreuve orale

05 et 06 avril et 3 mai 2023

Tarif : 300 euros

Contact :

IFMS – CH de JOIGNY

Tel : 03-86-92-33-66 – Fax : 03-86-92-32-91

E-mail pour inscription : ifms@ch-joigny.fr

Le secrétariat est ouvert du lundi au vendredi de 9 h à 16 h.

NOM DE NAISSANCE

NOM USUEL

PRÉNOM

ADRESSE

.....

.....

TÉLÉPHONE.....

ADRESSE MAIL

DATE DE NAISSANCE.....

LIEU DE NAISSANCE.....CP.....

FINANCEMENT.....

NOM ET ADRESSE EMPLOYEUR (pour facturation si besoin).....

.....

.....

TÉLÉPHONE.....

ADRESSE MAIL

ELEVES EN SITUATION DE HANDICAP

Vous êtes en situation de handicap et vous souhaitez savoir si votre handicap est compatible avec la formation choisie

Vous êtes en situation de handicap et vous avez des questions concernant la formation

Prendre rendez-vous avec la **direction de l'IFMS** :
Tél : 03.86.92.33.66
Mail : ifms@ch-joigny.fr

Ou

Contactez la délégation régionale de l'**AGEFIPH** :
Tél : 0800111009
Lien : <https://www.agefiph.fr>

Ou

Si vous êtes inscrit à **Pôle Emploi**, un conseiller pourra vous renseigner sur les démarches à effectuer

Ou

Contactez la **MDPH de l'Yonne** à Auxerre :
Tél : 03.86.72.89.72
Mail : mdphy@yonne.fr
Lien : <https://www.mdph89.fr/formulaire/cpntact>

Ou

Contactez **CAP Emploi 89** :
Tél : 03 86 52 45 11
Lien : <https://www.capemploi-89.com/contact.html>

ACCUSE DE RECEPTION D'INSCRIPTION

(A retourner avec le dossier d'inscription)

A remplir par le candidat →

- Nom/prénom
- Adresse
- CP/ville

.....

.....

.....

.....

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

ACCUSE DE RECEPTION D'INSCRIPTION AUX EPREUVES DE SELECTION D'ENTREE EN INSTITUT DE FORMATION TPSAMS

Liste des pièces

	OUI	NON	COMMENTAIRES
Fiche d'inscription dûment remplie			
2 Photocopies recto/verso de la pièce d'identité valide			
1 Photographie			
Attestation de sécurité sociale			
Curriculum vitae			
Engagement de financement ci-joint complété signé			
Lettre de motivation manuscrite			
Dernière notification Pôle Emploi			
Chèque de 92 € à l'ordre du TRESOR PUBLIC			

Votre demande d'inscription est validée : **OUI** **NON**

Date :

Cachet de l'Institut :