INSCRIPTION A LA SELECTION 2027 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 2027 – 2028) ;
8. La fiche d'inscription à la sélection passerelle « article 25 de l'arrêté du 2 septembre 2015 relatif au Diplôme d'Etat de Masseur-Kinésithérapeute » à télécharger sur le site :
   Admission et Inscription - Hôpitaux Paris Est Val-de-Marne
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**

RELEVE D'IDENTITE BANCAIRE HOPITAUX PARIS EST VAL DE MARNE

DOMICILIATION : **BANQUE DE FRANCE** DGSO DSB TAPAZE – 2310 31 Rue Croix des petits champs 75001 PARIS

TITULAIRE : **TRESORERIE HOSP. DEPARTEMENTALE DU 94** - 1 Place du Général Pierre Billotte - 94040 CRETEIL CEDEX

Code banque	Code guichet	N° Compte	Clé RIB
30001	00907	D9470000000	05

IBAN : FR05 3000 1009 07D9 4700 0000 005 BIC : BDFEFRPPCCT

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

<u>Les personnes handicapées demandant un aménagement des épreuves doivent joindre à leur dossier d'inscription</u> :

- *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 **: <u>Avis d'opportunité de la candidature pour l'attribution de la promotion professionnelle</u>**

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 2026-2027, le **coût annuel** de la formation (frais de scolarité) menant au Diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute était de **7100 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 2027 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)
☐ Agent consulaire
☐ Contractuel de droit public
☐ Elève/étudiant ***(à compléter ci-dessous)***
☐ Fonctionnaire
☐ Intermittent du spectacle
☐ Non connu
☐ Personne en Contrat de Sécurisation Professionnelle
☐ Salarié ***(à compléter ci-dessous)***
☐ Travailleur en ESAT
☐ Travailleur non salarié
☐ 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 :.....

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 préciser : ……

Catégorie Socioprofessionnelle :
☐ Agriculteurs exploitants
☐ Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
☐ Cadres et professions intellectuelles supérieures
☐ Employés
☐ Ouvriers
☐ Professions intermédiaires
☐ Autres préciser : ……
Poste occupé : ……

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

Adresse France Travail de rattachement : ……
……
……
Nom et adresse de votre conseiller France Travail : ……
……
……
Date d'inscription à France Travail : ……/…… /……
Numéro identifiant France Travail : I…I…I…I…I…I…I…I…I…I…I…I…I…I…I…I…I *(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 : 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 : ……
……
……
……