

## **1. Pièces à joindre lors de votre inscription**

*Pour l'inscription au concours : Le candidat devra adresser l'ensemble des pièces en version papier lors de son inscription à l'ENKRE :*

1. La photocopie recto et verso de sa carte d'identité en cours de validité pour l'ensemble des épreuves ou du passeport ;
2. Les copies des titres et diplômes ;
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 Pour la constitution du dossier en vue du jury d'admissibilité :

Liste des pièces constitutives du dossier à adresser l'Institut de formation ENKRE

1. Un curriculum vitae et la description des parcours professionnel et de formation (disciplines suivies, résultats obtenus, stages effectués, expériences et compétences développées, ...); préciser vos coordonnées et l'adresse mail de contact
  2. Les copies des titres et diplômes dont le baccalauréat ;
  3. Une lettre de motivation ;
  4. Un certificat médical attestant que le candidat ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession ;
  5. Un chèque d'un montant de 125 euros à l'ordre du trésor public ;
  6. Attestation d'engagement du financement de la formation (année 2022 – 2023) ;
  7. 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
- Des détails sur le dernier cursus de formation suivi comprenant les relevés de notes
  - Toutes pièces complémentaires permettant d'éclairer l'instruction du dossier Les pièces doivent être impérativement présentées dans l'ordre ci-dessus mentionné et être placées dans une pochette à coin transparente. 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.

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



## **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 2021). Le montant de la scolarité 2022/2023 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 »



**3** Fiche d'inscription au concours Diplômés hors Union Européenne « article 25 de l'arrête du 2 septembre 2015 relatif au Diplôme d'Etat de Masseur-Kinésithérapeute

## FICHE D'INSCRIPTION AU CONCOURS 2021

(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 : .....

.....

.....

.....

**MOTIVATION DE VOTRE DEMANDE DE CANDIDATURE :**