



**IPMR de Nevers**  
**Institut Paramédical des Métiers de la Rééducation**

10 place du Général Pittié 58000 NEVERS  
☎ 09.81.79.27.57 – [www.ipmr-nevers.fr](http://www.ipmr-nevers.fr) – ✉ [secretariat@ipmr-nevers.fr](mailto:secretariat@ipmr-nevers.fr)

# **INSTITUT DE FORMATION D'ASSISTANT DENTAIRE DE NEVERS**



## **DOSSIER INSCRIPTION** **SESSION DU 9 SEPT 2024 AU 8 MARS 2026**

**Selon l'arrêté du 8 juin 2018 modifié relatif à la formation conduisant  
au titre d'assistant dentaire**

Vous trouverez ci-dessous les précisions concernant l'admission à l'Institut de Formation d'assistant dentaire de Nevers.

Les conditions d'admission sont définies selon le titre Ier de l'arrêté du 8 juin 2018 modifié conduisant au titre d'assistant dentaire.

**Le dossier d'inscription complet est à faire parvenir à l'adresse suivante :**

Institut Paramédical des Métiers de la Rééducation de Nevers  
Formation Assistant dentaire  
10 Place du Général Pittié  
58000 Nevers

## **CONDITIONS D'ADMISSION**

### **Le titre d'assistant dentaire est obtenu par les voies suivantes :**

- La formation en contrat de professionnalisation
- La formation par apprentissage (uniquement si moins de 29 ans)
- La formation professionnelle continue
- La validation des acquis de l'expérience professionnelle
- La formation initiale

Pour être admis à effectuer les études conduisant au titre d'assistant dentaire, les candidats doivent **être âgés de 18 ans révolus** pour l'entrée en formation et **justifier d'un titre ou diplôme de niveau 3** (niveau CAP, BEP ou seconde/1<sup>ère</sup> en lycée).

La sélection des candidats est réalisée de manière bipartite :

- d'une part par le chirurgien-dentiste employeur selon une lettre de recommandation
- d'autre part par l'organisme de formation sur entretien, après avoir déposé votre dossier d'inscription complet **au moins 15 jours avant le début de la formation.**

### **Equivalences :**

1. Les titulaires d'un des diplômes mentionnés aux titres Ier à VII et IX du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique ou d'un diplôme de préparateur en pharmacie hospitalière sont dispensés des modules de formation M5 et M7.

Les titulaires du diplôme de manipulateur en électroradiologie médicale sont également dispensés de module formation M3.

2. Les titulaires de la certification de qualification professionnelle d'aide dentaire sont dispensés des modules de formation M4, M5, et M6 et bénéficient de la validation automatique du bloc de compétences BC-03. Ils sont également dispensés du module de formation M7, s'ils exercent la profession d'aide dentaire depuis plus d'un an à temps plein et bénéficient de la validation du bloc de compétences BC-04.

3. Les titulaires de la certification de qualification professionnelle d'auxiliaire vétérinaire qualifié sont dispensés du module de formation M5.

Les personnes visées aux points 1° et 2° sont dispensées du suivi de l'enseignement en vue de l'obtention de l'attestation de formation aux gestes de soins d'urgence de niveau 2, si celle-ci a été validée depuis moins de quatre ans.

## CONDITIONS D'ADMISSION CAS PARTICULIERS

Après entretien avec l'organisme de formation, les titulaires d'un diplôme ou d'un titre permettant l'exercice de la profession d'assistant dentaire ou de chirurgien-dentiste obtenu en dehors d'un Etat membre de l'Union européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Principauté d'Andorre ou de la Confédération suisse peuvent être dispensés d'une partie de la formation par la Commission paritaire nationale de l'emploi et de la formation professionnelle, après étude d'un dossier composé des pièces justificatives suivantes :

1. Une copie d'une pièce d'identité en cours de validité.
2. Une copie de leur diplôme ou titre.
3. Un relevé du programme des études suivie, précisant le nombre d'heures de cours par matière et par année de formation, la durée et le contenu des stages cliniques effectués au cours de la formation ainsi que le dossier d'évaluation continue, le tout délivré et attesté par une autorité compétente du pays qui a délivré le diplôme ou le titre.
4. La traduction en français par un traducteur agréé auprès des tribunaux français de l'ensemble des documents prévus au points 2 et 3.
5. Un curriculum vitae.
6. Une lettre de motivation.
7. Un chèque de **150 €** libellé à l'ordre de IPMR correspondant aux droits d'inscription à la sélection.

Toute inscription est considérée comme définitive et il ne pourra y avoir aucun remboursement des frais d'inscription.

En cas de litige, seules les juridictions de Nevers seront compétentes.

## **CONDITIONS MEDICALES D'ADMISSION**

Selon l'article 8 de l'arrêté du 8 juin 2018 modifié relatif à la formation conduisant au titre d'assistant dentaire, le candidat s'engage à fournir pour l'admission définitive :

- **un certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France :**
  - Date et compte-rendu d'une radiographie pulmonaire datant de moins d'un an
  - Carnet ou certificats de vaccinations notifiant :
    - 1) Test tuberculinique de moins de 3 mois
    - 2) Diphtérie Tétanos Poliomyélite : date de vaccination
    - 3) Hépatite B : date et résultat des AC anti-HBs et AC anti-HBc et dates des 1<sup>ère</sup>, 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> injections
    - 4) Rougeole-Oreillons-Rubéole : date du vaccin trivalent (1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> injection) et à défaut date de la maladie ou date et résultat de la sérologie
    - 5) Varicelle : date maladie varicelle ou date et résultat de la sérologie.

**Ce certificat médical de vaccinations est à fournir au plus tard le premier jour de l'entrée en formation, faute de quoi l'inscription peut être annulée.**

En cas de contre-indication temporaire ou définitive à l'une des vaccinations indiquées ci-dessus, il appartient au médecin inspecteur régional de la santé ou son représentant, médecin inspecteur de la santé, d'apprécier la suite à donner à l'admission du candidat.

## **COÛT ET AIDES FINANCIÈRES DE LA FORMATION**

Le coût de la formation s'élève à **7 800 €** pour 18 mois dont les modalités de règlement sont les suivantes :

- Un premier versement de 2100 euros à l'entrée en formation
- Un 2<sup>ème</sup> versement de 1900 euros 4 mois après l'entrée en formation
- Un 3<sup>ème</sup> versement de 1900 euros 8 mois après l'entrée en formation
- Un 4<sup>ème</sup> versement de 1900 euros 12 mois après l'entrée en formation

Possibilité de prise en charge totale ou partielle du coût de la formation sur étude du dossier par les OPCO.

Dans le cadre du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation, aucune contrepartie financière ne peut être demandée à l'apprenant.

## **LE DOSSIER D'INSCRIPTION**

Le dossier d'inscription doit être retourné par courrier **au plus tard le vendredi 23 août 2024** (cachet de La Poste faisant foi) et comprend les pièces suivantes :

- La fiche d'inscription figurant en fin de dossier dûment remplie en majuscules, datée et signée.
- La fiche de positionnement complétée.
- La photocopie recto verso lisible d'une pièce d'identité en cours de validité (carte nationale d'identité, passeport).
- La photocopie du ou des diplômes obtenus.
- La copie de votre contrat de travail/contrat d'apprentissage/contrat de professionnalisation ou tout autre document justifiant votre emploi en cabinet dentaire
- Un curriculum vitae.
- Une lettre de motivation.
- Un chèque de **150 €** libellé à l'ordre de IPMR correspondant aux droits d'inscription à la sélection.
- Une lettre de recommandation de votre employeur chirurgien-dentiste

Toute inscription est considérée comme définitive et il ne pourra y avoir aucun remboursement des frais d'inscription.

En cas de litige, seules les juridictions de Nevers seront compétentes.

**Tout dossier incomplet sera refusé.**

# **Institut de Formation d'assistant dentaire de Nevers**

## **FICHE D'INSCRIPTION**



*Formulaire à remplir lisiblement en lettres capitales*

### **RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**

Madame

Monsieur

Nom de naissance : .....

Nom d'usage : .....

Prénom : .....

Date et lieu de naissance : .....

Adresse : .....

.....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone portable : ..... Téléphone fixe : .....

Mail : .....

Numéro NIR (Sécurité Sociale) : .....

### **DIPLÔMES**

Dernier diplôme obtenu : .....

Année : .....

### **EMPLOYEUR**

Nom (s) :

Adresse professionnelle :

*Je soussigné(e) ..... sollicite mon inscription à la sélection 2024 pour intégrer l'Institut de Formation d'assistant dentaire de Nevers et atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document.*

*Fait à ..... le ..... Signature .....*



# **Institut de Formation d'assistant dentaire de Nevers**



## **FICHE DE POSITIONNEMENT**

### **RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**

Madame

Monsieur

Nom de naissance : .....

Nom d'usage : .....

Prénom : .....

Je suis titulaire de l'Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence de niveau 2 (AFGSU 2)

OUI : date de l'attestation .....

NON

Je dispose d'autres attestations, qualifications, habilitations ou certificats : .....

.....  
.....

### **EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE AVANT L'ENTRÉE EN FORMATION**

Aucune expérience professionnelle (n'a pas quitté le système scolaire)

Aucune expérience (n'a eu aucune activité professionnelle après la sortie du système scolaire)

Alternance (contrat de professionnalisation ou d'apprentissage)

Diplôme visé : .....

Activité professionnelle exercée : .....

Activité professionnelle antérieure

Métier : .....

Employeur : .....

Durée : .....

Activité professionnelle à ce jour

Métier : .....

Employeur : .....

Depuis (date) : .....

Autre situation : .....

## STATUT AVANT L'ENTRÉE EN FORMATION

Actuellement, vous êtes :

- En formation (statut : élève, apprenti, étudiant, contrat de professionnalisation)
- En recherche d'emploi (statut : demandeur d'emploi)
- Inactif (retraité, arrêt pour raison de santé, sans activité professionnelle sans le statut de demandeur d'emploi)
- Actif (statut : salarié, indépendant ; sans contrat de professionnalisation ou d'apprentissage)

## BESOINS SPÉCIFIQUES PENDANT LA FORMATION

Quelle que soit votre situation, vous n'êtes pas dans l'obligation de répondre à cette rubrique. **Les informations que vous pourrez éventuellement nous transmettre resteront totalement confidentielles et ne seront divulguées en dehors du seul cadre de l'entretien de positionnement sans votre accord écrit et explicite.**

Ces informations visent à nous aider à mieux vous accompagner tout au long de votre parcours de formation. Selon votre situation, et uniquement si vous le désirez et selon vos besoins individuels et spécifiques, il est possible de mettre en œuvre des aménagements de votre parcours de formation et/ou des adaptations des modalités d'évaluation dans le cadre de la compensation de situation de fragilité ou de handicap.

## SITUATION DE FRAGILITÉ ET AMÉNAGEMENT DE PARCOURS

Je dispose d'une reconnaissance de qualité de travailleur handicapé (RQTH)	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> NON</li><li><input type="radio"/> OUI, mais je ne souhaite pas la préciser à l'écrit</li><li><input type="radio"/> OUI, elle concerne .....</li><li><input type="radio"/> Je ne souhaite pas répondre</li></ul>
Je dispose d'une notification (MDPH ou avis médical) en lien avec une situation de handicap ou de fragilité	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> NON</li><li><input type="radio"/> OUI, mais je ne souhaite pas la préciser à l'écrit</li><li><input type="radio"/> OUI, elle concerne .....</li><li><input type="radio"/> Je ne souhaite pas répondre</li></ul>
Je souhaite que mon tuteur / maître d'apprentissage / employeur en soit informé	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> NON, en aucun cas je ne souhaite qu'il soit informé</li><li><input type="radio"/> OUI, je lui en ferai part personnellement</li><li><input type="radio"/> OUI, j'accepte que le centre de formation échange de ma situation avec lui</li></ul>
Je souhaite faire valoir mes droits à l'aménagement de mon parcours de formation au regard de mes besoins spécifiques	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> NON, à ce jour je ne le souhaite pas</li><li><input type="radio"/> OUI, je souhaite bénéficier des aménagements / adaptations de mon parcours de formation</li><li><input type="radio"/> Je ne sais pas, je souhaite échanger avec le centre de formation</li></ul>
Je souhaite faire valoir mes droits à l'adaptation des modalités d'évaluation des épreuves du Titre d'Assistant Dentaire au regard de mes besoins spécifiques	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> NON, à ce jour je ne le souhaite pas</li><li><input type="radio"/> OUI, je souhaite bénéficier des aménagements / adaptations des modalités d'évaluation des épreuves</li><li><input type="radio"/> Je ne sais pas, je souhaite échanger avec le centre de formation</li></ul>