

OBJECTIFS

Favoriser la réussite des candidats à l'entretien individuel d'admission en école d'IBODE

- Connaître les modalités et attendus de l'épreuve
- ➡ Bénéficier d'appuis méthodologiques pour se préparer à l'épreuve d'admission
- ⇒ Favoriser la prise de paroles
- ➡ Expérimenter l'épreuve orale par le biais de mise en pratique simulée

CONTENUS PROPOSES:

- Rappel des modalités et attendus de l'épreuve orale,
- Aide à l'élaboration du parcours professionnel,
- Simulation de présentation orale,
- Présentation des attendus du cas clinique,
- Analyse du cas clinique,
- Entraînement à l'épreuve orale,
- Bilan de la formation.

Durée : 2 jours de 7 heures (déjeuner non compris), de 9h à 17h avec pause repas de 1h.

Coût: 230 € par participant si financement personnel 400 € par participant si financement employeur

Participants : de 10 à 15 personnes



Les participants sont invités à apporter un ordinateur portable et/ou un exemplaire de leur Curriculum Vitae.

Filière IBODE

Préparation à l'épreuve orale pour l'admission en école d'IBODE



Programme Sélection 2026

Les 6 et 20 Mai 2026

Secrétariat - accueil : 02 31 56 83 24





Secrétariat: 02.31.56.83.24

Formation « Préparation à l'épreuve orale d'admission en école d'IBODE »
PARTICIPANT : NOM USUEL (en caractère d'imprimerie) :
Nom de naissance :
Prénom :
Date et lieu de naissance :
Adresse personnelle :
Téléphone personnel :
Adresse mail :
Fonction:
 ▶ PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR □ Photocopie d'une pièce d'identité en cours de validité (CNI, Passeport) □ Photocopie du diplôme d'état d'infirmier(e) ▶ COUT DE LA FORMATION □ Financement par le stagiaire (230 euros) □ Financement par l'employeur ou OPCO (400 euros) ▶ EMPLOYEUR ou OPCO : (obligatoire) Nom (en caractère d'imprimerie) : Adresse :
Tálánhana mafassiannal (
Téléphone professionnel : _ (à remplir impérativement)
Correspondant de formation continue de l'établissement :

NB : L'école d'IBODE se réserve le droit d'annuler la session si le nombre d'inscrits n'est pas suffisant et/ou en fonction des conditions sanitaires.

Adresse mail: ______ Téléphone : ______