

## DOSSIER DE CANDIDATURE CONCOURS D'ENTRÉE 2025

### PROFESSION EXERCÉE :

**FILIÈRE infirmière :**       IDE                       IBODE                       IADE                       PUER

**FILIÈRE rééducation :**       Masseur kinésithérapeute       Orthophoniste       Ergothérapeute  
 Diététicien       Orthoptiste       Pédicure-podologue       Psychomotricien

**FILIÈRE médico-technique :**       Préparateur en pharmacie hospitalière       MERM  
 Technicien de laboratoire

Faisant Fonction Cadre de Santé en Unité de Soins

Faisant Fonction Cadre de santé en Institut de Formation       IDEC

### IDENTIFICATION

M.                       Mme

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Nom d'usage : .....

Date de naissance : .....

Lieu de naissance : .....

Département de naissance (nom et numéro): .....

Nationalité : ..... Numéro de S.S : ..../...../...../...../...../...../...../...../...../.....

Collez une  
PHOTO

### ADRESSE PERSONNELLE :

.....

.....

Ville : ..... Code Postal : .....

☎ : ..../...../...../...../.....

Portable : ..../...../...../...../.....

E-mail personnel :

.....@.....

**COORDONNEES PROFESSIONNELLES COMPLETES :**

Etablissement :  
.....

Service :  
.....

Adresse :  
.....  
.....

Ville : ..... Code Postal : .....

☎ : ...../...../...../...../.....

Portable : ...../...../...../...../.....

E-mail professionnel: .....@.....

**COORDONNEES DIRECTION RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT OU ORGANISME DE PRISE EN CHARGE :**

Etablissement :  
.....

Service : DRH .....

Nom du Directeur des Ressources Humaines : .....

Adresse : .....

N° SIRET : .....

Ville : ..... Code Postal : .....

☎ : ...../...../...../...../.....

E-mail :  
.....@.....

**FRANCE TRAVAIL OU ANCIENNEMENT POLE EMPLOI :**

Numéro pôle emploi : ..... Inscrit(e) depuis le : .....

Indemnisé(e) :  oui  non

Merci de joindre votre attestation d'inscription à pôle emploi.

**AMENAGEMENT DES ÉPREUVES :**

Votre situation nécessite-t-elle un aménagement particulier en lien avec une situation de handicap ?

oui  non

Si oui lequel ?

A – Organisation du temps :

Temps majoré pour les épreuves (dans la limite du tiers temps) :

Écrites

Orales

Période de repos (avec compensation du temps nécessaire)

Possibilité de se lever, marcher, aller aux toilettes dès la 1ère heure

B - Accès aux locaux et installation matérielle :

Salle en rez-de-chaussée avec accès direct

Sanitaires aménagés

C – Aides techniques :

Utilisation d'un ordinateur

→ Préciser :  fourni par le candidat ou  fourni par l'institut

Utilisation d'un matériel ou outil pédagogique spécifique mis à disposition du candidat

Préciser : .....

Agrandissement des sujets :  Arial 16  Arial 20  Agrandissement A3

D – Aides humaines :

Les aides humaines décrites sont prévues pour :

Les épreuves orales

Les épreuves écrites :

Préciser :  début de l'épreuve écrite (énoncé, consignes, installation,...) ou  totalité de la durée de l'épreuve écrite

Autre type d'aide humaine :

.....

Possédez-vous un RQTH ?  oui  non

Souhaitez-vous rencontrer un référent handicap ?  oui  non

**Veuillez fournir les justificatifs nécessaires à votre demande d'aménagement d'épreuves.**

## FORMATIONS SUIVIES

### Enseignement général : (CAP, BEP, BAC)

- Niveau d'études :

Intitulé de la formation : .....

Etablissement de formation : .....

Adresse de l'établissement de formation : .....

.....

Diplôme obtenu : OUI  NON  Dates d'obtention : .....

- Niveau d'études :

Intitulé de la formation : .....

Etablissement de formation : .....

Adresse de l'établissement de formation : .....

.....

Diplôme obtenu : OUI  NON  Dates d'obtention : .....

- Niveau d'études :

Intitulé de la formation : .....

Etablissement de formation : .....

Adresse de l'établissement de formation : .....

.....

Diplôme obtenu : OUI  NON  Dates d'obtention : .....

### Etudes universitaires :

Avez-vous suivi une ou des formations universitaires ? OUI  NON

Intitulé de la formation : .....

Année de formation : .....

Etablissement de formation : .....

Adresse de l'établissement de formation : .....

.....

Diplôme obtenu : OUI  NON

Année d'obtention : .....

**Etudes professionnelles : (DE, BP ...)**

**Diplôme professionnel, certificat ou autre titre permettant d'exercer la profession :**

.....

Intitulé de la formation : .....

Année de formation : .....

Etablissement de formation : .....

Adresse de l'établissement de formation : .....

.....

**Date d'obtention :** .....

**N° ADELI ou RPPS (fournir obligatoirement copie de l'attestation) :** .....

**N° d'Inscription à l'Ordre (fournir obligatoirement copie de l'attestation) :** .....

**Autre(s) Titre(s) Professionnel(s) dont vous êtes titulaire :**

**Diplôme professionnel, certificat ou autre titre :** .....

Intitulé de la formation : .....

Année de formation : .....

Etablissement de formation : .....

Adresse de l'établissement de formation : .....

.....

.....

## EXERCICES PROFESSIONNELS

<p><b>Dates d'exercices</b> Du ...../...../..... Au ...../...../.....</p> <p>Temps plein <input type="checkbox"/></p> <p>Temps partiel <input type="checkbox"/> (.....%)</p> <p><b>TOTAL :</b> ..... Années, ..... Mois</p>	<p><b>Nom de l'établissement :</b> .....</p> <p>Adresse de l'établissement : ..... ..... .....</p>	<p><b>Service ou Ecole</b></p> <p>..... .....</p>	<p><b>Poste occupé</b> (ex : IDE, PUER, MERM...)</p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;"><b>Et / Ou</b></p> <p><input type="checkbox"/> FF Cadre <input type="checkbox"/> FF Formateur <input type="checkbox"/> IDEC</p>
<p><b>Dates d'exercices</b> Du ...../...../..... Au ...../...../.....</p> <p>Temps plein <input type="checkbox"/></p> <p>Temps partiel <input type="checkbox"/> (.....%)</p> <p><b>TOTAL :</b> ..... Années, ..... mois</p>	<p><b>Nom de l'établissement :</b> .....</p> <p>Adresse de l'établissement : ..... ..... .....</p>	<p><b>Service ou Ecole</b></p> <p>..... .....</p>	<p><b>Poste occupé</b> (ex : IDE, PUER, MERM...)</p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;"><b>Et / Ou</b></p> <p><input type="checkbox"/> FF Cadre <input type="checkbox"/> FF Formateur <input type="checkbox"/> IDEC</p>
<p><b>Dates d'exercices</b> Du ...../...../..... Au ...../...../.....</p> <p>Temps plein <input type="checkbox"/></p> <p>Temps partiel <input type="checkbox"/> (.....%)</p> <p><b>TOTAL :</b> ..... Années, ..... Mois</p>	<p><b>Nom de l'établissement :</b> .....</p> <p>Adresse de l'établissement : ..... ..... .....</p>	<p><b>Service ou Ecole</b></p> <p>..... .....</p>	<p><b>Poste occupé</b> (ex : IDE, PUER, MERM...)</p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;"><b>Et / Ou</b></p> <p><input type="checkbox"/> FF Cadre <input type="checkbox"/> FF Formateur <input type="checkbox"/> IDEC</p>
<p><b>Dates d'exercices</b> Du ...../...../..... Au ...../...../.....</p> <p>Temps plein <input type="checkbox"/></p> <p>Temps partiel <input type="checkbox"/> (.....%)</p> <p><b>TOTAL :</b> ..... Années, ..... Mois</p>	<p><b>Nom de l'établissement :</b> .....</p> <p>Adresse de l'établissement : ..... ..... .....</p>	<p><b>Service ou Ecole</b></p> <p>..... .....</p>	<p><b>Poste occupé</b> (ex : IDE, PUER, MERM...)</p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;"><b>Et / Ou</b></p> <p><input type="checkbox"/> FF Cadre <input type="checkbox"/> FF Formateur <input type="checkbox"/> IDEC</p>
<b>TOTAL</b>	<p style="text-align: center;">..... Années, ..... mois</p>		

<p><b>Dates d'exercices</b> Du ...../...../..... Au ...../...../.....</p> <p>Temps plein <input type="checkbox"/></p> <p>Temps partiel <input type="checkbox"/> (.....%)</p> <p><b>TOTAL :</b> ..... années, ..... mois</p> <p><b>Dates d'exercices</b> Du ...../...../..... Au ...../...../.....</p> <p>Temps plein <input type="checkbox"/></p> <p>Temps partiel <input type="checkbox"/> (.....%)</p> <p><b>TOTAL :</b> ..... années, ..... mois</p>	<p><b>Nom de l'établissement :</b> .....</p> <p>Adresse de l'établissement : ..... ..... .....</p> <p><b>Nom de l'établissement :</b> .....</p> <p>Adresse de l'établissement : ..... ..... .....</p>	<p><b>Service ou Ecole</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><b>Service ou Ecole</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><b>Poste occupé</b> (ex : IDE, PUER, MERM...)</p> <p>.....</p> <p><b>Et / Ou</b></p> <p><input type="checkbox"/> FF Cadre <input type="checkbox"/> FF Formateur <input type="checkbox"/> IDEC</p> <p><b>Poste occupé</b> (ex : IDE, PUER, MERM...)</p> <p>.....</p> <p><b>Et / Ou</b></p> <p><input type="checkbox"/> FF Cadre <input type="checkbox"/> FF Formateur <input type="checkbox"/> IDEC</p>
<p><b>Dates d'exercices</b> Du ...../...../..... Au ...../...../.....</p> <p>Temps plein <input type="checkbox"/></p> <p>Temps partiel <input type="checkbox"/> (.....%)</p> <p><b>TOTAL :</b> ..... années, ..... mois</p>	<p><b>Nom de l'établissement :</b> .....</p> <p>Adresse de l'établissement : ..... ..... .....</p>	<p><b>Service ou Ecole</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><b>Poste occupé</b> (ex : IDE, PUER, MERM...)</p> <p>.....</p> <p><b>Et / Ou</b></p> <p><input type="checkbox"/> FF Cadre <input type="checkbox"/> FF Formateur <input type="checkbox"/> IDEC</p>
<p><b>Dates d'exercices</b> Du ...../...../..... Au ...../...../.....</p> <p>Temps plein <input type="checkbox"/></p> <p>Temps partiel <input type="checkbox"/> (.....%)</p> <p><b>TOTAL :</b> ..... années, ..... mois</p>	<p><b>Nom de l'établissement :</b> .....</p> <p>Adresse de l'établissement : ..... ..... .....</p>	<p><b>Service ou Ecole</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><b>Poste occupé</b> (ex : IDE, PUER, MERM...)</p> <p>.....</p> <p><b>Et / Ou</b></p> <p><input type="checkbox"/> FF Cadre <input type="checkbox"/> FF Formateur <input type="checkbox"/> IDEC</p>
<p><b>TOTAL</b></p>	<p>..... Années, ..... mois</p>		

**CERTIFICAT MÉDICAL**  
**(Émanant d'un médecin agréé)**

Je soussigné Dr.....Médecin agréé<sup>1</sup>, certifie que :

Madame, Monsieur ....., né(e) le .....

Domicilié(e) :

.....  
.....  
.....

Est à jour de ses vaccinations obligatoires conformément à l'Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L.3111-4 du code de la Santé Publique, version consolidée du 22 janvier 2014.

Est apte physiquement et ne présente pas de contre-indication au suivi de la formation cadre de santé.

Date : ...../...../.....

**Signature et Cachet du Médecin Agréé**

---

<sup>1</sup> La liste des médecins agréés est disponible auprès de l'ARS de votre région

## ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE

*PAR L'EMPLOYEUR*

Je soussigné(e) .....  
Représentant(e) de l'établissement : .....  
Atteste que les frais d'inscription de 175€ et les frais pédagogiques de 13 800€ de :  
Mme, M. ....  
Seront pris en charge par l'établissement.  
Fait à ..... Le .....

**Signature et cachet de l'établissement.**

---

## ATTESTATION DE DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

*PAR L'EMPLOYEUR OU ORGANISME DE FINANCEMENT*

Je soussigné(e) .....  
Représentant(e) de l'établissement ou de l'organisme de financement : .....  
Atteste que Mme, M. ....  
À sollicité un financement pour la prise en charge de sa formation.  
Fait à ..... Le .....

**Signature et cachet de l'établissement.**

---

## ATTESTATION DE DEMANDE DE PRISE EN CHARGE PERSONNELLE

*SUR L'HONNEUR*

Je soussigné(e) Mme/M.....m'engage à prendre  
en charge les frais de formation d'un montant de **13 800€** et des frais d'inscription de **175€**, en cas de non  
prise en charge par mon employeur ou tout autre organisme de financement.

Fait à ..... Le .....

**Nom et signature du Candidat**

## CALENDRIER



**Inscriptions** Du jeudi 2 janvier au samedi 15 février 2025



### Épreuves de sélection

Épreuve écrite : Le mardi 25 mars 2025 de 13 h à 17 h

Épreuve orale : Du lundi 12 au vendredi 16 mai 2025

Affichage des résultats : Le mardi 27 mai à 17h

## INSCRIPTION

Je soussigné(e) : Nom de naissance Prénom(s) : .....

- Déclare faire acte de candidature à la sélection d'accès à la formation cadre de santé du CHU de Montpellier.

- Je certifie sincères et exacts les renseignements ci-dessus ;

- Je m'engage, sous peine de nullité de ma candidature, à transmettre à l'Institut de Formation des Cadres de Santé du CHU de Montpellier, la totalité des pièces demandées en même temps que ce dossier de candidature.

Fait à ..... Le .....

Signature du candidat:

**Autoriserez-vous l'Institut de Formation des cadres de santé à publier votre nom sur son site internet lors de la diffusion des résultats d'admissibilité et d'admission ?**

OUI

NON  (mettre une croix dans la case correspondante)