

DOSSIER DE CANDIDATURE CONCOURS D'ENTRÉE 2026

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.

**FORMULAIRE D'AVIS D'AMENAGEMENT(S)
DE SELECTION, DE FORMATION, D'EXAMEN(S)
POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP**

A remplir, faire signer et tamponner par un médecin agréé¹
(original du document à retourner à l'institut de formation concerné)

Cet avis concerne :

NOM	
Prénom	
Date de naissance	
Adresse	

Pour (cocher et remplir obligatoirement) :

☐ La sélection d'entrée à l'IFMS, pour l'année(s) :

.....

☐ Les enseignements à l'IFMS, pour l'année(s) :

.....

☐ Les évaluations à l'IFMS, pour l'année(s) :

.....

Préciser l'Institut/l'École/le Centre concerné(e) par la demande :

☐ IFSI

☐ IBODE

☐ IFMEM

☐ PUER

☐ IFAS

☐ CFPPH

☐ IFA

☐ IFCS

☐ IADE

Au vu de la situation particulière de.....,

des informations médicales actualisées qui m'ont été transmises à l'appui de sa demande, et en cohérence avec les conditions de déroulement de sa scolarité antérieure, je soussigné(e)....., médecin agréé, donne un **avis favorable** pour les **aménagements** suivants :

¹ Généralistes et spécialistes figurant sur une liste établie dans chaque département par le Préfet, sur proposition du directeur général de l'agence régionale de santé (ARS), après avis du Conseil départemental de l'Ordre des Médecins et du ou des syndicats départementaux des médecins

Aménagements préconisés		Précisions éventuelles
Majoration de temps d'examen <i>(1/3 temps supplémentaire)</i> <ul style="list-style-type: none"> ➤ pour les épreuves écrites ➤ pour les épreuves orales ➤ pour les épreuves pratiques 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Temps de pause durant l'épreuve <i>(sans majoration de temps de l'examen : temps de pause décomptés)</i>	<input type="checkbox"/>	
Accessibilité aux locaux et/ou aménagement de salle et/ou salle spécifique	<input type="checkbox"/>	
Reformulation des sujets	<input type="checkbox"/>	
Adaptation de l'examen <i>(exemple : passage d'un écrit à l'oral ou inversement)</i>	<input type="checkbox"/>	
Aide technique <i>Joindre à ce formulaire :</i> <i>RQTH en cours de validité ou, pour les personnes entre 15 et 20 ans : projet personnalisé de scolarisation en cours de validité</i>	<input type="checkbox"/>	
Aide humaine <i>Joindre à ce formulaire :</i> <i>RQTH en cours de validité ou, pour les personnes entre 15 et 20 ans : projet personnalisé de scolarisation en cours de validité</i>	<input type="checkbox"/>	
Autre <i>Joindre à ce formulaire :</i> <i>RQTH en cours de validité ou, pour les personnes entre 15 et 20 ans : projet personnalisé de scolarisation en cours de validité</i>	<input type="checkbox"/>	

« Je soussigné(e), médecin, atteste sur l'honneur que les informations portées dans ce tableau sont exactes et correspondent aux besoins réels de l'étudiant(e). Nombre de cases cochées : ____ »

Fait à :

Le : __/__/____

Signature et cachet du Médecin agréé :

Partie à remplir par l'école ou institut :

Suite à l'étude de votre demande d'aménagement d'examen, l'Institut de formation en santé deaccorde les aménagements détaillés ci-dessous :

- 1/3 temps supplémentaire pour les évaluations écrites
- 1/3 temps supplémentaire pour les évaluations pratiques
- 1/3 temps supplémentaire pour les évaluations écrites et pratiques
- Autorisation de sorties de salles lors des évaluations (sans décompte de temps)
- Autre:.....
.....
.....
.....

Signatures :

Pris connaissance le :

La Direction :

L'Etudiant :

Le Référent Handicap :

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

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

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

CERTIFICAT MÉDICAL
(Émanant d'un médecin agréé)

Je soussigné Dr.....Médecin agréé², 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

² 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 Vendredi 2 janvier au Dimanche 15 février 2026



Épreuves de sélection

Épreuve écrite : Le mardi 24 mars 2026 de 13 h à 17 h

Épreuve orale : Du lundi 11 au mercredi 13 mai 2026

Affichage des résultats : Le mercredi 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)

LISTE DES PIÈCES À FOURNIR

(Merci de les insérer dans l'ordre)

Type de document	Visé candidat	Visé secrétariat
Dossier de candidature téléchargé dûment complété + fiche récapitulative d'inscription en ligne de fin de saisie		
Photocopie du/des diplômes professionnels		
Justificatifs de la durée d'exercice professionnel : <ul style="list-style-type: none"> • Attestation de l'employeur ou des employeurs justifiants des années d'exercice professionnel pour les salariés. • Certificat d'identification établi par la caisse primaire d'assurance maladie du secteur d'exercice et une attestation d'inscription au rôle de la patente ou taxe professionnelle pour la période correspondant à leur exercice établie par les services fiscaux de leur lieu d'exercice et tout autre document permettant de justifier des modes d'exercice. 		
Certificat médical du médecin agréé attestant l'aptitude physique et l'absence de contre-indication au suivi de la formation		
Certificat médical attestant que le candidat est « à jour des vaccinations obligatoires » fixées par l'article L10 du code de la Santé Publique.		
Attestation d'inscription ADÉLI ou RPPS		
Attestation d'inscription à l'ordre infirmier ou autre selon votre profession relevant de l'ordre		
2 photos d'identités (nom de naissance + nom d'usage et prénom du candidat au verso)		
Copie recto verso de la carte d'identité ou copie du passeport en cours de validité ou d'un titre de séjour valide à l'entrée en formation pour les candidats étrangers hors Union Européenne.		
3 enveloppes autocollantes format A5 libellées à vos noms et adresse et <u>affranchies au tarif normal pour 20 grammes</u>		
L'attestation de prise en charge ou demande de prise en charge des frais pédagogique de 13 800€ et des frais d'inscription de 175€ par l'employeur ou l'organisme de financement concerné, ou, à défaut, un engagement sur l'honneur du candidat, à régler la totalité des frais de scolarité de 13800€ et 175€.		
Un chèque de 100 €, non remboursable, en règlement des frais de dossier et de sélection, libellé à l'ordre de TP CHU de Montpellier, IFMS Régie 44		