



DOSSIER DE CANDIDATURE CONCOURS D'ENTREE 2022

PROFESSION EXERCEE :

FILIERE IDE :

IDE IBODE IADE PUER

FILIERE de rééducation :

Masseurs kinésithérapeutes Ergothérapeute

Diététiciens

FILIERE médico technique :

Préparateur en pharmacie hospitalière MERM

Techniciens de laboratoire

Faisant fonction Cadre de santé

Faisant fonction formateur

IDEC

IDENTIFICATION

M. Mme

Nom :

Prénom :

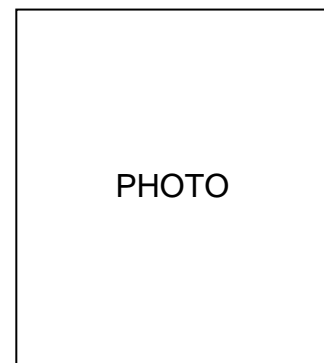
Nom de naissance:

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Département de naissance (nom et numéro):

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



ADRESSE PERSONNELLE :

.....

.....

Ville : Code Postal :

☎ :/...../...../...../.....

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

E-mail :@.....

COORDONNEES PROFESSIONNELLES COMPLETES :

Etablissement :

Service :

Adresse :

.....

Ville : Code Postal :

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

E-mail :@.....

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

Etablissement :

Service : DRH

Nom de la Directrice des ressources Humaines :

Adresse :

.....

.....

Ville : Code Postal :

☎ :/...../...../...../.....

E-mail :@.....

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 EPREUVES :

Votre entrée en formation nécessite-t-elle un aménagement particulier en lien avec une situation d'handicap ? oui non

Souhaitez-vous rencontrer notre référent handicap ? oui non

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 (obligatoire) :

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

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

CALENDRIER



Inscriptions Du dimanche 2 Janvier au mardi 15 février 2022



Epreuves de sélection

Admissibilité : Le mardi 29 mars 2022 de 14 h à 18 h

Admission : Du mercredi 11 au vendredi 13 mai 2022

INSCRIPTION

Je soussigné(e),

1) déclare faire acte de candidature,

2) certifie sincères et exacts les renseignements ci-dessus,

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

Fait à Le

Signature :

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)

**INSTITUT DE FORMATION DES CADRES DE SANTE
INSTITUTS DE FORMATION AUX METIERS DE LA SANTE
1146 Avenue du Père Soulas - 34295 Montpellier Cedex 5
Tél. 04.67.33.88.70 / .88.74 e-mail : cfph-ifcs-sec@chu-montpellier.fr**

LISTE DES PIÈCES À FOURNIR (Merci de les insérer dans l'ordre)

Type de document	Visé candidat	Visé secrétariat
Lettre de candidature manuscrite		
Dossier de candidature téléchargé dûment complété		
Photocopie du/des diplômes professionnels		
Documents enregistrement ARS + ADELI ou RPS		
Justificatifs de durée d'exercice professionnel : <ul style="list-style-type: none"> • Certificats de travail pour les salariés, • Certificat d'identification établi par la caisse primaire d'assurance maladie du secteur d'exercice, • L'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. 		
Certificat du médecin agréé		
PASS sanitaire		
Certificat médical attestant que le candidat est « à jour des vaccinations obligatoires »		
Photocopie recto verso de la carte d'identité en cours de validité		
2 photos d'identités		
2 enveloppes autocollantes libellées à vos noms et adresse et affranchies au tarif normal pour 20 grammes		
Pour les demandeurs d'emploi : L'attestation d'inscription pôle emploi avec la date exacte de l'inscription		
L'attestation de prise en charge ou demande de prise en charge des frais de scolarité par l'employeur ou l'organisme de financement concerné, ou, à défaut, un engagement sur l'honneur du candidat, à régler les frais de scolarité		
Un chèque de 90 € , non remboursable, en règlement des frais de dossier et de sélection, libellé à l'ordre de TP CHU de Montpellier, IFMS régis 44		