



**COORDONNEES PROFESSIONNELLES COMPLETES :**

Etablissement : .....

Service : .....

Adresse : .....

.....

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

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

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

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

Etablissement : .....

Service : DRH .....

Nom du Directeur 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

Si oui lequel : .....

## 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/RPPS(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><b>Dates d'exercices</b> Du ...../...../..... Au ...../...../.....</p> <p>Temps plein <input type="checkbox"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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>..... Années, ..... mois</p>		

<p><b>Dates d'exercices</b> Du ...../...../..... Au ...../...../.....</p> <p>Temps plein <input type="checkbox"/> 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><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"/> 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><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"/> 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><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"/> 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><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>..... <b>Années, ..... mois</b></p>		

## CALENDRIER



**Inscriptions** Du mardi 2 janvier au jeudi 15 février 2024



**Epreuves de sélection**

Epreuve écrite : Le mardi 26 mars 2024 de 14 h à 18 h

Epreuve orale : Du lundi 13 au vendredi 17 mai 2024

## 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 ;
- Certifie sincères et exacts les renseignements ci-dessus ;
- 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 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
Lettre de candidature manuscrite		
Dossier de candidature téléchargé dûment complété +fiche récapitulative d'inscription en ligne de fin de saisie		
Photocopie du/des diplômes professionnels		
<b>Justificatifs de la durée d'exercice professionnel :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Attestation de l'employeur ou des employeurs justifiants des années d'exercice professionnel</b> pour les salariés.</li> <li>• <b>Certificat d'identification</b> établi par la caisse primaire d'assurance maladie du secteur d'exercice et une <b>attestation d'inscription</b> au rôle de la patente ou <b>taxe professionnelle</b> 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.</li> </ul>		
<b>Certificat médical du médecin agréé attestant l'aptitude physique et l'absence de contre-indication au suivi de la formation</b>		
<b>Certificat médical</b> attestant que le candidat est « à jour des <b>vaccinations obligatoires</b> » fixées par l'article L10 du code de la Santé Publique.		
<b>2 photos d'identités (nom de naissance + nom d'usage et prénom du candidat au verso)</b>		
<b>Copie recto verso</b> de la carte d'identité ou copie du passeport		
<b>3 enveloppes autocollantes format A5</b> libellées à vos noms et adresse et <u>affranchies au tarif normal pour 20 grammes</u>		
<b>L'attestation de prise en charge</b> ou demande de prise en charge des <b>frais de scolarité</b> 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		
<b>Un chèque de 90 €</b> , non remboursable, en règlement des frais de dossier et de sélection, libellé à l'ordre de TP CHU de Montpellier, IFMS régie 44		