ELEMENTS DU DOSSIER D'INSCRIPTION
Pièces à fournir

- **Le dossier d'inscription de l'Institut dûment rempli** *(cf. pièce jointe)*.

- **Une lettre manuscrite de demande d'inscription au concours.**

- **2 photos d'identité** format 3,5 x 4,5 (dont une à coller sur le dossier d'inscription).

- **Une copie d'une pièce d'identité** en cours de validité (recto / verso).

- **Une copie des diplômes**
  - généraux
  - professionnels et **copie du(des) numéro(s) d'enregistrement** de votre(vos) diplôme(s) (**numéro ADELI** donné par l'ARS de votre région).

- **Une attestation de l'employeur, ou des employeurs, justifiant des quatre années d'exercice** :

IMPORTANT : les périodes d'interruption (congés maternité, disponibilités, congés maladie, etc…), ainsi que le pourcentage de temps de travail doivent impérativement être mentionnés.

Merci de faire apparaître également l'absence de période d'interruption si tel est le cas.

Pour les candidats exerçant dans le secteur libéral, un certificat d'identification établi par la ou les caisses primaires d'assurance maladie du secteur de leur exercice et une attestation d'inscription au rôle de la patente ou de la taxe professionnelle pour la période correspondant à leur exercice, établie par les services fiscaux de leur lieu d'exercice, et tous autres documents permettant de justifier des modes d'exercice.

- **Une attestation de prise en charge ou de demande de prise en charge des frais de scolarité pour l'année de formation cadre** 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 : 10 500 € *(cf. pièce jointe)*.

- **2 enveloppes format C4** (229 x 324 mm), avec vos nom et adresse, affranchies à 7,05 €.

- **2 formulaires « recommandés avec accusé de réception »** dûment complétés :
  - Destinataire : nom – prénom et adresse du candidat
  - Expéditeur : I.F.C.S. – C.H.U. – BP 77908 – 21079 DIJON CEDEX

- **Un chèque de 105 €, non remboursable,** en règlement des frais de dossier et de sélection, libellé à l'ordre de « Trésorerie Principale du CHU de Dijon ».

Date de dépôt de dossier (cachet de la poste faisant foi) entre le 2 janvier et le 15 février 2017.

Aucun dossier ne sera pris en compte au-delà de ces dates.

Sera à fournir au moment de la confirmation d'entrée à l'IFCS :

- Une copie de l'attestation de droit de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- Un certificat médical émanant d'un médecin agréé « attestant l'aptitude physique et l'absence de contre-indication au suivi de la formation »
- Un certificat médical attestant que le candidat est à jour des vaccinations obligatoires prévues par l'article L.10 du code de la santé publique

DOSSIER D'INSCRIPTION

à nous retourner sous forme papier entre le 2 janvier et le 15 février 2017

❒ Madame ❒ Monsieur

NOM de NAISSANCE :

NOM (d'usage) :

PRENOM :

DATE de NAISSANCE : **LIEU :**

NATIONALITE :

SITUATION FAMILIALE : **NOMBRE D'ENFANTS :**

NUMERO de SECURITE SOCIALE : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

Coller ici
une photo
3,5 x 4,5

ADRESSE PERSONNELLE :

N° : Rue :

Code Postal : Commune :

Tél. : Tél. Portable : Fax :

E-mail : @

DIPLOMES PROFESSIONNELS* :

❒ IDE ..... **Spécialisation :** ❒ IADE ..... ❒ IBODE ..... ❒ PUER .....

❒ ISP .....

❒ MERM ..... ❒ MK ..... ❒ PPHAR ..... ❒ TAB .....

Institut où a été effectué : - la formation initiale : .....

- la spécialisation éventuelle : .....

IDE = Infirmier **ISP** = Infirmier de Secteur Psychiatrique
MERM = Manipulateur en Electroradiologie Médicale
MK = Masseur Kinésithérapeute
PPHAR = Préparateur en Pharmacie
TAB = Technicien en Analyses Biomédicales

** Indiquer la date d'obtention du diplôme*

Cadre réservé à l'IFCS

Lettre manuscrite	❒
2 photos d'identité	❒
Copie pièce d'identité	❒
Copie(s) diplôme(s)	❒
Attestation(s) employeur(s)	❒
Attestation prise en charge	❒
2 enveloppes	❒
2 formulaires recommandés AR	❒
Chèque de 105 Euros	❒

A fournir à l'entrée en formation :

Copie attestation carte vitale	❒
Certificat médical médecin agréé	❒
Certificat médical vaccinations	❒

DIPLOMES ET ETUDES :

– UNIVERSITAIRES :

Domaine(s)	Niveau

– AUTRES :

ACTIVITE PROFESSIONNELLE ACTUELLE :

Nom de l'établissement employeur : **Tél. :**

N° et Rue :

Code postal et ville :

- Nom du Site dans lequel vous exercez (si différent de celui ci-dessus) :
- Adresse : Tél. :

Fonction : Service :

Tél. : Fax. : E-mail :

Nom du Directeur de Soins : Tél. :

Secteur : **Public** ❒ Hospitalier ❒ Territorial ❒ Education Nationale ❒ Armée ❒

Privé ❒ Part. au Service Public Hosp. ❒ A but lucratif (Clinique, intérim) ❒

Associatif ❒ **Libéral** ❒ **Autre** ❒

RESPONSABILITES ASSUMEES : (Précisez leur nature)

Année / Durée

- dans le cadre professionnel :

- dans le cadre extra professionnel :

FORMATION PROFESSIONNELLE CONTINUE :

Année / Durée

Intitulé(s) :

ETUDES ET PUBLICATIONS (précisez l'année) :

PREPARATION AU CONCOURS D'ENTREE A L'I.F.C.S.:

Année(s)	Organisme(s)	Nombre d'heures

CONCOURS D'ENTREE EN I.F.C.S. :

Avez-vous déjà passé un concours d'entrée ? OUI ❒ NON ❒

- Nom du ou des I.F.C.S. :

- Année(s) du ou des concours :

INSCRIPTION DANS D'AUTRES I.F.C.S. :

Etes-vous inscrit(e)s dans un ou d'autres I.F.C.S. OUI ❒ NON ❒

Si oui, lequel(lesquels) ?

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

Nom : Qualité :

Tél :

RECAPITULATIF DU DEROULEMENT DE LA CARRIERE (remplir la page suivante).

Je certifie l'exactitude des renseignements portés sur ce dossier de candidature :

***Date* :**

***NOM – Prénom* :** ***Signature* :**

RECAPITULATIF DU DEROULEMENT DE LA CARRIERE

Joindre les attestations des employeurs depuis l'obtention de votre diplôme professionnel

Conformément à l'Arrêté du 16 août 1999 modifiant l'arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé : *« Le candidat doit avoir exercé pendant au moins 4 ans à temps plein ou une durée de quatre ans d'équivalent temps plein au 31 janvier de l'année des épreuves de sélection pour être admis à suivre la formation ».*

NOM et ADRESSE de l'EMPLOYEUR*	**SERVICES** d'affectation[1]	Fonction occupée[2]	Dates précises des périodes passées dans chaque service		Durée en mois	Dates des interruptions de services supérieures à un mois[3]		Durée en mois	**TOTAL en mois exercice prof. réel équivalent temps plein**
			du	au		du	au		
			.. / .. / ….	.. / .. / ….		.. / .. / ….	.. / .. / ….		
			.. / .. / ….	.. / .. / ….		.. / .. / ….	.. / .. / ….		
			.. / .. / ….	.. / .. / ….		.. / .. / ….	.. / .. / ….		
			.. / .. / ….	.. / .. / ….		.. / .. / ….	.. / .. / ….		
			.. / .. / ….	.. / .. / ….		.. / .. / ….	.. / .. / ….		
			.. / .. / ….	.. / .. / ….		.. / .. / ….	.. / .. / ….		
			.. / .. / ….	.. / .. / ….		.. / .. / ….	.. / .. / ….		
			.. / .. / ….	.. / .. / ….		.. / .. / ….	.. / .. / ….		
			.. / .. / ….	.. / .. / ….		.. / .. / ….	.. / .. / ….		

* Débuter à partir de l'obtention de votre diplôme d'état.

[1] Indiquer la discipline : médecine, chirurgie ou spécialité.
[2] Ajouter la quotité de travail = 100 %, 75 %, …
[3] Disponibilités, congés maladie et maternité sont considérés, pour l'étude du dossier, comme interruptions de service.

SELECTION D'ENTREE A L'I.F.C.S. DE DIJON

ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE
DES FRAIS DE SCOLARITE DE LA FORMATION CADRE DE SANTE

Par l'employeur ou l'organisme de financement	**Par le candidat n'ayant pas de prise en charge**
Frais de scolarité : 10 500 €*	**Frais de scolarité : 10 500 €***
Etablissement : Je soussigné(e) : Qualité : Atteste que : Mme / M. : ..... Cochez une seule case : ❒ **A déposé une demande de prise en charge** des frais de scolarité auprès de notre établissement ❒ **Sera pris(e) en charge** par l'établissement pour les frais de scolarité afférents à cette formation, sous réserve de son admission à la formation Cadre de santé ❒ **A fait une demande de prise en charge** des frais de scolarité auprès de l'organisme suivant : ..... ❒ **Ne sera pas pris(e) en charge** par l'établissement Date : Signature et cachet de l'établissement :	Je soussigné(e) : M'engage sur l'honneur, en cas d'admission à la formation de Cadre de santé, à régler la totalité des frais de scolarité afférents à cette formation Date : Signature du candidat :

* Tarif 2016/2017. Le tarif 2017/2018 n'est pas encore arrêté, il sera communiqué dès que possible.

I.F.C.S. – C.H.U. – 10 Bis Bd Mal-de-Lattre-de-Tassigny – BP 77908 – 21079 DIJON CEDEX
Tél : 03.80.29.33.67 – Fax : 03.80.29.53.69 – E-mail : IFCS@chu-dijon.fr