



DOSSIER D'INSCRIPTION

Pièces à fournir

- Le dossier d'inscription de l'Institut dûment rempli (*cf. pièce jointe*).
- Un courrier 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 également :
 - Pour les infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes : copie de l'identifiant RPPS (Répertoire Partagé des Professionnels de Santé)
 - Pour les autres professions : copie de l'attestation d'inscription au répertoire Adeli (numéro ADELI donné par l'ARS de votre région).
- Une attestation de l'employeur, ou des employeurs, justifiant des quatre années d'exercice :

IMPORTANT : Le pourcentage de temps de travail doit impérativement être mentionné.

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 tout autre document 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 (cf. pièce jointe).
- Un chèque de 100 €, non remboursable, en règlement des frais de dossier et de sélection, libellé à l'ordre de « Trésorerie des Hôpitaux de Côte d'Or ».

**Date de dépôt de dossier (cachet de la poste faisant foi)
entre le 2 janvier et le 15 février 2022.**

Aucun dossier ne sera pris en compte au-delà de cette date.

**En raison des formalités administratives, il est recommandé
aux candidats des DOM-TOM de s'inscrire
avant le 8 février 2022.**

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

DIPLOMES ET ETUDES :

– UNIVERSITAIRES :

Domaine(s)	Niveau

– AUTRES (Baccalauréat, BEP, ...) :

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. :

E-mail :

Nom du Directeur de Soins :

Tél. :

E-mail :

Etablissement de santé : **Public** **Hospitalier** **Territorial** **Education Nationale** **Armée** **Privé d'intérêt collectif** **Privé** **Associatif** **Libéral** **Autre**

RESPONSABILITES ASSUMÉES : (Précisez leur nature)

– dans le cadre professionnel :

– dans le cadre extra professionnel :

Année / Durée

FORMATION PROFESSIONNELLE CONTINUE :

Intitulé(s) :

Année / Durée

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 :



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
Frais de scolarité : 11 500 €*
Etablissement :
Je soussigné(e) :
Qualité :
Atteste que :
Mme / M. :
Cochez une seule case :
<input type="checkbox"/> A déposé une demande de prise en charge des frais de scolarité auprès de notre établissement
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> A fait une demande de prise en charge des frais de scolarité auprès de l'organisme suivant :
<input type="checkbox"/> Ne sera pas pris(e) en charge par l'établissement
Date :
Signature et cachet de l'établissement :

Par le candidat n'ayant pas de prise en charge
Frais de scolarité : 11 500 €*
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 :