



ÉCOLE D'INFIRMIERS ANESTHÉSISTES
10 Bis, Bd Maréchal de Lattre de Tassigny
21079 DIJON CEDEX
IADE@chu-dijon.fr
Tel : 03 80 29 30 24



ÉLÉMENTS DU DOSSIER D'INSCRIPTION

Pièces à fournir

- Le dossier d'inscription de l'École dûment rempli (*cf. pièce jointe*).
- Une lettre manuscrite de motivation et 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 de deux années d'exercice professionnel en équivalent temps plein au 1^{er} Janvier de l'année du concours :
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 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 les deux années de formation d'infirmier anesthésiste 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 : 8 600 € ainsi que les frais d'inscription universitaires : 243 € (*cf. pièce jointe*).
- Un chèque de 90 €, non remboursable, en règlement des frais de dossier et de sélection, libellé à l'ordre de « Trésorerie Principale du CHU de Dijon ».

**Date limite de dépôt de dossier
(cachet de la poste faisant foi)
le 26 février 2021.**

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 15 février 2021.**

En cas de difficulté pour télécharger ou remplir le document, merci de nous contacter par mail ou par téléphone au secrétariat au 03.80.29.30.24.

Sera à fournir au moment de la confirmation d'entrée à l'école I.A.D.E :

- 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 ÉTUDES :

– BACCALAURÉAT :

– UNIVERSITAIRES :

Domaine(s)	Niveau

– AUTRES :

ACTIVITÉ 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. :

AVEZ-VOUS DEJA PASSÉ UN CONCOURS D'ENTRÉE ?

OUI

NON

- Nom de l'école :
- Année(s) du ou des concours :

PRÉPARATION AU CONCOURS D'ENTRÉE A L'ÉCOLE I.A.D.E.:

- Année et organisme :
-

INSCRIPTION DANS D'AUTRES ÉCOLES :

Etes-vous inscrit(e)s dans une ou d'autres écoles :

OUI

NON

Si oui, laquelle (lesquels) ?

RÉCAPITULATIF DU DÉROULEMENT DE LA CARRIÈRE (remplir la page suivante).

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

Date :

NOM – Prénom :

Signature :

RÉCAPITULATIF DU DÉROULEMENT DE LA CARRIERE

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

Conformément à l'Arrêté du 23 juillet 2012 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste : « Le candidat doit justifier d'un exercice professionnel équivalent temps plein à vingt-quatre mois minimum au 1^{er} Janvier de l'année du concours ».

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		
			.. / .. / / .. / / .. / / .. /		
			.. / .. / / .. / / .. / / .. /		
			.. / .. / / .. / / .. / / .. /		
			.. / .. / / .. / / .. / / .. /		
			.. / .. / / .. / / .. / / .. /		
			.. / .. / / .. / / .. / / .. /		
			.. / .. / / .. / / .. / / .. /		
			.. / .. / / .. / / .. / / .. /		
			.. / .. / / .. / / .. / / .. /		

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.



ÉCOLE D'INFIRMIERS ANESTHÉSISTES
10 Bis, Bd Maréchal de Lattre de Tassigny
21079 DIJON CEDEX
IADE@chu-dijon.fr
Tel : 03 80 29 30 24



SÉLECTION D'ENTRÉE A L'ÉCOLE I.A.D.E. DE DIJON

**ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE
DES FRAIS DE SCOLARITÉ DE LA FORMATION D'INFIRMIER ANESTHÉSISTE**

Par l'employeur ou l'organisme de financement	Par le candidat n'ayant pas de prise en charge
Frais de scolarité : 8 600 € Frais d'inscription universitaires 243 €* 	Frais de scolarité : 8 600 €* Frais d'inscription universitaires 243 €*
Etablissement : Je soussigné(e) : Qualité : Atteste que : Mme / M. :	Je soussigné(e) : M'engage sur l'honneur, en cas d'admission à la formation d'Infirmier Anesthésiste, à régler la totalité des frais de scolarité afférents à cette formation
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 d'Infirmier Anesthésiste. <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 du candidat :
Date : Signature et cachet de l'établissement :	

