

DOSSIER DE CANDIDATURE
À nous retourner au plus tard le 24 février 2021

ÉTAT CIVIL :

Madame Monsieur

Nom de naissance (en majuscules) :

Nom d'usage :

Prénoms :

Né(e) le : ___/___/___ à Dpt : Nationalité :

Mobile : ___/___/___/___ Tél. fixe : ___/___/___/___

E-mail (perso) : E-mail (pro) :

Adresse :

Code postal et Ville :

DIPLÔMES : Intitulé du diplôme, certificat ou titre permettant l'exercice professionnel et date d'obtention
(Joindre la photocopie des diplômes signée avec la mention « certifié conforme à l'original »)

Filière Soins : Infirmier, IADE, IBODE, PUER.

- Diplôme d'Etat d'Infirmier** Date /___/___/___/___/___/___
 Diplôme d'Etat d'Infirmier spécialisé (IADE, IBODE, PUERICULTRICE)

Précisez Date /___/___/___/___/___/___

Filière Médico-Technique : Préparateur en pharmacie, Manipulateur en électroradiologie médicale, Technicien de Laboratoire en analyses biomédicales

Précisez Date /___/___/___/___/___/___

Filière Rééducation - Réadaptation : Masseur kinésithérapeute, Ergothérapeute, Psychomotricien, Orthophoniste, Opticien-lunetier, Audioprothésiste, Orthoptiste, Diététicien, Pédicure-Podologue

Précisez Date /___/___/___/___/___/___

Autres diplômes : **BACCALAUREAT** : Série Date /___/___/___/___/___/___
 DU – Licence, Master, etc Date /___/___/___/___/___/___
Titre du Diplôme :

Fournir obligatoirement la copie du diplôme précisé ci-dessus

EMPLOYEUR :

NOM DE L'EMPLOYEUR :

Adresse de l'établissement :

Code Postal et Ville :

Tél. de L'employeur : / / / /

Service et spécialité : Tél. service : : / / / /

Fonction exercée : **Faisant fonction de cadre :**

Adresse du lieu dans lequel vous exercez (*si différent de l'adresse ci-dessus*) :

.....
.....

SECTEUR :

Public : CH Le Vinatier HCL Hospitalier Armée Territorial Éducation Nationale

Privé : ESPIC Associatif Libéral À but lucratif (clinique, intérim...)

Autre Précisez

PRÉPARATION AU CONCOURS D'ENTRÉE EN IFCS :

Oui Non Si oui, par quel organisme?

CONCOURS D'ENTRÉE À L'IFCS-TL:

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

Si oui, avez-vous passé les épreuves orales ? OUI NON

Si oui, en quelle(s) année(s) :/...../...../

INSCRIPTION AU CONCOURS D'ENTRÉE 2021 DANS D'AUTRES IFCS :

Êtes-vous inscrit(e) dans un ou plusieurs autres IFCS OUI NON

Si oui, lequel (lesquels) ?

Cette information permet une coordination pour les convocations.

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

Date :

Signature :

☛ **Récapitulatif de déroulement de carrière à remplir SVP**

NOM DE NAISSANCE- NOM D'USAGE & PRENOM :

RÉCAPITULATIF DU DÉROULEMENT DE CARRIÈRE

Attention : Joindre les attestations originales des employeurs pour justifier de vos 4 années d'exercice professionnel.

Conformément à l'arrêté du 16 août 1999 : « *Le candidat doit avoir exercé au moins **4 ans à temps plein** ou une durée de **4 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'établissement employeur	Fonction occupée	Dates		Quotité de temps de travail <i>À préciser obligatoirement</i>	Durée	
		du	au		ANNEE	MOIS
				----- ans -----mois équivalent temps plein		

Les attestations doivent obligatoirement préciser la quotité de temps de travail

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), Dr Médecin agréé

Adresse
.....

Certifie avoir examiné ce jour :

Mme, M.

Né(e)

Domiciliée (e) à
.....

Atteste :

L'aptitude physique et l'absence de contre-indication au suivi de la formation cadre de santé.

Date

Tampon (avec n° agrément)

Signature

CERTIFICAT MEDICAL - VACCINATIONS

Je soussigné(e), Dr

Adresse :
.....

Atteste que Mme ou M. :

est à jour des vaccinations obligatoires prescrites par l'article L.3111-4 du CSP complété par le décret N°2006-1260 du 14 octobre 2006.

VACCINATIONS ET TESTS OBLIGATOIRES

BCG 1^{ère} injection le :
2^{ème} injection le :

TUBERTEST ou IDR à 5 UI de tuberculine

Réalisé le :

Résultat :

D.T. – POLIO

Prise orale ou injection.

Dates des trois premières doses vaccinales :

1er rappel le :

2ème rappel le :

3ème rappel le :

4ème rappel le :

autres rappels :

HEPATITE B

1ère injection le :

2ème injection le :

Rappel le :

Titrage anticorps anti HBS (date et résultats) :

VACCINATION COMPLEMENTAIRE - pour les Techniciens de Laboratoire

FIEVRE TYPHOÏDE

1ère injection le :

2ème injection le :

3ème injection le :

Date

Tampon (avec n° agrément)

Signature



ETAT DE LA DEMANDE
DE PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE
(à remplir par l'employeur)

FORMATION CADRE DE SANTÉ 2021 / 2022

EMPLOYEUR

Etablissement:

Adresse

Code postal **Ville**

Téléphone.: **Mail :**

CANDIDAT

Nom **Prénom**

Grade / Fonction

Service

PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE

Coût pédagogique de l'année scolaire 2021/2022 : 10 130 €uros

- La prise en charge financière **sera assurée par l'employeur** :
 Oui Non

- La prise en charge financière a fait l'objet d'une demande (**sans décision actuelle**)
 Oui Non
 par l'employeur par un organisme financeur

Si **oui** : préciser l'organisme

Adresse

- La prise en charge sera assurée par l'agent : oui non
(Il est donc nécessaire de compléter et de nous retourner l'engagement de prise en charge personnelle)

Date :

Signature du candidat : **Signature et cachet du Directeur**



ENGAGEMENT DE PRISE EN CHARGE
FINANCIÈRE PERSONNELLE

FORMATION CADRE DE SANTÉ 2021 / 2022

(À REMPLIR PAR LE CANDIDAT)

Je soussigné(e) : Mr - Mme

Nom d'usage – prénom :

Nom de naissance :

Adresse :

.....

M'engage sur l'honneur à régler les frais pédagogiques afférents à la formation soit :
7 675,00 € (SEPT MILLE SIX CENT SOIXANTE QUINZE EUROS)

en cas d'admission à la formation dispensée par l'Institut de Formation de Cadres de Santé du Territoire Lyonnais ;

À

Le

SIGNATURE

NOTE RÉCAPITULATIVE DES PIÈCES A FOURNIR

- Un dossier de projet professionnel en **deux exemplaires** papiers et un en **format PDF**
- Le dossier de candidature renseigné
- Copies certifiées conformes par le candidat des diplômes (BAC ; diplôme professionnel avec n° enregistrement; diplôme universitaire, autres) (*)
- Attestation d'enregistrement de votre diplôme au Répertoire ADELI (Site ARS)
- Copie certifiée conforme par le candidat Carte Nationale d'Identité ou Passeport ou Titre de séjour en cours de validité (*)
- 1 **original** de (*ou des*) l'attestation de travail de l'employeur
- Un certificat médical attestant l'aptitude physique et l'absence de contre-indication au suivi de la formation, établi par un médecin agréé,
- Un deuxième certificat médical relatif à vos vaccinations (émanant d'un médecin traitant ou d'un médecin agréé)
- Attestation de prise en charge financière par l'établissement ou d'engagement personnel à payer la scolarité
- 3 enveloppes **format A5** timbrées **au tarif lettre « urgente »** portant nom et adresse du candidat
- 1 chèque de 158 € à l'ordre de l' « **Agent comptable du GCS IFCS-TL** »

(*) Toutes les photocopies doivent être signées par l'intéressé(e) avec la mention « certifiée conforme à l'original ».