

DOSSIER DE CANDIDATURE

À nous retourner au plus tard le 15 février 2019

ÉTAT CIVIL :

Madame Monsieur

Nom de naissance (en majuscules) :

Nom d'usage :

Prénoms :

Né(e) le : / / àDpt : Nationalité :

Tél. : / / / / Mobile : / / / /

E-mail :

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 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 : / / / /

Fax : / / / /

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 2019 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

FORMATION CADRE DE SANTÉ 2019 / 2020

EMPLOYEUR

Etablissement:

Adresse

Code postal **Ville**

Téléphone..: **Télécopie**

CANDIDAT

Nom **Prénom**

Grade / Fonction

Service

PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE

Coût pédagogique de l'année scolaire 2019/2020 : 9 980 Euros

- 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 2019 / 2020

(À REMPLIR PAR LE CANDIDAT)

Je soussigné(e) : Mr - Mme

Nom d'usage – prénom

Nom de naissance

M'engage sur l'honneur à régler les frais pédagogiques afférents à la formation soit :
7 562,00 € (SEPT MILLE CINQ CENT SOIXANTE DEUX 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

- 1 lettre de demande d'inscription au concours d'entrée à adresser à Madame La Directrice
- Le dossier de candidature renseigné avec une photo d'identité
- Copies certifiées conformes par le candidat des diplômes (BAC ; diplôme professionnel avec n° enregistrement; diplôme universitaire, autres) (*)
- Copie certifiée conforme par le candidat Carte Nationale d'Identité ou Passeport ou Titre de séjour en cours de validité (*)
- 1 **original** de 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 certificat médical - A jour des vaccinations
- Attestation de prise en charge financière par l'établissement ou d'engagement personnel à payer la scolarité
- 4 enveloppes **format A5** timbrées **au tarif lettre « urgente »** portant nom et adresse du candidat
- 1 chèque de 155 € à l'ordre du GCS IFCS-TL

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