|  |  |
| --- | --- |
| *Insérer une photo dans le cadre 🡺*  ***INSTITUT DE FORMATION DES CADRES DE SANTÉ***  Site Sainte Anne - 1 rue Cabanis – 75014 PARIS  Tél. 01 45 65 73 10 – Fax : 01 45 65 73 11 |  |
| E-mail : IFCS@ghu-paris.fr | |

# DOSSIER D’INSCRIPTION

# AUX ÉPREUVES DE SÉLECTION 2020

Il doit être impérativement rempli informatiquement, imprimé, daté, signé et retourné accompagné des pièces justificatives

**Filières :** - **Infirmière**  *Cadre réservé à l’IFCS*

- **Médicotechnique :**

**● Manipulateur en électroradiologie**

**● P****réparateur en pharmacie hospitalière**

**● T****echnicien de laboratoire médical**

**NOM D’USAGE (en majuscules) :**

Nom retenu pour la formation

**NOM de NAISSANCE (en majuscules) :** **PRÉNOM :**

**Date de naissance :**       **Lieu :**       **N° Dép. :**

**Nationalité :**       **Situation familiale :**       **Nombre d’enfant(s) :**

**ADRESSE PERSONNELLE :**

Adresse :             Code postal :       Commune :

Tél. personnel :       Tél. portable :       Mail :

**PARTENARIAT UNIVERSITAIRE ENVISAGÉ :**

Master 1 Economie sociale et solidaire – santé et médico-social (Paris-Est Marne la Vallée)

Master 1 Sciences de l’éducation, cadres d’intervention en terrains sensibles (Paris Ouest Nanterre)

**PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE ENVISAGÉE :**

Promotion professionnelle  Autre organisme  (précisez) :

Personnelle

**NOM DE L’ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR :**

**ADRESSE** :

**NOM D’USAGE :** **NOM DE NAISSANCE :**

**Prénom :**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DIPLÔMES GÉNÉRAUX ET ÉTUDES :**

**Scolaires :**

- BAC  Série (en toutes lettres) :

- A défaut dernière classe suivie :

- Autres diplômes (intitulé complet) :

**Universitaires** **:**

- Diplômes (intitulé complet et année) :

**DIPLÔMES PROFESSIONNELS :**

**Filière infirmière :**

- infirmier D.E. année :

- infirmier de secteur psychiatrique  année :

- infirmier anesthésiste D.E.  année :

- infirmier de bloc opératoire D.E.  année :

- infirmier puériculteur D.E.  année :

**Filière médicotechnique :**

- manipulateur en électroradiologie médicale  année :

- préparateur en pharmacie hospitalière  année :

- technicien de laboratoire médical  année :

**AUTRES DIPLÔMES PROFESSIONNELS (à préciser) :**

**ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE ACTUELLE :**

**⮚ Secteur d’exercice :**

**Public :** Hospitalier  Territorial  Education Nationale

**Privé :** ESPIC  A but lucratif

**Associatif**  **Libéral**  **Armée**

**Autre** (préciser) :

**NOM D’USAGE :** **NOM DE NAISSANCE :**

**Prénom :**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**⮚ Secteur d’activité :**

Education/enfance

* Crèche, pouponnière …………………………………………………………………….
* Education nationale ……………………………………………………………………..
* PMI ……………………………………………………………..…………………...… ………...

EHPAD ………………………...……………………………………………..……………………...........

Institut de formation ………………..…………………………………………………………….….

Laboratoires (précisez) : …………………………………………………………………………...

MCO

* Médecine………………………………………………………..………………………………
* Chirurgie…………………………………………….………………………………………….
* Obstétrique ……………………………………………………………………………………
* Réanimation/néonatalogie………………………………………….………………….
* Samu ……………………………………………………………………………………………..
* Urgences ……………………………………………………………...…………….. …………

Missions transversales

* Soins palliatifs ……………………………………………………………………………...
* Polyvalence
* Service de suppléance ………………………………………………………………..…

Plateaux techniques

* Anesthésie – Bloc ……………………………………..……….…………….……………
* Imagerie médicale …………………………………………..………………………….….
* Pharmacie …………………………………………..………………………….….…………..
* Stérilisation ……………………………………………………………………………….…..

Psychiatrie …………………………………………………………….…………..……………………....

Soins à domicile ………………………………………………………………………………………..

Soins de suite et de réadaptation ……………….………………………………………….…..

Autre (préciser) :………………………………………………………………………………………..

⮚ **Coordonnées de votre unité :**

Nom :

Adresse :

Tél. :

**NOM D’USAGE :** **NOM DE NAISSANCE :**

**Prénom :**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FAISANT FONCTION DE CADRE DE SANTÉ :** OUI  NON

**COORDONNÉES DE L’ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR :**

Nom :

Adresse :       Tél. :

Nom du site dans lequel vous exercez (si différent de celui noté ci-dessus) :

Adresse :       Tél. :

Nom du directeur des soins ou du directeur de l’institut :

Mail :       Tél. :

Nom du cadre supérieur :

Mail :       Tél. :

Nom du cadre de santé :

Mail :       Tél. :

**PRÉPARATION AU CONCOURS D’ENTRÉE :** OUI  NON

Nom de l’organisme :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Candidats présentant un handicap,**

**demandant l’aménagement des épreuves de sélection :**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Autorise la publication électronique de mes résultats aux épreuves de sélection sur le site internet de l’IFCS**

**OUI  NON**

**Date :**       **Signature du candidat :**

*Cadre réservé à l’IFCS*

**Dossier d’inscription remis en mains propres par le candidat, le (date) :**

**Signature du réceptionniste,**

**NOM D’USAGE :**  **NOM DE NAISSANCE :**

**Prénom :**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**RÉCAPITULATIF DU D**É**ROULEMENT DE LA CARRIÈRE**

## Joindre les attestations des employeurs

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]](#footnote-1) | Fonction occupée et quotité de travail (ex 50, 80 %) | Dates précises des périodes passées dans chaque service :  du au | | Durée  en  mois | **Dates des Interruptions de services supérieures**  **à un mois[[2]](#footnote-2)**  du au | | Durée  en  mois | **TOTAL en mois**  **de l’activité professionnelle**  **réelle** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Indiquer la discipline [↑](#footnote-ref-1)
2. Disponibilités, congés maladie, maternité, formation, sont considérés, pour l’étude du dossier, comme interruptions de service. [↑](#footnote-ref-2)