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

# DOSSIER D’INSCRIPTION

# AUX ÉPREUVES DE SÉLECTION 2021

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

***Cadre réservé à l’IFCS***

**Filières :** - **Infirmière [ ]**

 - **Médicotechnique :**

 **● Manipulateur en électroradiologie** **[ ]**

 **● P****réparateur en pharmacie hospitalière [ ]**

 **● T****echnicien de laboratoire médical [ ]**

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

**NOM D’USAGE (en majuscules) :**

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

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

**ADRESSE PERSONNELLE :**

Adresse :             Code postal :       Commune :

Tél. personnel :       Tél. portable :       Mail :

**PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE ENVISAGÉE :**

Promotion professionnelle **[ ]**  Autre organisme **[ ]**  (précisez) :

Personnelle **[ ]**

**NOM DE L’ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR :**

**ADRESSE** :

**NOM DE NAISSANCE :** **Prénom :**

**NOM D’USAGE :**

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

**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 DE NAISSANCE :       Prénom :**

**NOM D’USAGE :**

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

**⮚ 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 DE NAISSANCE :       Prénom :**

**NOM D’USAGE :**

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

**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 DE NAISSANCE :       Prénom :**

**NOM D’USAGE :**

**RÉCAPITULATIF DU DÉROULEMENT 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 :** | Duréeenmois | **Dates des Interruptions de services supérieures****à un mois[[2]](#footnote-2)** | Duréeenmois | **TOTAL en mois****de l’activité professionnelle****réelle** |
| du au | du au |
|       |       |       |        |        |       |        |        |       |       |
|       |       |       |        |        |       |        |        |       |       |
|       |       |       |        |        |       |        |        |       |       |
|       |       |       |        |        |       |        |        |       |       |
|       |       |       |        |        |       |        |        |       |       |
|       |       |       |        |        |       |        |        |       |       |
|       |       |       |        |        |       |        |        |       |       |
|       |       |       |        |        |       |        |        |       |       |

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)