

**BULLETIN D'INSCRIPTION
EPREUVES DE SELECTION****2024**

Coller une photo

à ENVOYER au Centre Psychothérapique de Nancy I.F.C.S. lorrain BP 11010 54521 LAXOU Cedex	ou	à DEPOSER à I.F.C.S. lorrain Tour Marcel Brot 1^{er} étage 54000 NANCY
--	-----------	---

Coordonnées du candidat Madame Monsieur

Nom : Nom de jeune fille :

Prénom :

Rue

Code postal : Ville :

Date de naissance :/...../..... Ville de naissance : N° Département :

Tél fixe : Portable :

E-mail :

Coordonnées de l'employeur

Nom de l'établissement :

Service :

Rue :

Code postal : Ville :

Tél : E-mail :

Diplômes**(Baccalauréat, D.E., BTS, D.U. Master...)**

Diplôme(s)	Date(s) d'obtention	Lieu d'obtention
Bac série :		
Diplôme professionnel :		
Autres : ex DU, Master...		

Fonction exercée :

Filière infirmière	Filière médico-technique	Filière rééducation
<input type="checkbox"/> Infirmier <input type="checkbox"/> Infirmier anesthésiste <input type="checkbox"/> Infirmier bloc opératoire <input type="checkbox"/> Infirmière puéricultrice	<input type="checkbox"/> Manipulateur en électroradiologie médicale <input type="checkbox"/> Préparateur en Pharmacie hospitalière <input type="checkbox"/> Technicien de laboratoire médical	<input type="checkbox"/> Diététicien <input type="checkbox"/> Ergothérapeute <input type="checkbox"/> Masseur- Kinésithérapeute <input type="checkbox"/> Psychomotricien

 Faisant Fonction Cadre Faisant Fonction Formateur Autres : précisez :- Autorisez-vous l'affichage des résultats sur Internet : oui non**Attention aucun résultat ne sera fourni par téléphone.**Présentez-vous une situation de handicap ? oui nonSi oui, demandez-vous un aménagement des épreuves de sélection ? oui non* Si vous habitez un département ou territoire d'outre-mer, précisez si vous souhaitez passer l'épreuve écrite sur place oui non **Merci de joindre une copie de votre ordre de virement.**

Fait à : Le : Signature :



**ATTESTATION ou DEMANDE
de PRISE en CHARGE FINANCIÈRE
des frais de scolarité pour la formation Cadre de Santé**

A compléter par l'employeur ou l'organisme de prise en charge (OPCO...)

Je soussigné-e,

Nom du Directeur d'Établissement :

Établissement ou organisme :

.....

.....

atteste que :

Madame Monsieur

NOM :

Nom de jeune fille :

Prénom :

sous réserve de son admission à la formation Cadre de santé pour l'année 2023-2024

a présenté une demande de prise en charge des frais afférents à cette formation.

sera pris-e en charge par l'établissement pour les frais de scolarité afférents à cette **formation Cadres de santé** (10 500 € tarif 2023-2024).

serait pris-e en charge par l'établissement pour les frais afférents au **Master 2 MOSSS** si validation par la commission du dossier VAP (2 200 € tarif 2023-2024).

Date :

Fonction :

Signature et cachet de l'établissement ou de l'organisme financeur

En cas d'autofinancement

Je m'engage à financer la formation Cadres de santé pour la rentrée de Septembre 2024 :

NOM :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél : Fax :

E-mail :

Fait à : Le :

Signature du financeur :

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné-e, Dr....., Médecin agréé, certifie avoir examiné ce jour :

Monsieur Madame (NOM – Prénom)

.....

Né-e le : à

.....

Domicilié-e à :

.....

atteste qu'il-elle est

à jour dans ses vaccinations obligatoires

apte à suivre la formation Cadre de Santé.

Fait à :

Le

Signature du médecin agréé

Cachet du médecin agréé

Récapitulatif déroulement de carrière


Conformément à l'Arrêté du 8 août 1995 relatif au diplôme Cadre de santé « les candidats doivent avoir exercé pendant au moins quatre ans à temps plein ou une durée de quatre ans d'équivalent temps plein au 31 janvier de l'année des épreuves de sélection dans l'une des professions » agréée par l'institut.

Merci de ne pas comptabiliser les périodes d'interruption.

Nom et ville employeur	Service	Fonction occupée <i>(Ex : IDE, Faisant Fonction Cadre...)</i>	Dates début	Dates fin	Quotité de travail <small>(80 %, 90 % 100%)</small>	Durée			Durée Equivalent temps plein		
						année	mois	jour	année	mois	jour
TOTAL											

Je déclare sur l'honneur l'exactitude de ces informations.

Signature :


	LISTE DES PIÈCES A JOINDRE	
	L'ensemble des pièces est :	
	à envoyer à : CENTRE PSYCHOTHÉRAPIQUE de NANCY I.F.C.S. lorrain BP 11010 54521 LAXOU Cedex	ou
		à déposer à : IFCS Lorrain Tour Marcel Brot - 1er étage Rue Joseph Cugnot 54000 NANCY

Je soussigné-e,

Nom : **Nom de jeune fille :**

Prénom :

Liste des pièces jointes au dossier d'inscription :

Pièces jointes	A cocher
Pré-inscription obligatoire sur le site : https://cpn-laxou.pgfs.fr/	<input type="checkbox"/>
Dossier d'inscription	<input type="checkbox"/>
Copies certifiées conformes par vos soins des diplômes (<i>Diplôme le plus élevé + le diplôme de la profession</i>) «Je certifie conforme à l'original » (date et signature)	<input type="checkbox"/>
Attestation d'employeur justifiant de 4 années d'exercice à temps plein au 31 janvier de l'année des épreuves de sélection.	<input type="checkbox"/>
Certificat médical émanant d'un médecin agréé attestant l' aptitude physique et l' absence de contre-indication au suivi de la formation avec le cachet du médecin. <i>Je soussigné, Médecin agréé...</i> <i>... est apte à suivre la formation Cadre de santé.</i>	<input type="checkbox"/> 
Certificat médical attestant que le candidat est à jour des vaccinations obligatoires	<input type="checkbox"/>
Attestation de prise en charge ou demande de prise en charge complétée ou Autofinancement	<input type="checkbox"/>
1 Photographie d'identité à coller sur la demande d'inscription	<input type="checkbox"/>
Copie de l'ordre de virement de 120 € RIB : IBAN : FR76 1007 1540 0000 0020 1365 994 Code BIC : TRPUFRP1 Merci d'indiquer le nom-prénom du candidat dans l'objet du virement	<input type="checkbox"/>
4 Timbres autocollants pour un affranchissement de 20 g	<input type="checkbox"/>
Si situation de handicap : - 1 justificatif délivré par un organisme tel que CDAPH, MDPH - 1 certificat médical d'un médecin agréé mentionnant le(s) aménagement(s) d'épreuves à prévoir	<input type="checkbox"/>

certifie avoir transmis au secrétariat de l'Institut lorrain de Formation des Cadres de Santé du Centre Psychothérapique de Nancy l'ensemble des pièces cochées ci-dessus.

Le secrétariat vous contactera en cas de dossier incomplet.

Fait à :

Signature :

Le :