

**BULLETIN D'INSCRIPTION
EPREUVES DE SELECTION
2025**

Coller une photo

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

Coordonnées du candidat Madame Monsieur

Nom : Nom de naissance :

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 2025-2026

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** (11000 € tarif 2024-2025).

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 2024-2025).

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 2025 :

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

| | | |
|--|---|--|
|  | 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/ | |
| Dossier d'inscription | |
| 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) | |
| Attestation d'employeur justifiant de 4 années d'exercice à temps plein au 31 janvier de l'année des épreuves de sélection. | |
| 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> |  |
| Certificat médical attestant que le candidat est à jour des vaccinations obligatoires | |
| Attestation de prise en charge ou demande de prise en charge complétée ou Autofinancement | |
| 1 Photographie d'identité à coller sur la demande d'inscription | |
| 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 | |
| 4 Timbres autocollants pour un affranchissement de 20 g | |
| 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 | |

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 :