

CHU

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
SAINT-ÉTIENNE

IFCS - C.H.U. DE SAINT-ÉTIENNE
TECHNOPOLE
42055 SAINT-ETIENNE CEDEX 2.

Téléphone : 04 . 77 . 12 . 78 . 17

Télécopie : 04 . 77 . 12 . 04 . 63

Mel : ifcs@chu-st-etienne.fr

Internet : www.chu-st-etienne.fr

INSTITUT DE FORMATION
DES CADRES DE SANTÉ

DOSSIER D'INSCRIPTION
SELECTION 2012

FILIERE SOINS INFIRMIERS
FILIERE MEDICO-TECHNIQUE
FILIERE REEDUCATION

Rhône-Alpes Région

RECOMMANDATIONS

DOSSIER DE CANDIDATURE

A adresser, en totalité, le plus rapidement possible.

Dernier délai : Mercredi 15 février 2012

(cachet de la poste faisant foi)

A

Monsieur le Directeur

Centre Hospitalier Universitaire de SAINT-ETIENNE

Institut de Formation des Cadres de Santé

42055 SAINT ETIENNE cedex 2.

Tout dossier incomplet sera impérativement retourné.

Les dossiers parvenus après la date limite ne seront pas traités

Il est demandé au candidat de s'assurer que l'Institut de Formation des Cadres de Santé a bien reçu ce dossier ou de l'envoyer de préférence en recommandé

CONSTITUTION DU DOSSIER D'INSCRIPTION

- - **Fiche de renseignements administratifs dûment remplie** (annexe 1)
- - **Lettre manuscrite de demande d'inscription aux épreuves de sélection** adressée au directeur de l'IFCS avec indication des noms, prénoms, adresse du candidat
- - **Photocopie de la carte d'identité (recto-verso), ou du livret de famille, ou du passeport**
- - **Copie recto-verso des diplômes** (ou certificats ou titres) que **vous aurez attestés sur l'honneur comme conforme à l'original** (les Diplômes Professionnels doivent porter la mention d'enregistrement par l'Agence Régionale de Santé au verso)
- - **Attestations très précises d'emplois** fournies par les employeurs justifiant de QUATRE ANNEES D'EXERCICE au minimum équivalent temps plein au 31 Janvier de l'année des épreuves de sélection. Ces attestations précisent la durée d'exercice en temps plein, temps partiel (ex : du 01/01/11 au 30/06/11 à 80%) et les disponibilités, congés maternité éventuels.

pour les candidats exerçant en secteur libéral

un certificat d'identification établi par la ou les Caisse(s) Primaire(s) d'Assurance Maladie du secteur de leur exercice (**reconvertir en nombre d'heures équivalent temps plein**) et une attestation d'inscription au rôle de la patente ou de la taxe professionnelle pour la période correspondant à leur exercice, établie par les services fiscaux de leur lieu d'exercice, et tous autres documents permettant de justifier des modes d'exercice.

- - **Remplir de manière détaillée la liste des emplois** (annexe 4)
- - **un certificat médical émanant d'un médecin agréé** (à faire préciser sur le certificat) attestant **de l'aptitude physique et l'absence de contre-indication du candidat au suivi de la formation,**
- - **un certificat médical attestant que le candidat est à jour des vaccinations obligatoires** prévues par l'article L.10 du Code de la Santé Publique avec la liste et les dates précises de ces vaccinations :

- DTP : le dernier rappel doit dater de moins de 10 ans,
- Hépatite B avec dosage anticorps positif,
- IDR positive ou date du dernier BCG

Les techniciens de laboratoire d'analyses médicales doivent également être immunisés contre la fièvre typhoïde

○ - Une **attestation de prise en charge ou de demande de prise en charge** des frais de scolarité établie par l'employeur ou l'organisme de financement concerné (annexe 2)

ou à défaut **un engagement sur l'honneur du candidat** de régler les frais de scolarité en cas de refus de prise en charge par l'employeur ou l'organisme de financement (annexe 3)

○ - 1 photo d'identité + 1 à coller sur la fiche de renseignements administratifs (annexe 1)

○ - 6 timbres au tarif en vigueur + 1 enveloppe sans fenêtre (format 110X220) libellée aux nom et adresse du candidat, timbrée au tarif en vigueur.

○ - **1 chèque de 130 €** à établir à l'ordre de Mr Le Receveur du CHU DE ST ETIENNE. En cas d'absence à l'organisation des épreuves, en cas de désistement ou quel que soit le motif, le chèque reste acquis à l'Institut.



PHOTO
D'IDENTITE
A COLLER

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES
INSTITUT DE FORMATION DES CADRES DE SANTE

Tél : 04.77.12.78.17

Fax : 04.77.12.04.63

ANNEXE 1 : FICHE D'INSCRIPTION

CANDIDATURE A LA FORMATION DES CADRES DE SANTE - ANNEE 2012/2013

PROFESSION EXERCEE :

Cocher les cases correspondantes

**Formation préparatoire au concours
d'entrée en IFCS :**

OUI NON

Précisez l'organisme :

Choix du cursus de la formation :

- Cursus continu
- Cursus discontinu
- Indifférent

A remplir en lettres majuscules

ETAT CIVIL

NOM (DE JEUNE FILLE POUR LES FEMMES MARIEES) :

NOM (EPOUSE) :

NOM D'USAGE (y compris Nom marital) :

PRENOMS¹ :SEXE² : Masculin / Féminin

DATE DE NAISSANCE : Age :

LIEU DE NAISSANCE :DEPT ou PAYS :

NATIONALITE :

¹ Souligner le prénom usuel

² Rayer la mention inutile

SITUATION DE FAMILLE :

Marié/e Célibataire Séparé/e Divorcé/e Concubin/e Veuf/ve

Nombre d'enfants : Age (s) :

N° SECURITE SOCIALE : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

ADRESSE PERSONNELLE:

.....

CODE POSTAL : |_|_|_|_|_| VILLE :

Téléphone : Fax : E-mail :

Tel. Mobile :

RENSEIGNEMENTS PROFESSIONNELS

PROFESSION : SPECIALITE EVENTUELLE :

GRADE OU FONCTION OCCUPEE:

EXERCICE³ : SALARIE / LIBERAL

NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT EMPLOYEUR OU DU LIEU DE TRAVAIL :

.....

Téléphone : Fax : E-mail :

STATUT JURIDIQUE⁴ : - Public - P.S.P.H - Privé à but lucratif
- Association - Privé à but non lucratif

NOM DU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT :

NOM DU SERVICE OU VOUS EXERCEZ ET SPÉCIALITÉ :

.....

Téléphone : Fax :

³ Rayer la mention inutile – Si libéral, n'indiquer que nom, adresse, téléphone du lieu de travail

⁴ Cocher le type caractérisant votre établissement

NOM DU DIRECTEUR OU DU RESPONSABLE

(Infirmier général, directeur de l'institut de formation, gérant si cabinet de groupe) (*Merci de préciser*)

Adresse professionnelle (*si différente de celle de l'établissement*) :

Téléphone : Poste :

Fax : E-mail :

FORMATIONS SUIVIES

DIPLOMES PROFESSIONNELS :

<u>TITRE</u>	ANNEE	LIEU D'OBTENTION (D.R.A.S.S)

FORMATION GENERALE ET UNIVERSITAIRE : (n'indiquez que le diplôme le plus élevé dans la spécialité)

<u>TITRE ou Discipline</u>	ANNEE	LIEU D'OBTENTION (Académie et Université)
BACCALAUREAT : SERIE.....		
DIPLOMES UNIVERSITAIRES • • •		



DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES

INSTITUT DE FORMATION DES CADRES DE SANTE

Tél. : 04.77.12.78.17

Fax : 04.77.12.04.63

ANNEXE 2 : PRISE EN CHARGE PAR L'EMPLOYEUR

FORMATION CADRE DE SANTE 2012/2013

Je soussigné(e) :

Directeur du :

Atteste que l'agent ci-dessous désigné :

Madame/Monsieur :

Grade/ Fonction :

Sera pris/e en charge par l'établissement pour les frais pédagogiques de cette formation s'élevant à **8 845,00 Euros** (HUIT MILLE HUIT CENT QUARANTE CINQ EUROS)

L' Etablissement demande la prise en charge des frais pédagogiques de cette formation soit **8 845,00 Euros** (HUIT MILLE HUIT CENT QUARANTE CINQ EUROS) à l'Organisme suivant :

Atteste que l'agent ci-dessus désigné a fait une demande de prise en charge auprès de l'établissement des frais pédagogiques de cette formation s'élevant à **8 845,00 Euros** (HUIT MILLE HUIT CENT QUARANTE CINQ EUROS)

Ne donne pas son accord pour une prise en charge financière par l'Etablissement

Date :

Cachet de l' Etablissement

Qualité :

Signature :



DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES
INSTITUT DE FORMATION DES CADRES DE SANTE

Tél. : 04.77.12.78.17

Fax : 04.77.12.04.63

ANNEXE 3 : ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

PRISE EN CHARGE PERSONNELLE

A REMPLIR PAR LE CANDIDAT N'AYANT
AUCUNE PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE SCOLARITE

FORMATION CADRE DE SANTE 2012/2013

Je soussigné(e) :

Adresse personnelle :

Adresse professionnelle :

M'engage sur l'honneur à régler moi-même les frais pédagogiques afférents à la formation

8 845,00 Euros (HUIT MILLE HUIT CENT QUARANTE CINQ EUROS)

dans le cas d'un refus de prise en charge par l'employeur ou de l'organisme de financement concerné, en cas d'admission à la formation dispensée par l'INSTITUT DE FORMATION DES CADRES DE SANTE DU CHU DE ST ETIENNE.

A

Le.....

SIGNATURE

**ANNEXE 4 : RECAPITULATIF DE L'EXERCICE PROFESSIONNEL
CORRESPONDANT A LA PROFESSION CONCERNEE**

Attention : n'oubliez pas de noter : les mises en disponibilité, les congés pré et post-natals, les études de spécialisation, ...

NOM :

Prénom :

Date :

DATE	FONCTION OCCUPEE	ETABLISSEMENTS NOM-ADRESSE	NATURE DU SERVICE	TEMPS PLEIN TEMPS PARTIEL (Précisez)
Du au				
CUMUL EN ETP (années- mois- jours) - TOTAL 1 :.....				

DATE	FONCTION OCCUPEE (1)	ETABLISSEMENTS NOM-ADRESSE	NATURE DU SERVICE	TEMPS PLEIN TEMPS PARTIEL (Précisez)
CUMUL EN ETP (années- mois- jours) – REPORT TOTAL 1 :.....				
CUMUL EN ETP (années- mois- jours) - TOTAL 2 :.....				
TOTAL : TOTAL 1 + TOTAL 2 =				