



**BULLETIN D'INSCRIPTION  
EPREUVES DE SELECTION  
2022**

Coller une photo

à <b>ENVOYER</b> au <b>Centre Psychothérapique de Nancy</b> <b>I.F.C.S. Iorrain</b> <b>BP 11010</b> <b>54521 LAXOU Cedex</b>	ou	à <b>DEPOSER</b> à <b>I.F.C.S. Iorrain</b> <b>Tour Marcel Brot</b> <b>1<sup>er</sup> étage</b> <b>54000 NANCY</b>
--	----	---

**Coordonnées du candidat**

Madame  Monsieur

Nom : ..... Nom de jeune fille : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../..... Ville de naissance : .....

Rue .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél fixe : ..... Portable : .....

E-mail : .....

**Coordonnées de l'employeur**

Nom de l'établissement : .....

Service : .....

Rue : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél : ..... Fax : .....

E-mail : .....

**Diplômes**

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

Diplôme(s) professionnel(s)	Date(s) d'obtention	Lieu d'obtention

**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  non

Si 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 des CADRES 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 2020-2021 :

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 (10 100 € tarif 2020-2021).

serait pris-e en charge par l'établissement pour les frais afférents au Master 2 MOSSS si validation par la commission du dossier VAP (2 000 € tarif 2020-2021).

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 2022 :

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 : .....

J'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 (Ex : IDE, Faisant Fonction Cadre...)	Dates début	Dates fin	Quotité de travail (80 %, 90 % 100%)	Durée			Durée Equivalent temps plein		
						année	mois	jour	année	mois	jour
<b>TOTAL</b>											

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

Signature :

I.F.C.S. – C.P.N. – 1 rue du Docteur Archambault – B.P. 11010 – 54521 LAXOU CEDEX


☎ Secrétariat : 03.83.92.51.46 ou 03.83

Courriel : [ifcs@cpn-laxou.com](mailto:ifcs@cpn-laxou.com) – Site

Siret : 265 400 119 00573 – Activité d



Référent handicap :  
M. GERARD Didier  
03.83.92.51.46


LISTE DES PIÈCES A JOINDRE			
	L'ensemble des pièces est :		
	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <b>à envoyer à :</b>  <b>CENTRE PSYCHOTHÉRAPIQUE de NANCY</b>  <b>I.F.C.S. lorrain</b>  <b>BP 11010</b>  <b>54521 LAXOU Cedex</b> </td> <td style="width: 10%; text-align: center; vertical-align: middle;">ou</td> <td style="width: 40%; vertical-align: top;"> <b>à déposer à :</b>  <b>IFCS Lorrain</b>  <b>Tour Marcel Brot - 1er étage</b>  <b>Rue Joseph Cugnot</b>  <b>54000 NANCY</b> </td> </tr> </table>	<b>à envoyer à :</b> <b>CENTRE PSYCHOTHÉRAPIQUE de NANCY</b> <b>I.F.C.S. lorrain</b> <b>BP 11010</b> <b>54521 LAXOU Cedex</b>	ou
<b>à envoyer à :</b> <b>CENTRE PSYCHOTHÉRAPIQUE de NANCY</b> <b>I.F.C.S. lorrain</b> <b>BP 11010</b> <b>54521 LAXOU Cedex</b>	ou	<b>à déposer à :</b> <b>IFCS Lorrain</b> <b>Tour Marcel Brot - 1er étage</b> <b>Rue Joseph Cugnot</b> <b>54000 NANCY</b>	

Je soussigné-e,

Nom : ..... Nom de jeune fille : .....

Prénom : .....

Liste des pièces jointes au dossier d'inscription :

Pièces jointes	A cocher
<b>Dossier d'inscription</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Copies certifiées conformes par vos soins des diplômes</b> <i>«Je certifie conforme à l'original » (date et signature)</i>	<input type="checkbox"/>
<b>Attestation d'employeur justifiant de 4 années d'exercice à <u>temps plein</u> au 31 janvier de l'année des épreuves de sélection.</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Certificat médical émanant d'un <u>médecin agréé</u> attestant l'<u>aptitude physique</u> et l'<u>absence de contre-indication au suivi de la formation</u> avec le <u>cachet du médecin.</u></b> <i>Je soussigné, Médecin agréé....</i> <i>... est <u>apte à suivre la formation Cadre de santé.</u></i>	<input type="checkbox"/> 
<b>Certificat médical attestant que le candidat est à jour des vaccinations obligatoires</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Attestation de prise en charge ou demande de prise en charge complétée ou Autofinancement</b>	<input type="checkbox"/>
<b>1 Photographie d'identité à coller sur la demande d'inscription</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Copie de l'ordre de virement de 110 €</b> <b>RIB :</b> IBAN : <b>FR76 1007 1540 0000 0020 1365 994</b> Code BIC : <b>TRPUFRP1</b>	<input type="checkbox"/>
<b>4 Timbres autocollants pour un affranchissement de 20 g</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Si situation de handicap :</b> - 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 :