DEMANDE d'INSCRIPTION
EPREUVES DE SELECTION 2019
à l'I.F.C.S. lorrain

1 PHOTO
(format identité, à coller ici)

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

Coordonnées du candidat

☐ Madame ☐Monsieur
Nom : ..... Nom de jeune fille : .....
Prénom : ..... Date 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
☐ Infirmier ☐ Infirmier anesthésiste ☐ Infirmier bloc opératoire ☐ Infirmière puéricultrice	☐ Manipulateur en électroradiologie médicale ☐ Préparateur en Pharmacie hospitalière ☐ Technicien de laboratoire médical	☐ Diététicien ☐ Ergothérapeute ☐ Masseur Kinésithérapeute ☐ Psychomotricien

☐ Faisant Fonction Cadre ☐ Faisant Fonction Formateur ☐ Autres : précisez :.....

- Autorisez-vous l'affichage des résultats sur Internet : ☐ 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 (OPCA…)

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 2019-2020 :

☐ 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 2018-2019).

☐ 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 2018-2019).

Date :.....
Qualité :.....

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 2018 :
NOM : ...…….....
Adresse :…….
Code postal : …… Ville : …….
Tél : …… Fax : ……...…….……..
E-mail : …….

Fait à : …… Le : ……

Signature du financeur :

	LISTE DES PIECES 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
Dossier d'inscription	
Copies certifiées conformes par vos soins des diplômes *«Je certifie conforme à l'original »* (date et signature)	
Attestation d'employeur justifiant de **4 années d'exercice à temps plein** au 31 janvier 2018	
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.** *Je soussigné, Médecin agréé….* *... est apte à suivre la formation Cadre de santé.*	
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 110 €	
3 Timbres autocollants (sans valeur faciale) : - **2 timbres pour un affranchissement de 20 g** - **1 timbre pour un affranchissement de 100 g**	

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 : Le :

Signature :