

CONCOURS D'ENTREE EN FORMATION CONDUISANT AU DIPLOME DE CADRE DE SANTE

FICHE D'INSCRIPTION CANDIDAT(E) ORTHOPHONISTE

PHOTO

OBLIGATOIRE

IDENTIFICATION

Madame

Mademoiselle

Monsieur

NOM :

Prénom :

NOM DE JEUNE FILLE :

DATE DE NAISSANCE :

LIEU DE NAISSANCE :

NATIONALITE :

ADRESSE PERSONNELLE :

.....
.....

 :

Portable :

e-mail :

ADRESSE PROFESSIONNELLE COMPLETE : (Hôpital, Service, Ville, Téléphone et poste où l'on peut vous joindre)

.....
.....

 :

e-mail :

PARCOURS DE FORMATION

① - ETUDES SECONDAIRES

NIVEAU D'ETUDES :

DERNIERE CLASSE FREQUENTEE :

ANNEE :

DIPLOMES OBTENUS : -

(Précisez la section,

Exemple : BAC F8) -

-

-

DATES D'OBTENTION : -

-

-

-

◆ ETABLISSEMENT :

◆ VILLE :

② - ETUDES SUPERIEURES (*hors diplôme paramédical*)

AVANT OU APRES VOS ETUDES PROFESSIONNELLES, AVEZ-VOUS SUIVI UNE OU DES FORMATIONS SUPERIEURES ? (Universitaires ou autres)

OUI NON

SI OUI, VOUS PRECISEREZ, LA FORMATION, L'ETABLISSEMENT FREQUENTE, EN QUELLE ANNEE ET S'IL Y A LIEU LE DIPLOME OBTENU ET LA DATE.

③ - ETUDES PROFESSIONNELLES PARAMEDICALES

A – CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE

UNIVERSITE(S) FREQUENTEE(S) :

DATE D'ENTREE A L'UNIVERSITE :

DATE D'OBTENTION DU DIPLOME :

B - DEPUIS L'OBTENTION DE CE CERTIFICAT, AVEZ-VOUS OBTENU DES CERTIFICATS OU DIPLOMES PROFESSIONNELS COMPLEMENTAIRES ?

OUI

NON

SI OUI, LEQUEL ? VOUS PRECISEREZ L'ECOLE OU L'ETABLISSEMENT FREQUENTE ET LA DATE D'OBTENTION DE CE(S) DIPLOME(S).

-

-

-

C – EVENTUELLEMENT, AVANT CE CERTIFICAT, AVEZ-VOUS OBTENU UN DIPLOME PROFESSIONNEL ?

OUI

NON

SI OUI, LEQUEL ?

**PARCOURS PROFESSIONNEL EN TANT QU'ORTHOPHONISTE
ET EVENTUELLEMENT EN TANT QUE FAISANT FONCTION (F.F.) DE CADRE DE SANTE**

(n'oubliez pas de joindre toutes vos attestations de travail)

DATES PRECISES du au	NOM DE L'ETABLISSEMENT ET ADRESSE	DENOMINATION SERVICE OU ECOLE	POSTE OCCUPE - ORTHOPHONISTE - F.F. cadre de proximité

PREPARATION AU CONCOURS D'ENTREE EN FORMATION CADRE DE SANTE

SUIVEZ-VOUS OU AVEZ-VOUS SUIVI UNE FORMATION PREPARATOIRE AU CONCOURS ?

OUI NON

SI OUI : - AUPRES DE QUEL ORGANISME ?

- EN QUELLE ANNEE ?

ETES-VOUS INSCRIT A UN AUTRE CONCOURS D'ENTREE EN FORMATION CADRE ?

OUI NON

si oui, I.F.C.S. de ①.....

②.....

PERSPECTIVES DE FORMATION

- COMMENT ENVISAGEZ-VOUS LE FINANCEMENT DE VOTRE FORMATION CADRE DE SANTE ?

Financé par quel organisme ?

* Promotion professionnelle

* Congé individuel de formation

* A vos frais

- quel sera votre statut pendant la formation ?

* Autres :

~~~~~

Autorisez-vous l'Institut de formation des cadres de santé à publier votre nom sur son site internet lors de la diffusion des résultats d'admissibilité et d'admission ?

OUI  NON  (mettre une croix dans la case correspondante)

DATE :

SIGNATURE :