

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

**FICHE D'INSCRIPTION CANDIDAT(E) INFIRMIER(E)**

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 - DIPLOME D'ETAT D'INFIRMIER(E)**

-----  
INSTITUT(S) DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS FREQUENTE(S) :

DATE D'ENTREE A L'ECOLE :

DATE D'OBTENTION DU DIPLOME :

**B - DEPUIS LE DIPLOME D'ETAT D'INFIRMIER(E), AVEZ-VOUS OBTENU DES CERTIFICATS OU DIPLOMES PROFESSIONNELS COMPLEMENTAIRES (PUERICULTRICE, IADE, ETC...) ?**

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 LE D.E., AVEZ-VOUS OBTENU UN DIPLOME PROFESSIONNEL ?**

OUI

NON

SI OUI, LEQUEL ?

**PARCOURS PROFESSIONNEL EN TANT QU'INFIRMIER(E)  
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 - I.D.E. - F.F. cadre de proximité - F.F. formateur

## 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 :