Photo

à coller

FILIERE : _____

NOM (de naissance) **:** _____ **NOM** (d'usage) **:**_____

PRENOM(S) (indiquez tous vos prénoms) **:** _____

DOSSIER DE CANDIDATURE
Année 2027

INSTITUT DE FORMATION DES CADRES DE SANTÉ





Dossier à retourner par courrier entre le **2 janvier et le 15 février 2027**
(cachet de la poste faisant foi) à :

INSTITUT DE FORMATION DES CADRES DE SANTÉ
Département des Instituts et Écoles de Formation des professions de santé
C.H.U. - 4 rue Larrey
49933 - ANGERS CEDEX 9

☎ : 02.41.35.36.08
E-mail : ifcs@chu-angers.fr

Nous vous remercions de renseigner ce dossier de manière numérique de la page 1 à la page 7

ETAT CIVIL

NOM de naissance : _____

NOM d'usage (celui par lequel vous vous faites appeler dans la vie courante) :_____

Prénom(s) (indiquez tous vos prénoms) : _____

Né(e) le : /_____/_____/_____/ A : _____

Nationalité : _____ Sexe : Masculin ❑ Féminin ❑

Situation familiale :

❑ Célibataire ❑ marié(e) /PACS/vie maritale

Nombre d'enfants : /_____/

Prénoms	Ages

N° de Sécurité Sociale : /____/ /_____/_____/_____/_____/_____/ /____/

Adresse personnelle : n°/____/ rue : _____

Code postal : _____ Ville : _____

☎ Fixe : /____/_____/_____/_____/_____/ Portable : /_____/_____/_____/_____/_____/

E-mail (EN MAJUSCULE) : _____@_____

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom : _____ Portable : /_____/_____/_____/_____/_____/

IDENTIFICATION PROFESSIONNELLE

Filières d'appartenance :

↳ soins infirmiers ❑

↳ médico-technique ❑

↳ rééducation ❑

Profession : _____

Précisez si :

- Faisant fonction de cadre d'unité de soins ❑ depuis le :
- Faisant fonction de cadre formateur ❑ depuis le :
- Autre ❑ depuis le :

Statut : □ Titulaire de la FPH □ CDI de droit public □ CDD de droit public □ CDI de droit privé □ CDD de droit privé
□ Travailleur non salarié

Nom de l'Etablissement employeur : _____

Adresse exacte : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Référent service de formation continue: Fonction : _____

Nom : _____ Prénom : _____

E. mail : _____@_____ ☎ : _____/_____/_____/_____/_____/

Statut de l'employeur actuel : ❑ Public ❑ Privé ❑ PSPH

Identification de votre unité de soins actuelle ou votre institut de formation actuel :

_____ ☎ : _____/_____/_____/_____/_____/

SITUATION PROFESSIONNELLE

Fonction	Service	Dates (préciser : du JJ/MM/AA au JJ/MM/AA)	Tps plein ou Tps partiel (préciser le %)	Etablissement Adresse

SITUATION PROFESSIONNELLE (SUITE)

Fonction	Service	Dates (préciser : JJ/MM/AA)	Tps plein ou Tps partiel (préciser le %)	Etablissement Adresse

Total du temps de travail permettant l'entrée à l'I.F.C.S. :

(en équivalent temps plein – ne comptabiliser que les années dans la filière d'accès au concours)

4 ans au 31 janvier de l'année des épreuves de sélection (arrêté du 16/08/1999)

Années : ____ **Mois :** ____

FORMATION – DIPLÔMES

Date d'obtention		Diplômes obtenus	Disciplines Options	Etablissements
Secondaire : Année		BAC ou Equivalent		
Universitaire : Années				
De	A			
		DEUG D.U.T. D.U. Licence Maîtrise Master (1-2) D.E.S.S. D.E.A. Doctorat		
Professionnel : Années				
De	A			
		❒ Filière soins infirmiers : _____ ❒ Filière médico-technique : _____ ❒ Filière rééducation : _____ ❒ Spécialisation (à préciser) : _____ ❒ Autres (à préciser) : _____		

FORMATION CONTINUE

Récapitulatif des sessions de formation continues suivies, en lien avec l'exercice professionnel
(Inscrire uniquement les formations d'une durée de 3 jours et plus) - vous pouvez également demander à votre service de formaton continue une extraction de gesform et la joindre ; dans ce cas vous n'avez à renseigner le tableau

Titre de la formation	Dates	Durée	Adresse de l'organisme formateur

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

➢ **Avez-vous suivi une session de préparation aux épreuves du concours d'entrée à l'I.F.C.S ?**

↳ à l'I.F.C.S. d'ANGERS ❑ OUI ❑ NON Année : _____

↳ dans un autre organisme ou IFCS ❑ OUI ❑ NON Année : _____

Si OUI, lesquels :

➢ **Avez-vous déjà passé des concours de sélection pour entrer en IFCS ?**

↳ à ANGERS ❑ OUI ❑ NON dates : /____/____/____/

↳ autres instituts ❑ OUI ❑ NON dates : /____/____/____/

➢ **Avez-vous posé votre candidature dans d'autres instituts ?**

❑ OUI ❑ NON

Si OUI, lesquels :

➢ **AUTORISATION DE COMMUNIQUER LES RESULTATS DU CONCOURS SUR INTERNET ?** ❑ OUI ❑ NON

MODALITES DE FORMATION

Diplôme Cadre de Santé :

➔ Filière Soins Infirmiers ❑

➔ Filière Médico-Technique ❑

➔ Filière Rééducation ❑

Précisez :

Pour validation :

Fait à : _____ Le : /_____/_____/_____/

Signature :

Annexe 1

CERTIFICAT MEDICAL

Certificat médical émanant d'un médecin agréé par l'A.R.S *

A joindre au dossier d'inscription

Je soussigné(e), Docteur ……, Médecin Agréé,

certifieavoir examiné ce jour :

Madame, Monsieur :

……

Né(e) le :
……

Domicilié(e) :

……

……

☐ **atteste de son aptitude physique et de l'absence de contre-indication au suivi de laformation cadre de santé**

Fait à : ……., le ……..

Signature et cachet du Médecin Agréé :

* Liste des médecins agréés disponible sur les sites des A.R.S

Annexe 2

CERTIFICAT MEDICAL DE VACCINATIONS

à compléter par le médecin du travail de votre établissement ou le médecin traitant

A joindre au dossier d'inscription

Je soussigné(e), Docteur..... , atteste que

Madame, Monsieur : ……..

Né(e) le : …….

E. MAIL : ……@..... ☎ : ……../……./……./……./……./

Satisfait aux obligations d'immunisation mentionnées à l'article L.3111-4 du code de la santé publique et est à jour des vaccinations conformément au calendrier des vaccinations mentionné à l'article L. 311-1 du code dela santé publique.

Test tuberculinique ou Quantiféron	Dates et résultats des deux derniers examens :
DT Polio Coqueluche	Date de l'avant dernière injection et nom du vaccin : Date de la dernière injection et nom du vaccin :
Hépatite B	Dates des injections et noms des vaccins :
Sérologie hépatite B	Date(s) et taux des anticorps **anti-Hbs :**
Rougeole/Oreillons/ Rubéole	Dates et noms des vaccins 1ère injection : 2ème injection :
Varicelle maladie	Date :
Rougeole maladie	Date :

Fait à :……., le ……

Signature et cachet du Médecin :

Annexe 3

**ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE SCOLARITE
DE LA FORMATION CADRE DE SANTE
(formulaire a remplir par la DRH de votre établissement)**

1/

Je soussigné(e) : _____

Fonction :_____

Etablissement : _____

Atteste que, sous réserve de son admission à la formation Cadre de Santé pour l'année 2027 :

Mme, M. : _____

Grade : _____

☐ sera pris(e) en charge par l'établissement pour les frais de scolarité.

ou

☐ une demande de prise en charge sera examinée pour les frais de scolarité

Fait à : le :

Signature et cachet de l'établissement :

2/

Je soussigné(e) : _____

Adresse personnelle : _____

M'engage sur l'honneur, en cas d'admission à la formation Cadre de Santé, à régler les frais de scolarité afférents à cette formation.

Fait à : le :

Signature :

Remplir le 1 ou 2 selon votre financement

Institut de Formation des Cadres de Santé

LISTE DES PIECES A FOURNIR POUR LE DOSSIER D'INSCRIPTION

Pour valider votre dossier de candidature, veuillez le compléter par les pièces suivantes :

- ❑ Attestation d'inscription à un ordre professionnel
- ❑ Copies des Diplômes : Baccalauréat et Formation Supérieure
- ❑ Attestation de l'employeur, ou des employeurs, justifiant des 4 années d'exercice de la profession (en équivalent temps plein) au 31 janvier de l'année du dépôt du dossier.
- ❑ Pour les candidats exerçant dans le secteur libéral : Certificat d'identification établi par la ou les caisses primaires d'assurance maladie du secteur de leur exercice 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 d'exercice fiscaux de leur lieu d'exercice, et tous autres documents permettant de justifier des modes d'exercice.
- ❑ Certificat médical émanant d'un médecin agréé attestant l'aptitude physique et l'absence de contre-indication **au suivi de la formation** (https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/consulter-la-liste-des-medecins-agrees-en-pays-de-la-loire) (annexe 1)
- ❑ Certificat médical attestant que le candidat est à jour des vaccinations obligatoires (annexe 2)
- ❑ Attestation de prise en charge des frais de scolarité par l'employeur ou l'organisme de financement concerné, ou à défaut, un engagement sur l'honneur du candidat à régler les frais de scolarité. (Possibilité de remplir la feuille jointe : annexe 3)
- ❑ 1 photo d'identité couleur format standard à coller sur la couverture (photo de moins de 3 mois)
- ❑ Chèque de deux cents euros (200,00 €) libellé à l'ordre de : REGIE RECETTES ANGERS CHU (non remboursable après inscription)
- ❑ Pour les candidats domiciliés dans les DROM, le nom et l'adresse du Centre d'examen pour la délocalisation de l'épreuve écrite est à nous transmettre avant le 1er février 2027. Le directeur de l'IFCS appréciera l'opportunité de réaliser l'épreuve d'admissibilité dans le centre d'examen proposé par le candidat. Si la demande est validée, un certificat d'accord pour l'organisation de l'épreuve d'admissibilité par le centre d'examen sera à fournir.

Le dossier d'inscription ne sera pris en compte qu'accompagné du chèque de règlement.

Sur tous les documents photocopiés, vous porterez la mention suivante :
« ***Je soussigné*** (nom et prénom) ***certifie conforme à l'original*** »

Date et signature

➔ Inscriptions aux épreuves de sélection entre le :
2 janvier et le 15 février 2027

IFCS ANGERS : ☛ **dossier à retirer sur le site www.chu-angers.fr/ifcs**
: ☛ **à renvoyer à l'IFCS d'Angers**

Vous êtes en situation de handicap, vous pouvez nous contacter à l'adresse :
DIEF-Referent-Handicap@chu-angers.fr