

Photo
à coller

FILIERE : _____

NOM (de naissance) : _____

NOM (d'usage) : _____

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

DOSSIER DE CANDIDATURE
Année 2026

INSTITUT DE FORMATION DES CADRES DE SANTÉ



Dossier à retourner entre le **2 janvier et le 15 février 2026**
(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

ETAT CIVIL

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

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

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

Nationalité : _____ Sexe : Masculin ☐ Féminin ☐

Situation familiale :

☐ Célibataire
☐ divorcé(e)

☐ marié(e)
☐ vie maritale

☐ veuf(ve)
☐ PACS

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 : |

Nom de l'Etablissement employeur : _____

Adresse exacte : _____

Code postal : _____

Ville : _____

Référent (Directeur des soins, Responsable formation...) : 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
<u>Secondaire :</u> Année	BAC ou Equivalent		
<u>Universitaire :</u> Années	DEUG D.U.T. D.U. Licence Maîtrise Master (1-2) D.E.S.S. D.E.A. Doctorat		
De A			
<u>Professionnel :</u> 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)

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,
certifie avoir 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 la formation 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 de la santé publique.

Test tuberculinique ou Quantiféron	Dates et résultats des deux derniers examens :
DT Polio Coqueluche	Date de <u>l'avant dernière injection</u> et nom du vaccin : Date de <u>la dernière injection</u> 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 1 ^{ère} injection : 2 ^{ème} 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

1/

Je soussigné(e) : _____

Fonction : _____

Etablissement : _____

Atteste que, sous réserve de son admission à la formation Cadre de Santé pour l'année 2026 :

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

LISTE DES PIÈCES 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 (Merci de préciser lequel selon votre filière)
- ☐ 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 Cent quatre-vingt-dix euros (190,00 €) libellé à l'ordre de : Trésor Public du CHU d'ANGERS (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 2026. 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 considération 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 2026

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