



DOSSIER D'INSCRIPTION

Institut de Formation
des Cadres de Santé
Cycle préparatoire
2018/2019



DOSSIER D'INSCRIPTION

**CYCLE PRÉPARATOIRE
2018 / 2019**

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Téléphone fixe :

Tél. Portable :

Mail :

Profession :

Diplôme spécialisé pour les infirmiers : DE Puér. IADE IBODE

Votre employeur actuel :

Raison sociale de l'employeur :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Votre grade :

Depuis le :

Votre fonction (indiquez par exemple si vous faites fonction de cadre) :

Depuis le :

Votre service ou unité d'affectation actuelle :

Téléphone :

Poste :

PRINCIPAUX DIPLÔMES OBTENUS PAR ORDRE CHRONOLOGIQUE

DIPLÔMES	ANNÉE D'OBTENTION

PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE

Cycle pris en charge par (cochez la case correspondante)

- Votre employeur
- Vous - même
- Autres :

FICHE DE FINANCEMENT

Fiche à joindre **obligatoirement** à votre dossier de candidature

Cycle Préparatoire 2018 - 2019

Identification du candidat :

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

Adresse :

Identification de l'employeur :

Raison sociale de l'employeur :

Adresse :

Tél :

Mail formation continue :

Prise en charge des frais de formation d'un montant de 2120 € par :

- Votre employeur (joindre l'attestation de prise en charge)
- Vous-même (1)
- Autres :

(1) Veuillez compléter cet engagement de financement.

Je soussigné(e) Mme, M : m'engage sur l'honneur à régler les frais de formation pour l'année 2018 - 2019, soit la somme de 2120 € (deux mille cent vingt euros), à l'Institut de Formation des Cadres de Santé du C.H.U. de Tours.

Somme payable en 2 versements

Fait à le

Signature

PIÈCES A JOINDRE AU DOSSIER :

- une lettre de motivation à suivre la formation de cadre de santé
- un curriculum-vitae
- la photocopie des diplômes recto-verso, et l'attestation d'inscription au répertoire ADELI
- les attestations de travail de vos employeurs
- une photo d'identité (inscrire votre nom au verso)
- une attestation de prise en charge financière accompagnée de la fiche de financement renseignée
- une photocopie de votre pièce d'identité en cours de validité (carte d'identité ou passeport).

Dossier à retourner complet avant le 3 septembre 2018

A l'adresse postale suivante :

Institut de Formation des Cadres de Santé
Centre Hospitalier Universitaire de Tours
37044 TOURS CEDEX 9
02 47 47 59 36