



**DOSSIER D'INSCRIPTION**

Institut de Formation  
des Cadres de Santé  
Cycle Préparatoire  
2019/2020



## DOSSIER D'INSCRIPTION

### CYCLE PRÉPARATOIRE 2019 / 2020

---

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 2019 - 2020

**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 2150 € 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 2019 - 2020, soit la somme de 2150 € (deux mille cent cinquante 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 6 septembre 2019**

**A l'adresse postale suivante :**

Institut de Formation des Cadres de Santé  
Centre Hospitalier Universitaire de Tours  
37044 TOURS CEDEX 9