



INSTITUT DE FORMATION DES CADRES DE SANTE  
DU CHRU DE TOURS



Concours d'entrée 2019  
Dossier d'inscription

Merci de remplir les rubriques en lettres majuscules

▪ **Identité**

- Nom de naissance : ..... Nom d'usage : .....
- Prénom : ..... Date et lieu de naissance : .....
- Adresse : .....
- .....
- Code postal : ..... Ville : .....
- Tél. : ..... Tél. portable : .....
- E. mail : .....

▪ **Profession**

- Infirmier  Diplômes spécialisés pour les DE  
DE Puér.  IADE  IBODE
- Technicien de laboratoire
- Manipulateur en électroradiologie
- Préparateur en pharmacie
- Diététicien
- Ergothérapeute
- Masseur kinésithérapeute
- Orthophoniste
- Orthoptiste
- Pédicure-podologue
- Psychomotricien

▪ **Adresse professionnelle**

- Établissement : .....
- Adresse : .....
- .....
- CP : ..... Ville : .....

▪ **Diplômes professionnels** (joindre justificatifs)

Années	Établissement de formation	Intitulé du diplôme

▪ **Autres diplômes et formations universitaires** (joindre justificatifs)

Années	Établissement de formation	Intitulé du diplôme ou dernière classe suivie

▪ **Activité professionnelle actuelle**

<p><b>Fonction :</b></p> <p><b>Service :</b></p> <p><b>Téléphone (+ N° de poste) :</b></p>
--

▪ **Déroulement de carrière**

Années	Établissements / Services	Fonction

▪ **Prise en charge de la formation**

-Type de prise en charge financière

Promotion Professionnelle       A titre individuel

FONGECIF                               PROMOFAP

Autre (à préciser) :

**AUTORISATION DE PARUTION**  
**(Site Internet)**

**A JOINDRE AU DOSSIER D'INSCRIPTION**

Je soussigné(e) :

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

Cochez la case correspondante :

**autorise**

**n'autorise pas**

**l'Institut de Formation des Cadres de Santé du Centre Hospitalier Régional  
Universitaire de Tours** à faire paraître mon nom sur la liste des résultats d'admissibilité et  
d'admission qui seront publiées sur Internet :

**<http://www.chu-tours.fr/> rubrique : « Etudiant/En formation » « Ecoles de formations  
paramédicales ».**

Fait à

Le

Signature

(Suivie de la mention "Lu et approuvé")

**FICHE DE FINANCEMENT DE LA FORMATION CADRE 2019 / 2020**  
**A JOINDRE AU DOSSIER D'INSCRIPTION**

NOM DE NAISSANCE : ..... Prénom :.....

NOM d'USAGE : .....

***Adresse personnelle***

Rue :	
Lieu-dit :	
Code Postal :	Ville :
Téléphone :	Mail :

***Coordonnées précises de l'Employeur\****

Nom :		
Raison sociale de l'employeur :		
Rue :		
B. P. :	Code Postal :	Ville :
Téléphone :	Fax :	

► **Les frais de formation d'un montant de 9800 € seront pris en charge par :**

- Employeur (joindre une attestation de votre employeur)
- Vous-même <sup>(1)</sup>
- Organisme (préciser)

.....

(1) Veuillez compléter l'engagement de paiement ci-dessous.

.....

**ENGAGEMENT DE PAIEMENT PERSONNEL**

Je soussigné(e) Mme, M. ...., m'engage sur l'honneur à régler les frais de formation d'un montant de **9800 € (Neuf mille huit cents euros)** pour l'année 2019-2020 à l'Institut de Formation des Cadres de Santé du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Tours, payable en trois versements.

Fait à,  
Le .....

Signature

**Dossier à retourner complet entre le 2 janvier et le 15 février 2019 inclus à :**

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

- **1 - Une copie des diplômes (recto-verso) accompagnée de votre inscription au fichier Adeli**
- **2 - Une attestation de l'employeur ou des employeurs, justifiant des quatre années d'exercice, ou, pour les candidats exerçant dans le secteur libéral, un 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 votre exercice, établie par les services fiscaux de votre lieu d'exercice, et tous autres documents permettant de justifier des modes d'exercice**
- **3 - Un certificat médical émanant d'un MÉDECIN AGRÉÉ\* attestant l'aptitude physique et l'absence de contre-indication AU SUIVI DE LA FORMATION et UN CERTIFICAT MÉDICAL ATTESTANT QUE LE CANDIDAT EST À JOUR DES VACCINATIONS OBLIGATOIRES prévues par l'article L. 10 du code de la santé publique**
- **4 - Une attestation de prise en charge ou de demande 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**
- **5 - Un chèque d'inscription au concours d'un montant de **130 euros** libellé à l'ordre de « **Trésor Public** »**
- **6 - 4 enveloppes (format **22,5 x 16**) timbrées au tarif en vigueur et libellées à l'adresse du candidat**
- **7 - Photocopie pièce d'identité (carte d'identité ou passeport en cours de validité)**
- **8 - 1 photo d'identité**
- **9 - Autorisation parution Internet**

**\* LA MENTION « MÉDECIN AGRÉÉ » DOIT IMPÉRATIVEMENT FIGURER SUR LE CERTIFICAT MÉDICAL.**

**Vous pouvez demander la liste des médecins auprès de l'Agence Régionale de la Santé de votre département.**

**Ne seront pris en considération que les dossiers complets et parvenus dans les délais indiqués. Vous recevrez les différentes convocations (admissibilité - admission) 15 jours avant chaque épreuve.**