

**BULLETIN D'INSCRIPTION
EPREUVES DE SELECTION
2026**

Coller une photo

à ENVOYER au Centre Psychothérapique de Nancy I.F.C.S. lorrain BP 11010 54521 LAXOU Cedex	ou	à DEPOSER à I.F.C.S. lorrain Tour Marcel Brot 1^{er} étage 54000 NANCY
--	-----------	---

Coordonnées du candidat☐ Madame ☐ Monsieur

Nom : Nom de naissance :

Prénom :

Rue :

Code postal : Ville :

Date de naissance :/...../..... Ville de naissance : (N° Département :)

Tél fixe : Portable :

E-mail :

Coordonnées de l'employeur

Nom de l'établissement :

Service :

Rue :

Code postal : Ville :

Tél : E-mail :

Diplômes

(Baccalauréat, D.E., BTS, D.U. Master...)

Diplôme(s)	Date(s) d'obtention	Lieu d'obtention
Bac série :		
Diplôme professionnel :		
Autres : ex DU, Master...		

Fonction exercée :

Filière infirmière	Filière médico-technique	Filière rééducation
☐ Infirmier ☐ Infirmier anesthésiste ☐ Infirmier bloc opératoire ☐ Infirmière puéricultrice	☐ Manipulateur en électroradiologie médicale ☐ Préparateur en Pharmacie hospitalière ☐ Technicien de laboratoire médical	☐ Diététicien ☐ Ergothérapeute ☐ Masseur-Kinésithérapeute ☐ Psychomotricien

☐ Faisant Fonction Cadre ☐ Faisant Fonction Formateur ☐ Autres : précisez :- Autorisez-vous l'affichage des résultats sur Internet : ☐ oui ☐ non**Attention aucun résultat ne sera fourni par téléphone.**

Présentez-vous une situation de handicap ?

☐ oui ☐ non

Si oui, demandez-vous un aménagement des épreuves de sélection ?

☐ oui ☐ non** Si vous habitez un département ou territoire d'outre-mer, précisez si vous souhaitez passer l'épreuve écrite sur place*☐ oui ☐ non☐ **Merci de joindre une copie de votre ordre de virement.**

Fait à : Le : Signature :



**ATTESTATION ou DEMANDE
de PRISE en CHARGE FINANCIÈRE
des frais de scolarité pour la formation Cadre de Santé**

A compléter par l'employeur ou l'organisme de prise en charge (OPCO...)

Je soussigné-e,

Nom du Directeur d'Établissement :

Établissement ou organisme :

.....

atteste que :

☐ Madame ☐ Monsieur

NOM :

Nom de jeune fille :

Prénom :

sous réserve de son admission à la formation Cadre de santé pour l'année 2026-2027

☐ a présenté une demande de prise en charge des frais afférents à cette formation.

☐ sera pris-e en charge par l'établissement pour les frais de scolarité afférents à cette **formation Cadres de santé** (11500 € tarif 2025-2026).

☐ serait pris-e en charge par l'établissement pour les frais afférents au **Master 2 MOSSS** si validation par la commission du dossier VAP (2 200 € tarif 2025-2026).

Date :

Fonction :

Signature et cachet de l'établissement ou de l'organisme financeur

En cas d'autofinancement

**Je m'engage à financer la formation Cadres de santé pour la rentrée
de Septembre 2025 :**

NOM :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél : Fax :

E-mail :

Fait à : Le :

Signature du financeur :

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné-e, Dr....., Médecin agréé, certifie avoir examiné
ce jour :

☐ Monsieur ☐ Madame (NOM – Prénom)

Né-e le : à

Domicilié-e à :

atteste qu'il-elle est

☐ à jour dans ses vaccinations obligatoires

☐ apte à suivre la formation Cadre de Santé.

Fait à :

Le

Signature du médecin agréé

Cachet du médecin agréé

	LISTE DES PIÈCES A JOINDRE	
	L'ensemble des pièces est :	
	à envoyer à : CENTRE PSYCHOTHÉRAPIQUE de NANCY I.F.C.S. lorrain BP 11010 54521 LAXOU Cedex	ou à déposer à : IFCS Lorrain Tour Marcel Brot - 1er étage Rue Joseph Cugnot 54000 NANCY

Je soussigné-e,

Nom : **Nom de jeune fille :**

Prénom :

Liste des pièces jointes au dossier d'inscription :

Pièces jointes	A cocher
Pré-inscription <u>obligatoire</u> sur le site : https://cpn-laxou.pgfs.fr/	
Dossier d'inscription	
Copies certifiées conformes par vos soins des diplômes (<i>Diplôme le plus élevé + le diplôme de la profession</i>) « Je certifie conforme à l'original » (date et signature)	
Attestation d'employeur justifiant de 4 années d'exercice à temps plein au 31 janvier de l'année des épreuves de sélection.	
Certificat médical émanant d'un médecin agréé attestant l'aptitude physique et l'absence de contre-indication au suivi de la formation avec le cachet du médecin . Je soussigné, Médecin agréé.... ... est apte à suivre la formation Cadre de santé. 	
Certificat médical attestant que le candidat est à jour des vaccinations obligatoires	
Attestation de prise en charge ou demande de prise en charge complétée ou Autofinancement	
1 Photographie d'identité à coller sur la demande d'inscription	
Copie de l'ordre de virement de 120 € RIB : IBAN : FR76 1007 1540 0000 0020 1365 994 Code BIC : TRPUFRP1 Merci d'indiquer le nom-prénom du candidat dans l'objet du virement	
4 Timbres autocollants pour un affranchissement de 20 g	
Si situation de handicap : - 1 justificatif délivré par un organisme tel que CDAPH, MDPH - 1 certificat médical d'un médecin agréé mentionnant le(s) aménagement(s) d'épreuves à prévoir	

certifie avoir transmis au secrétariat de l'Institut lorrain de Formation des Cadres de Santé du Centre Psychothérapique de Nancy l'ensemble des pièces cochées ci-dessus.

Le secrétariat vous contactera en cas de dossier incomplet.

Fait à :

Le :

Signature :