



FACULTÉ
DE SANTÉ



DOSSIER DE CANDIDATURE
PRÉPARATION ORALE
CONCOURS CADRE DE SANTÉ 2025

ETAT CIVIL :

Nom (En majuscules): Prénom(s) :
Nom de jeune fille : Nationalité :
Date de naissance : __ __ / __ __ / __ __ à (__ __)
N° de Sécurité Sociale :

ADRESSE :

N°/rue :
Code postal : __ __ __ __ Ville :
Téléphone : __ __ / __ __ / __ __ / __ __ / __ __ Portable : __ __ / __ __ / __ __ / __ __ / __ __
@mail personnel :

EMPLOYEUR :

Fonction exercée actuellement :
Etablissement :
Adresse :
Code postal : __ __ __ __ Ville :
Service :
@mail professionnel :
Téléphone (précisez votre n° de poste) : __ __ / __ __ / __ __ / __ __ / __ __
Responsable de la formation continue :
Téléphone du responsable formation continue : __ __ / __ __ / __ __ / __ __ / __ __
@mail responsable formation continue :

Secteur public

Secteur Privé

ESPIC

Lucratif

Libéral

DIPLÔMES

Années	Intitulé du Diplôme	Etablissement(s) de formation
----- / -----
----- / -----
----- / -----
----- / -----

FORMATIONS AU TITRE DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE CONTINUE

Années (-10 ans)	Durée (+ 3 jours)	Organisme de formation	Intitulé de la formation
--- / --- / ---
--- / --- / ---
--- / --- / ---
--- / --- / ---
--- / --- / ---

PRISE EN CHARGE DE LA FORMATION :

- Au titre du plan de formation (financement employeur)
Le cas échéant, vous vous engagez à faire des démarches auprès de votre employeur
- Au titre du Congé Individuel de Formation (financement OPCO)
Le cas échéant, vous vous engagez à faire des démarches auprès de votre OPCO
- A titre individuel (financement personnel)

Date et signature du candidat :

Les droits de formation font l'objet d'une convention accompagnée d'une facture.

PIÈCES À JOINDRE POUR COMPLÉTER VOTRE DOSSIER DE CANDIDATURE

- * Attestation de prise en charge de l'employeur ou d'un organisme (en cas de prise en charge personnelle, joindre une attestation sur l'honneur : modèle joint),
- * 1 photo d'identité non scannée (format standard),

Les dossiers incomplets ne pourront être pris en compte

ANNEXE : ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE PERSONNELLE

Je soussigné (prénom NOM) _____

atteste prendre en charge personnellement les frais de formation pour la session 2025 de la préparation orale au concours cadre de santé.

Fait à _____ Le ____/____/ 2025

Signature

INFORMATION IMPORTANTE

Afin de réaliser cette préparation orale dans les meilleures conditions possibles, il vous est demandé de venir le 18 avril 2024 avec une ébauche de projet professionnel en support papier et clé USB. Le dossier professionnel demandé au concours comprend 5 parties et fait 10 pages maximum. Il faudra à minima avoir réalisé 2 parties : votre CV et votre parcours professionnel (venir avec au moins 5 pages).

Il s'agit de bénéficier d'une première correction et de réajustements.

Nous vous remercions de cet effort qui nous permettra d'optimiser votre accompagnement.

L'équipe pédagogique