

Éléments du dossier d'inscription

Pièces à fournir

- Le **dossier d'inscription** de l'École dûment rempli (cf. pièce jointe).
- Une **lettre manuscrite** de demande d'inscription au concours.
- 2 photos d'identité** format 3,5 x 4,5 minimum (*dont une à coller sur le dossier d'inscription*).
- Une copie d'une **pièce d'identité** en cours de validité (recto / verso).
- Un **curriculum vitæ** récent.
- Une **copie des diplômes**
 - ✓ Généraux
 - ✓ Professionnels (+ **numéro RPPS** attribué par l'ONI).
- Une **attestation de l'employeur**, ou des employeurs :

**justifiant de deux années d'exercice professionnel en équivalent temps plein
au 1er Janvier de l'année du concours**

IMPORTANT : Le pourcentage de temps de travail doit impérativement être mentionné.

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 leur exercice, établie par les services fiscaux de leur lieu d'exercice, et tous autres documents permettant de justifier des modes d'exercice.

- Une **attestation de prise en charge** ou de demande de prise en charge des frais de scolarité pour les deux années de formation d'infirmier anesthésiste 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 :
 - **9000€ / année de formation pour les étudiants pris en charge.**
Ainsi que les frais d'inscription universitaires : 243 € / année (*cf. pièce jointe*).
 - **7750€ / année de formation pour les étudiants en autofinancement.**
Ainsi que les frais d'inscription universitaires : 243 € / année (*cf. pièce jointe*).
- Un **chèque de 110 €**, non remboursable, en règlement des frais de dossier et de sélection, libellé à l'ordre de « Trésorerie des Hôpitaux de Côte d'Or ».

Date limite de dépôt de dossier

(Cachet de la poste faisant foi)

le 23 février 2024

Aucun dossier ne sera pris en compte au-delà de cette date.

En raison des formalités administratives, il est recommandé aux candidats des DOM-TOM de s'inscrire avant le 16 février 2024

En cas de difficulté pour télécharger ou remplir le document,
merci de nous contacter par mail IADE@chu-dijon.fr
ou par téléphone au secrétariat au 03.80.29.30.24. à partir du 8 janvier 2024.

Sera à fournir au moment de la confirmation d'entrée à l'école I.A.D.E :

1. Une copie de **l'attestation de droit de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie**
2. Un **certificat médical** émanant d'un médecin agréé
« attestant l'aptitude physique et l'absence de contre-indication au suivi de la formation »
3. 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

Cadre réservé à l'école d'IADE

Lettre manuscrite	<input type="checkbox"/>
2 photos d'identité	<input type="checkbox"/>
Copie pièce d'identité	<input type="checkbox"/>
Copie(s) diplôme(s)	<input type="checkbox"/>
Attestation(s) employeur(s)	<input type="checkbox"/>
Attestation prise en charge	<input type="checkbox"/>
Chèque de 110 Euros	<input type="checkbox"/>

Copie attestation carte vitale	<input type="checkbox"/>
Certificat médical médecin agréé	<input type="checkbox"/>
Certificat médical vaccinations	<input type="checkbox"/>

DOSSIER D'INSCRIPTION

à nous retourner par courrier ou en mains propres
avant le 23 février 2024, cachet de la poste faisant foi

Madame Monsieur

NOM de NAISSANCE :

NOM (d'usage) :

PRENOM :

DATE de NAISSANCE :

LIEU :

NATIONALITE :

NUMERO de SECURITE SOCIALE :

I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I



ADRESSE PERSONNELLE : _____

Code Postal :

Commune : _____

Tél. Portable :

E-mail : _____ @

DIPLOME PROFESSIONNEL (Indiquer la date d'obtention du diplôme) :

IDE _____

Institut où a été effectuée la formation initiale :

Autre _____

DIPLOMES ET ÉTUDES :

✓ Baccalauréat :

✓ Universitaires :

Domaine(s)

/

Niveau

/

✓ Autres :

ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE ACTUELLE :

Nom de l'établissement employeur :

Tél. :

N° et Rue :

Code postal et ville :

Fonction :

Unité :

PRÉPARATION AU CONCOURS D'ENTRÉE A L'ÉCOLE IADE : OUI

NON

Année et organisme :

INSCRIPTION DANS D'AUTRES ÉCOLES :

OUI

NON

Êtes-vous inscrit(e)s dans une ou d'autres écoles :

Si oui, laquelle (lesquelles) ?

RÉCAPITULATIF DU DÉROULEMENT DE LA CARRIÈRE (remplir la page suivante).

Je certifie l'exactitude des renseignements portés sur ce dossier de candidature

Date :

Nom – Prénom :

Signature :

Récapitulatif du déroulement de la carrière

Joindre les attestations des employeurs depuis l'obtention de votre diplôme professionnel

Conformément à l'Arrêté du 23 juillet 2012 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste : « Le candidat doit justifier d'un exercice professionnel équivalent temps plein à vingt-quatre mois minimum au 1er Janvier de l'année du concours ».

NOM et ADRESSE de l'EMPLOYEUR	UNITÉ d'affectation ¹	FONCTION occupée ²	Dates précises des périodes passées dans chaque service		Durée en mois	TOTAL en mois exercice prof. réel équivalent temps plein
			du	au		
			.. / .. / / .. /		
			.. / .. / / .. /		
			.. / .. / / .. /		
			.. / .. / / .. /		
			.. / .. / / .. /		
			.. / .. / / .. /		
			.. / .. / / .. /		
			.. / .. / / .. /		
			.. / .. / / .. /		
			.. / .. / / .. /		
			.. / .. / / .. /		
			.. / .. / / .. /		
			.. / .. / / .. /		
			.. / .. / / .. /		

1 Indiquer la discipline : médecine, chirurgie ou spécialité.

2 Ajouter la quotité de travail = 100 %, 75 %, ...

Sélection d'entrée à l'école IADE de Dijon

Attestation de prise en charge des frais de scolarité de la formation d'infirmier anesthésiste

Par l'employeur ou l'organisme de financement
Frais de scolarité : 9 000 € / année de formation
Frais d'inscription universitaires 243 € / année

Etablissement :

Je soussigné(e) :
Qualité :

Atteste que :

Mme / M. :

Cochez une seule case :

- A déposé une demande de prise en charge** des frais de scolarité auprès de notre établissement
- Sera pris(e) en charge** par l'établissement pour les frais de scolarité afférents à cette formation, sous réserve de son admission à la formation d'Infirmier Anesthésiste.
- A fait une demande de prise en charge** des frais de scolarité auprès de l'organisme suivant :
- Ne sera pas pris(e) en charge** par l'établissement

Date :

Signature et cachet de l'établissement :

Par le candidat n'ayant pas de prise en charge
Frais de scolarité : 7 750 € / année de formation
Frais d'inscription universitaires 243 € / année

Je soussigné(e) :

M'engage sur l'honneur, en cas d'admission à la formation d'Infirmier Anesthésiste, à régler la totalité des frais de scolarité afférents à cette formation

Date :

Signature du candidat :