

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.
- ☐ 1 **photo d'identité** format 3,5 x 4,5 minimum.
- ☐ Une copie d'une **pièce d'identité** en cours de validité (recto / verso).
- ☐ Un **curriculum vitae** 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 :
 - **10 000 € / année de formation pour les étudiants pris en charge.**
Ainsi que les frais d'inscription universitaires
(250 € / année, tarif 2025 à titre indicatif et sous réserve de modification pour la formation 2026-2027).
 - **8000 € / année de formation pour les étudiants en autofinancement.**
Ainsi que les frais d'inscription universitaires
(250 € / année, tarif 2025 à titre indicatif et sous réserve de modification pour la formation 2026-2027).
- ☐ Un **chèque de 140 €**, 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 20 février 2026

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 13 février 2026

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 1 décembre 2025.

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 ☐

CV ☐

1 photos d'identité ☐

Copie pièce d'identité ☐

Copie(s) diplôme(s) ☐

Attestation(s) employeur(s) ☐

Attestation prise en charge ☐

Chèque de 140 Euros ☐

Numéro RPPS ☐

Copie attestation carte vitale ☐

Certificat médical médecin agréé ☐

Certificat médical vaccinations ☐

DOSSIER D'INSCRIPTION

à nous retourner par courrier ou en mains propres
avant le 20 février 2025, 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 I

Coller ici
une photo
d'identité

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

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

Si oui, laquelle (lesquelles) ?

PERSONNE A CONTACTER :

Nom Prénom :
Tél. :

En qualité de :

ACCESSIBILITÉ demande particulière :

☐ OUI

☐ NON

Concernant l'accessibilité, l'Institut étudiera l'adaptation des moyens de la prestation pour les personnes en situation de handicap. Nous nous invitons à nous contacter pour obtenir des informations.

<https://campus-paramedical.chu-dijon.fr/accessibilite-et-referents-handicap/>

Nos référents Handicap sont à votre écoute pour vous conseiller :

– Ingrid COLLARDOT

– Audrey FRANKLIN

– Stéphanie SAUREL

- Katy TERMELET

Contactez-les directement par mail en laissant vos coordonnées à cette adresse :

campusp.handicap@chu-dijon.fr

FINANCEMENT :

☐ OUI

☐ NON

Si non, souhaitez-vous recevoir des informations ou propositions de financement via un établissement de santé de notre région

☐ OUI

☐ NON

Adresse mail à ajouter à la mailing liste :

Dans tous les cas, merci de renseigner la page 6 de ce dossier d'inscription :

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

CONTACT :

Pour toute demande d'information vous pouvez nous contacter :

Campus Paramédical – Filière de formation Infirmiers Anesthésistes
10 bis Bd Maréchal de Lattre de Tassigny – BP 77908 21079 DIJON Cedex

Directrice : Yamina KROUK

Responsable de formation : Benoît CHÂTEAUNEUF – benoit.chateauneuf@chu-dijon.fr

Secrétariat : Espérance GBIKPI – IADE@chu-dijon.fr – 03.80.29.30.24

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 : 10 000 € / année de formation
+ Frais d'inscription universitaires

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 : 8000 € / année de formation
+ Frais d'inscription universitaires

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 :