

## FORMATION SOUHAITÉE (MERCİ DE COCHER)

- CU Soins en Santé Mentale
- DU Santé Mentale
- DU Soins Initiation à la Recherche en Soins
- DU Soins Encadrement et Pilotage de l'Organisation des Soins option « Unité de Soins »
- DU Soins Encadrement et Pilotage de l'Organisation des Soins option « Coordination du Parcours de Soins »
- Master 1<sup>ère</sup> année Management des Organisations de Santé - Parcours « Management des Organisations Soignantes »
- Master 2<sup>ème</sup> année Management des Organisations de Santé - Parcours « Management des Organisations Soignantes »

## ÉTAT CIVIL :

Nom d'usage (En majuscules) : ..... Prénom : .....  
 Nom de naissance : ..... Nationalité : .....  
 Date de naissance : \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ à ..... ( \_\_ \_\_ )  
 N° de Sécurité Sociale : .....

## ADRESSE :

N°/rue : .....  
 Code postal : \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ Ville : .....  
 Téléphone : \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ Portable : \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_  
 Email personnel : .....

## EMPLOYEUR :

Fonction exercée actuellement : .....

### Secteur sanitaire

- MCO
- SSR
- PSY
- HAD
- Autre, précisez : .....

### Secteur médico-social

- EHPAD
- SSIAD
- PSY (Foyer/SAMSAH/SAVS...)
- Handicap et insertion

### Statut

- Public       Associatif
- Privé ESPIC
- Privé lucratif
- Exercice libéral

Etablissement : .....

Adresse : .....

Code postal : \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ Ville : .....

Service : .....

Email professionnel : .....

Téléphone (précisez votre n° de poste) : \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_

Responsable de la formation continue : .....

Email responsable formation continue : .....

Téléphone responsable formation continue : \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_

**DIPLÔMES :**

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

**PARCOURS PROFESSIONNEL :**

Date	Institutions / Employeurs	Nature des Responsabilités
..... à .....	.....	.....
..... à .....	.....	.....
..... à .....	.....	.....
..... à .....	.....	.....
..... à .....	.....	.....
..... à .....	.....	.....
..... à .....	.....	.....

**FORMATIONS AU TITRE DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE CONTINUE :**

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

**DESCRIPTION DE VOTRE EMPLOI ACTUEL  
(NATURE DES COMPETENCES ET FONCTIONS ASSUMÉES) :**

**PUBLICATIONS (S'IL Y A LIEU) :**

Années	Nature + Description
-----	.....
-----	.....

**PRISE EN CHARGE DE LA FORMATION (MERCİ DE COCHER) :**

- 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 OPCA)  
*Le cas échéant, vous vous engagez à faire des démarches auprès de votre OPCA*
- A titre individuel (financement personnel)

Date et signature du candidat :

# ANNEXE 1 : DOCUMENTS À FOURNIR POUR COMPLÉTER VOTRE DOSSIER DE CANDIDATURE

## • PIÈCES COMMUNES À TOUTES LES FORMATIONS :

- Un Curriculum Vitae (CV),
- 1 photocopie de tous vos diplômes (diplômes professionnels **et** baccalauréat),
- Si financement personnel : attestation sur l'honneur (modèle fourni en annexe 2)
- 1 photocopie de votre attestation d'assurance responsabilité civile,
- 1 photocopie de l'attestation de carte vitale (et non de la carte vitale elle-même),
- 1 photo d'identité non scannées (format standard, avec nom au dos)

## • PIÈCES SPECIFIQUES SELON LES FORMATIONS :

### ✓ CU Soins en Santé Mentale :

Attestation d'ancienneté justifiant d'1 année d'expérience professionnelle au minimum dans le champ de la santé mentale.

### ✓ DU Santé Mentale :

Attestation d'ancienneté justifiant de 3 années d'expérience professionnelle au minimum dans le champ de la santé mentale + lettre de motivation intégrant votre projet professionnel.

### ✓ DU Soins Encadrement et Pilotage de l'Organisation des Soins (les 2 options) :

Attestation d'ancienneté justifiant d'1 année d'expérience professionnelle au minimum dans le secteur sanitaire ou médico-social + lettre de motivation intégrant votre projet professionnel.

### ✓ DU Soins Initiation à la Recherche en Soins :

Attestation d'ancienneté justifiant de 3 années d'expérience professionnelle au minimum dans le secteur sanitaire ou médico-social + lettre de motivation intégrant votre projet professionnel.

### ✓ Master 1<sup>ère</sup> année :

- Attestation d'ancienneté justifiant de 3 années minimum d'expérience professionnelle,
- Un argumentaire écrit de vos motivations pour accéder au Master 1<sup>ère</sup> année.

### ✓ Master 2<sup>ème</sup> année :

- Attestation d'ancienneté justifiant de 3 années d'expérience professionnelle,
- Un argumentaire écrit de vos motivations,
- Un avant-projet managérial sur lequel vous envisagez de travailler au cours de votre master. Cette présentation comprendra :
  - Vos motivations par rapport au thème retenu,
  - Le contexte institutionnel dans lequel se situe cet avant-projet,
  - Les éléments de faisabilité et les points de difficultés,
  - Une bibliographie indicative.

**Pour toutes les formations, les dossiers d'inscription sont à envoyer à :**  
**ESM - 2 rue Antoine Etex 94000 CRÉTEIL**  
**(ne pas envoyer votre dossier en recommandé)**

**Les dossiers incomplets ne pourront être pris en compte**

## ANNEXE 2 : ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE PERSONNELLE

Je soussigné (prénom NOM) \_\_\_\_\_

atteste prendre en charge personnellement mes frais de formation pour la  
session 2023/2024 de la formation suivante (cocher) :

- CU Soins en Santé Mentale
- DU Santé Mentale
- DU Soins Initiation à la Recherche en Soins
- DU Soins Encadrement et Pilotage de l'Organisation des Soins option « Unité de Soins »
- DU Soins Encadrement et Pilotage de l'Organisation des Soins option « Coordination du Parcours de Soins »
- DU Coordination de parcours et gestion de cas : accompagner les situations complexes
- Master 1<sup>ère</sup> année Management sectoriel - Parcours « Management des Organisations Soignantes »
- Master 2<sup>ème</sup> année Management sectoriel - Parcours « Management des Organisations Soignantes »

En cas d'acceptation de ma candidature par la commission d'admission de  
l'ESM.

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_/\_\_\_\_/ 2023

Date et signature du candidat :