

FORMATION SOUHAITÉE (MERCİ DE COCHER)

- DU Soins Psychiatrie et Santé Mentale
- DU Soins Initiation à la Recherche en Soins
- DU Management et parcours de soins option « Management et Gestion des Unités de Soins »
- DU Management et parcours de soins option « Coordination de Parcours de Soins »
- Master 1^{ère} année Management des Organisations de Santé - Parcours « Management des Organisations Soignantes »
- Master 2^{ème} 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 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 :

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 :

✓ DU Soins Psychiatrie et 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 Management et parcours de 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.

Un pré-projet de recherche clinique de 5 pages maximum avec :

- le contexte institutionnel/professionnel du projet
- les soutiens institutionnels
- le titre de la recherche clinique
- la problématique/question de recherche
- l'objectif principal de la recherche
- les objectifs secondaires
- la méthodologie envisagée : quantitative, qualitative ou mixte
- le calendrier prévisionnel (rédaction du protocole, temps d'enquête, recueil de données, analyse des données)
- une bibliographie indicative

(un exemple peut vous être transmis sur demande à esm@u-pec.fr)

✓ Master 1^{ère} année :

- Attestation d'ancienneté justifiant de 3 années minimum d'expérience professionnelle,
- Un argumentaire écrit de vos motivations pour accéder au Master 1^{ère} année.

✓ Master 2^{ème} 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 2026/2027 de la formation suivante (cocher) :

- DU Soins Psychiatrie et Santé Mentale
- DU Soins Initiation à la Recherche en Soins
- DU Management et parcours de soins option « Management et Gestion des Unités de Soins »
- DU Management et parcours de soins option « Coordination de Parcours de Soins »
- Master 1^{ère} année Management des Organisations de Santé - Parcours « Management des Organisations Soignantes »
- Master 2^{ème} année Management des Organisations de Santé - Parcours « Management des Organisations Soignantes »

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

Fait à _____ Le ____/____/ 2026

Date et signature du candidat :