

FORMATION SOUHAITÉE (MERCI 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
<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	<div></div> <div></div>
<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	<div></div> <div></div>

PRISE EN CHARGE DE LA FORMATION (MERCI 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.

✓ **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 :