

## 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<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 ASSUMEES) :

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

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

## 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<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 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<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 »

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

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2026

Date et signature du candidat :