

DOSSIER DE CANDIDATURE À LA PRÉPARATION AU CONCOURS CADRE DE SANTÉ 2026/2027

Prépa Groupe 1 Prépa Groupe 2

ETAT CIVIL :

Nom (En majuscules): Prénom(s) :
 Nom de jeune fille : Nationalité :
 Date de naissance : __ __ / __ __ / __ __ à (__ __)
 N° de Sécurité Sociale :

ADRESSE :

N°/rue :
 Code postal : __ __ __ __ Ville :
 Téléphone : __ __ / __ __ / __ __ / __ __ / __ __ Portable : __ __ / __ __ / __ __ / __ __ / __ __
 @mail personnel :

EMPLOYEUR :

Fonction exercée actuellement :
 Etablissement :
 Adresse :
 Code postal : __ __ __ __ Ville :
 Service :
 @mail professionnel :
 Téléphone (précisez votre n° de poste) : __ __ / __ __ / __ __ / __ __ / __ __
 Responsable de la formation continue :
 Téléphone du responsable formation continue : __ __ / __ __ / __ __ / __ __ / __ __
 @mail responsable formation continue :

Secteur public Secteur Privé Libéral
 ESPIC Lucratif

DIPLÔMES

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

FORMATIONS AU TITRE DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE CONTINUE

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

PRISE EN CHARGE DE LA FORMATION :

- 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 :

Les droits de formation font l'objet d'une convention accompagnée d'une facture.

PIÈCES À JOINDRE POUR COMPLÉTER VOTRE DOSSIER DE CANDIDATURE

- * Attestation de prise en charge de l'employeur ou d'un organisme (en cas de prise en charge personnelle, joindre une attestation sur l'honneur : modèle joint),
- * une copie de votre diplôme d'état et, pour les diplômés d'état étrangers, une attestation d'exercer en France.
- * 1 photo d'identité non scannée (format standard),

Les dossiers incomplets ne pourront être pris en compte

ANNEXE : 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) :

Préparation au Concours Cadre de Santé, groupe 1

Préparation au Concours Cadre de Santé, groupe 2

Fait à _____ Le ____/____/ 2026

Signature