

**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 publicSecteur PrivéLibéral ESPIC Lucratif**DIPLOMES**

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

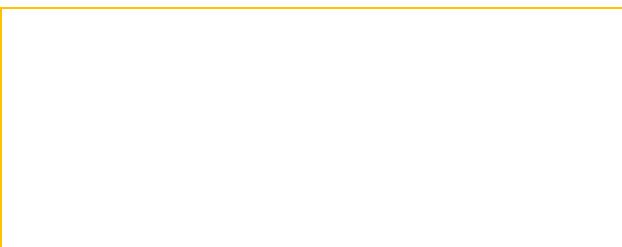
FORMATIONS AU TITRE DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE CONTINUE

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),
- * 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