

**CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE MARTINIQUE
ECOLE INTERREGIONALE DES ANTILLES GUYANE
D'INFIRMIERS DE BLOC OPERATOIRE**
CHU La Meynard - BP 632 - 97261 FORT-DE-FRANCE CEDEX
Les formations paramédicales du CHUM sont cofinancées par le Fonds Social Européen



La certification qualité a été délivrée au titre de la catégorie d'action suivante : ACTION DE FORMATION

CONCOURS D'ADMISSION 2023 : FICHE D'INSCRIPTION

NOM :

Prénoms :

Adresse :

Code postal :

Ville :

N° fixe :

N° portable :

mail :

Né (e) le :

Lieu :

Nationalité :

N° de sécurité sociale :

Handicap compatible avec le métier , besoin d'adaptation

FORMATIONS-DIPLÔMES

Diplômes obtenus	Date d'obtention	Etablissement
<u>Secondaires</u>		
-		
-		
<u>Universitaires</u>		
-		
-		
-		
<u>Professionnels</u>		
-		
-		

PREREQUIS et DEROGATIONS

DE D'infirmier

Etudiants ayant satisfait aux résultats de la commission d'attribution des crédits du **semestre 5**

Dérogation : art 14

DE de sagefemme

Étudiant ayant validé la troisième année du deuxième cycle des études médicales

Titulaire d'un diplôme d'Etat d'infirmier et d'un diplôme reconnu au grade de master

Article 15 : diplôme étranger d'infirmier

Diplôme étranger d'infirmier

Contrat d'alternance : art 16

Contrat d'alternance souscrit avec un employeur

Cochez la case concernée par votre situation actuelle

VOTRE ACTIVITE PROFESSIONNELLE : par ordre chronologique

Dates	Durée	Etablissement	Service	Fonction
-				
-				
-				
-				
-				

VOTRE SITUATION ADMINISTRATIVE ACTUELLE

Grade :

Statut (Titulaire, stagiaire) :

Adresse complète de l'employeur :

Service d'affectation :

Coût de la formation

11 800 euros (onze mille huit cent euros)

- Prise en charge individuelle
- Prise en charge employeur
- Autres mode de financement

Contrat d'alternance

- Contrat d'alternance joint

VOTRE BESOIN EN FORMATION

VOTRE BESOIN EN FORMATION CLINIQUE

VOTRE BESOIN EN FORMATION THEORIQUE

PAIEMENT DES DROITS D'INSCRIPTION AU CONCOURS D'ENTREE A L'EIBO

*Le chèque de 130 euros de droits d'inscription est à joindre au dossier d'inscription accompagné de **LA FICHE D'INSCRIPTION AU CONCOURS**

Nom et prénom du candidat :

Date de naissance :

Adresse

Nom prénom du titulaire du chèque :

Agence bancaire :

N° du Chèque :

Libellé : Trésor public –CHU Martinique

Remise de chèque

date :

signature :