



**FICHE D'INSCRIPTION AU PROCESSUS DE SELECTION D'ENTREE EN
FORMATION PREPARANT AU DIPLÔME D'ETAT D'INFIRMIER DE BLOC
OPERATOIRE**

RENTREE :6 Septembre 2027

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 : OUI ☐

NON ☐

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

Pour l'entrée en formation par la voie de l'apprentissage, une convention de création d'une unité de formation (UFA) par apprentissage est signée entre le CFA santé Martinique et le CHU de Martinique (EIBO)

CFA SANTÉ MARTINIQUE

Mme Aurélie JACOB

0696 66 31 07



Aurelie.jacob@cfasante.fr www.cfasante.fr

*Cochez la case concernée par votre situation actuelle

VOTRE ACTIVITE PROFESSIONNELLE : par ordre chronologique

Dates	Durée	Etablissement	Service	Fonction
-				
-				
-				
-				
-				

VOTRE SITUATION ADMINISTRATIVE ACTUELLE

Exercice libéral ☐

Exercice salarié ☐

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 – joindre votre engagement de financement

☐ Prise en charge employeur –joindre votre justificatif employeur

☐ Autres modes de financement

Contrat d'alternance

☐ Contrat d'alternance –**joindre votre contrat d'alternance**

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 annexée au dossier**

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 :