

ORGANISME DE FORMATION PROJET PROFESSIONNEL PLUS

B.P. 90 402 – 97329 CAYENNE  
Tél. : 0594 28 44 35 – Port. : 0694 23 46 65

Mail : [accueil@projetproplus.fr](mailto:accueil@projetproplus.fr) – Site : [www.projetproplus.fr](http://www.projetproplus.fr)

Suivez-nous  
sur Twitter



suivez-nous  
sur  
Instagram



Institut de **F**ormation de **C**adres de **S**anté de  
Projet Professionnel Plus

## Dossier inscription

# Préparation au concours de cadre de santé

**Année 2019 - 2020**

## ORGANISME DE FORMATION PROJET PROFESSIONNEL PLUS

B.P. 90 402 – 97329 CAYENNE  
Tél. : 0594 28 44 35 – Port. : 0694 23 46 65 - fax : 0594 30 52 46

Mail : [projetprofessionnelplus@wanadoo.fr](mailto:projetprofessionnelplus@wanadoo.fr) – Site : [www.projetproplus.fr](http://www.projetproplus.fr)

### DEROULEMENT DE LA FORMATION

#### PRE-REQUIS AU CONCOURS DE CADRE DE SANTE:

*Selon l'Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé, Article 4  
Modifié par Arrêté du 15 mars 2010 - art. 1*

**Peuvent suivre la préparation au concours de Cadre de Santé les candidats titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre permettant d'exercer l'une des professions mentionnées ci-après :**

- Infirmier de secteur psychiatrique,
- Manipulateur d'électroradiologie médicale,
- Technicien de laboratoire d'analyses de biologie médicale,
- Préparateur en pharmacie,
- Diététicien,
- Ergothérapeute,
- Masseur- kinésithérapeute,
- Orthophoniste,
- Orthoptiste,
- Pédicure-podologue,
- Psychomotricien.

**Peuvent se présenter au concours de Cadre de Santé les candidats :**

- ayant exercé pendant au moins quatre ans à temps plein ou une durée de 4 ans équivalent temps plein au 31 janvier de l'année des épreuves de sélection l'une des professions mentionnées ci-dessus (arrêté du 16 août 1999)

**DATE D'OUVERTURE DES INSCRIPTIONS :**

Lundi 03 juin 2019

**DATE DE CLOTURE DES INSCRIPTIONS :**

Vendredi 20 Septembre 2019

**DEROULEMENT DE LA FORMATION :**

**➤➤➤ PREPARATION AUX EPREUVES D'ADMISSIBILITE :**

Durée : 40 séances de 2h = 80 heures

Période : Les mardis et jeudis du 01 octobre 2019 au 27 février 2020

Horaire : De 16h à 18 h

**➤➤➤ PREPARATION AUX EPREUVES D'ADMISSION :**

Durée : 8 séances de 2h = 16 heures

Période : Les mardis et jeudis du 24 Mars au 23 Avril 2020

Horaire : 16 heures à 18 heures

---

**FRAIS DE SCOLARITE**

**FRAIS DE DOSSIER : 90 €EUROS**

**COUT DE LA FORMATION :** Epreuves écrites : 1000 Euros  
Epreuves orales : 200 euros

**MODALITE DE PAIEMENT : Payable en 5 échéances maximum**

**Toutefois, la formation doit-être réglée dès l'inscription. Tous les chèques doivent être remis avec le dossier. Au cas contraire, le dossier d'inscription se verra refusé.**

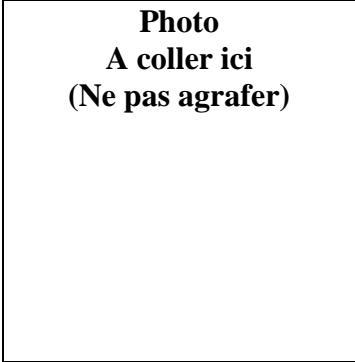
PIECES A FOURNIR POUR LE DOSSIER  
D'INSCRIPTION A LA FORMATION :

**PREPARATION AU CONCOURS DE CADRE DE SANTE 2019**

- La fiche d'inscription dûment renseignée, datée et signée
- Lettre de motivation manuscrite
- Un justificatif de domicile de moins de 3 mois, accompagné, si nécessaire d'une attestation d'hébergement
- La photocopie d'une pièce d'identité (recto/verso) en cours de validité
- Copie du Diplôme
- 2 photos d'identités récentes
- 2 enveloppes A5 autocollantes libellées au nom et à l'adresse du candidat, affranchies au tarif en vigueur
- Frais de dossier : 90 €
  - Chèque (libellé à l'ordre de Projet Professionnel Plus)
  - Espèces sur place

***TOUT DOSSIER INCOMPLET NE POURRA ETRE PRIS  
EN CHARGE***

B.P 90 402 – 97329 CAYENNE  
 Tel. : 0594 28 44 35 / Fax : 0594 30 52 46  
 Mail : [projetprofessionnelplus@wanadoo.fr](mailto:projetprofessionnelplus@wanadoo.fr)



**DOSSIER D'INSCRIPTION**

**PREPARATION AU CONCOURS DE CADRE DE SANTE 2019**

**ETAT CIVIL**

Mme  Mlle  Mr

Nom de famille : ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille : .....

Né(e) le : ..... à : ..... Nationalité : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél : ..... Port : ..... E-mail : .....

Personne à contacter en cas d'urgence : ..... Tél : .....

Filière :  infirmier(ère)       Médicotechnique       Rééducation

Nombre d'années d'exercice : .....

Formation prise en charge par votre employeur      Oui       Non

<p><b>Situation actuelle</b></p> <p><b>Salarié :</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Fonction : .....</p> <p>Nom de l'entreprise : .....</p> <p>.....</p>	<p><b>Lu et approuvé</b></p> <p><b>Signature / Date</b></p>
--	---