ÉCOLE D’INFIRMIERS DE BLOC OPÉRATOIRE



|  |
| --- |
| **Coller votre Photo ICI** |

**Nom de naissance :**

**Nom marital :**

**Prénom :**

**DOSSIER D’INSCRIPTION**

**Mesures transitoires 21 heures**

**Décret n° 2024-955 du 23 Octobre 2024 relatif aux conditions de réalisation en bloc opératoire des actes et activités mentionnés à l’article R4311-1 du CSP**

**Arrêté du 20 Janvier 2025 relatif aux formations complémentaires à la réalisation des actes et activités mentionnés à l’article R 4311-11-1 du CSP.**

**Formations 21 h : (titulaire d’une attestation d’exercice provisoire)**

**□ 17 au 19 mars 2025 (clôture des inscriptions le 28/02/2025)**

**□ 26 au 28 mai 2025 (clôture des inscriptions le 09/05/2025)**

**Coût: 975€**

**é**cole d’**I**nfirmiers de **B**loc **O**pératoire

CHU AMIENS-PICARDIE

Site Sud, Entrée secondaire

|  |
| --- |
| NUMERO AGREMENT : 2280P001880 |

30 avenue de la Croix Jourdain

80054 AMIENS Cedex 1

🕿03 22 45 60 48

[Ecole.IBO.secretariat@chu-amiens.fr](mailto:Ecole.IBO.secretariat@chu-amiens.fr)

**FICHE D’IDENTIFICATION**

|  |
| --- |
| **IDENTIFICATION :**  NOM de naissance :            NOM marital :  Prénoms :  Date de naissance :      remplir au format jj/mm/aaaa Age :  Lieu de naissance :                 Code Postal de naissance :  Nationalité :  Adresse :  Ville :       Code postal :  Téléphone fixe :                 Portable :  E-MAIL :      @     .  N° de Sécurité Sociale : |
| Nom et numéro de téléphone de la personne à prévenir en cas de problème : |
| **SITUATION DE FAMILLE :** Célibataire :  Marié(e) :  Pacsé(e) :  Divorcé(e) :  - Nombre d’enfants :      - Age des enfants :  **SITUATION PROFESSIONNELLE** :  N° RPPS :       N° Ordre infirmier :  Employeur actuel :  Statut de l’employeur actuel :  Public  Privé but non lucratif  Privé but lucratif  Fonction occupée actuellement :       depuis le :  **EXPÉRIENCES PROFESSIONNELLES** :  Date d’obtention du DE Infirmier et IFSI :  Durée totale d’expérience professionnelle depuis l’obtention du diplôme d’Infirmier :  Durée d’expérience en service de soins comme IDE :  Durée d’expérience en bloc opératoire, IDE :  Autorisation d’exercice temporaire  Quel rôle pratiquez-vous le plus (aide opératoire, instrumentiste, circulante) et dans quelles disciplines ?.............................................................................................  …………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………… |

**PIÈCES CONSTITUTIVES DU DOSSIER**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Demande écrite, manuscrite de participation à la formation. Précisez formation initiale ou complémentaire** | ⬜ |
| 1. **Curriculum vitae** | ⬜ |
| 1. **Photocopie lisible de tous les titres, diplômes ou certificats dont IDE** | ⬜ |
| 1. **Justificatif Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS)**   *(si pas d’attestation officielle : imprimé écran ONI sur lequel figure votre numéro RPPS et votre identité)* | ⬜ |
| 1. **Photocopie Inscription à l’Ordre National Infirmier** *(ou attestation inscription en cours)* | ⬜ |
| 1. **Fiche d’identification complétée** | ⬜ |
| 1. **1 photo d’identité récente** collée sur la 1ère page du dossier | ⬜ |
| 1. **Photocopie de la carte d’identité** ou passeport en cours de validité | ⬜ |
| 1. **L’attestation temporaire délivrée par la DREETS, selon l’Arrêté du 20 Janvier 2025 relatif aux formations complémentaires à la réalisation des actes et activités mentionnés à l’article R 4311-11-1 du CSP** | ⬜ |
| 1. **L’attestation de prise en charge financière de l’établissement ou attestation sur l’honneur si autofinancement** | ⬜ |
| **Ce dossier complété que vous enverrez par courrier au secrétariat de l’école** | ⬜ |