

Service de santé des armées

Concours sélection militaire 2025 en vue d’obtenir :

* + - une admission en en école d’infirmiers de bloc opératoire diplômés d’État

cycle 2026 – 2028

ou

* + - en vue d’obtenir le diplôme d’infirmier de bloc opératoire par la voie de la validation des acquis d’expérience

Grade : …………………………………………………………………………………………..

Nom : ………………………………………………………………………………………………

Prénom(s) : ………………………………………………………………………………………

Affectation : ……………………………………………………………………………………

Courriel personnel :…………………………………………………………..

**Année 2025**

**Cette page ne comportera aucun autre élément**.

**FORMULAIRE DE RECONNAISSANCE DE LIEN AU SERVICE**

Vu le décret 2002-1490 du 20 décembre 2002 modifié fixant le statut des militaires infirmiers et techniciens des hôpitaux des armées, notamment son article 12 ;

Je soussigné(e)…………………………………………………………………………………….

Candidat(e) à l’épreuve de sélection militaire afin d’obtenir l’autorisation de me présenter au concours d’admission dans des écoles d’infirmiers de bloc opératoire agréées par le ministre chargé de la santé, pour obtenir le diplôme d’État d’infirmier de bloc opératoire, je reconnais avoir été informé(e) qu’en cas de réussite au concours d’entrée et de financement par le service de santé des armées :

* + - je resterai en position d’activité pendant une durée égale au triple de la période de formation, à compter du début de la formation spécialisée ;
		- je serai tenu(e) au remboursement des rémunérations perçues durant la période de formation spécialisée dont j’aurai bénéficié, proportionnellement au temps de service me restant à accomplir, en cas de rupture du lien au service, pour toute autre cause que l’inaptitude médicale dûment constatée
		- je rejoindrai l’affectation qui me sera assignée en cas de réussite au diplôme d’État ou l’affectation décidée par la direction centrale du service de santé des armées selon les besoins du Service, en cas d’échec au diplôme d’État d’infirmier anesthésiste, ou de cessation anticipée de la formation.

À ………………………., le ………………………..

Le (La) (grade, nom, prénom, signature)

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS DÉTAILLÉS**

(Parties 1 et 2 à remplir par le candidat ; parties 3 et 4 à remplir par le chef d’établissement)

|  |
| --- |
| Photographie du candidat |

CATÉGORIE (rayer la mention inutile) : SCOLARITÉ - VAE

1. ÉTAT CIVIL.

NOM (de naissance) :

NOM (marital éventuel) :

PRÉNOM(S) :

GRADE :

AFFECTATION :

N° identifiant défense :

N° téléphone personnel :

N° téléphone professionnel :

Adresse électronique (@) :

Nombre de candidature(s) déjà présentée(s) en dehors de celle-ci (préciser les millésimes) :

2. HISTORIQUE DES AFFECTATIONS ET DES EMPLOIS TENUS.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DU.** | **AU.** | **AFFECTATION.** | **SERVICE.** | **FONCTION.** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

3. APPRÉCIATION DES QUALITÉS PROFESSIONNELLES DU CANDIDAT.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **POINT FORT** | **NORMAL** | **PERFECTIBLE** | **NON EVALUÉ** |
| MOBILISATION DES CONNAISSANCES |  |  |  |  |
| CAPACITÉ D’ORGANISATION |  |  |  |  |
| RESPECT DES PROCÉDURES ÉTABLIES |  |  |  |  |
| CAPACITÉ D’ADAPTATION |  |  |  |  |
| CAPACITÉ À ANTICIPER, PRISE D’INITIATIVE |  |  |  |  |
| MAITRÎSE DE SOI, COMPORTEMENT FACE À L’URGENCE |  |  |  |  |
| TRAVAIL EN EQUIPE |  |  |  |  |
| ADHÉSION À L’INSTITUTION |  |  |  |  |

4. APPRÉCIATIONS SUR LE PROJET PROFESSIONNEL DU CANDIDAT FORMULÉES PAR LE CHEF D’ORGANISME DU CANDIDAT SOUS COUVERT DE LA HIÉRARCHIE :

Avis du cadre de santé ou médecin-chef d’antenne médicale :

Avis du cadre supérieur ou infirmier cadre de santé du CMA de rattachement

Avis du directeur des soins ou médecin-chef du CMA de rattachement

Décision du médecin-chef de l’HIA ou de la DMF (l’autorité hiérarchique finale émettra une décision comprenant une des mentions suivantes : très favorable, favorable, réservé ou défavorable).

À, …………………………….. le ……………………………..

Le(La) chef(fe) d’organisme (grade, nom, prénom, signature)

**FICHE DE RECUEIL DES DESIDERATA**

ANNÉE : 2025

NOM (de naissance) :

NOM (marital éventuel) :

PRÉNOM(S) :

GRADE :

AFFECTATION :

Organismes civils de formation d’infirmiers de bloc opératoire choisis pour présenter les concours d’entrée ou pour déposer un dossier de VAE (entre 1 et 3 maximum selon la liste définie dans la circulaire annuelle).

Choix 1 :

Choix 2 :

Choix 3 :

Observations éventuelles :

À, ………………………… le …………………………

Le(La) (grade, nom, prénom, signature)

Affectation

A XXXXXXXXX, le XXXXXX

Le XXXXXXXXXXXXX

à

MXXXX le médecin-chef de l’HIA ou Madame la directrice de la médecine des forces

Objet : demande d’autorisation à présenter le concours de sélection militaire en vue d’une admission en institut de formation des infirmiers de bloc opératoire diplômés d’État – cycle 2026-2028, ou d’une obtention du diplôme d’État d’infirmier de bloc opératoire par la voie de la validation des acquis d’expérience. (\*)

 J’ai l’honneur de vous demander de bien vouloir m’autoriser à présenter le concours de sélection en vue d’une admission en institut de formation des infirmiers de bloc opératoire diplômés d’État – cycle 2026-2028, ou d’une obtention du diplôme d’État d’infirmier de bloc opératoire par la voie de la validation des acquis d’expérience. (\*)

Avis :

 Favorable : 󠄀 Défavorable :

(\*) supprimer la mention inutile