



Nom

Prénom

**DOSSIER DE SAISINE DE LA COMMISSION
D'ÉQUIVALENCE DE DIPLOMES**
Cadre territorial de santé paramédical
Toutes spécialités

Important

Avant de faire une demande d'équivalence de diplôme et donc de commencer à remplir le dossier ci-après, merci de lire attentivement le texte ci-dessous.

En application des dispositions du décret n° 2007-196 du 13 février 2007, la commission d'équivalence de diplômes (CED) procède à une comparaison des titres ou diplômes présentés, et éventuellement du contenu de l'expérience professionnelle, au regard du référentiel du diplôme requis pour l'accès au concours.

Pour saisir la CED, vous devez donc obligatoirement posséder le diplôme réglementairement requis pour l'accès aux cadres d'emplois des puéricultrices, infirmiers et techniciens paramédicaux territoriaux (tel que figurant dans les décrets n° 92-857, n° 2003-676 et n° 2013-262).

Mais vous devez également présenter un autre diplôme et/ou une expérience professionnelle qui seront quant à eux appréciés par la CED au regard du diplôme de cadre de santé, également requis pour l'accès au concours.

Attention ! La CED va vérifier que dans les enseignements que vous avez suivis pour l'obtention de cet autre diplôme, et/ou dans votre expérience professionnelle, vous avez acquis et mis en œuvre l'ensemble des compétences et connaissances délivrées lors de la formation pour l'obtention du diplôme de cadre de santé, et plus particulièrement celles portant sur les fonctions d'encadrement et de formation.

Coordonnées de la commission d'équivalence de diplômes

Centre national de la fonction publique territoriale

Secrétariat de la commission nationale d'équivalence de diplômes

80, rue de Reuilly

CS 41232

75578 Paris cedex 12

Téléphone : 01 55 27 41 89 - Courriel : red@cnfpt.fr



Nom

Prénom

**DOSSIER DE SAISINE DE LA COMMISSION
D'ÉQUIVALENCE DE DIPLOMES**
Cadre territorial de santé paramédical
Toutes spécialités

J'autorise le secrétariat de la commission à :

- utiliser mon adresse courriel pour communiquer avec moi ou solliciter toute information concernant la présente demande ;
- transmettre éventuellement aux organisateurs du concours des informations sur les étapes de l'instruction de ma demande et sur la décision prise par la commission.

J'atteste être informé(e) de ce que :

- je dois communiquer la décision de la commission à l'organisateur du concours ;
- la commission est déconnectée des dates des concours et que de ce fait, il m'appartient de déposer ma demande d'équivalence le plus tôt possible avant la période d'inscription au concours ;
- la commission se réserve la possibilité de vérifier l'exactitude de mes déclarations ;
- en cas de décision favorable de la commission, cette décision vaudra également pour toutes mes demandes ultérieures d'inscription au même concours que celui pour lesquels elle a été rendue ou à un concours pour lequel la même condition de qualification est requise, sous réserve que ne soit intervenue une modification législative ou réglementaire de nature à remettre en cause l'équivalence accordée.
- en cas de décision défavorable de la commission, je ne pourrais présenter une nouvelle demande d'équivalence de diplôme dans le délai d'un an suivant la notification de cette décision négative
- aucun élément de mon dossier ne me sera restitué et je dois en conserver une copie avant envoi.
- toute fausse déclaration de ma part entraînera l'application des articles 441-6 et 441-7 du code pénal.

J'atteste que toutes les informations données dans le présent document et pièces qui l'accompagnent sont exactes.

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique au présent dossier. Elle garantit aux personnes concernées un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant.

Fait à _____ le _____
Signature (précédée de la mention «lu et approuvé »)

NB : Vous pourrez consulter le résultat des dossiers passés en commission sur le site internet du CNFPT : <http://www.cnfpt.fr/evoluer/commission-dequivalence-diplomes/national>. Le n° de votre dossier est indiqué dans le courrier d'accusé réception qui vous aura été adressé par le secrétariat de la commission d'équivalence de diplôme lors de l'enregistrement de celui-ci. Seule la décision qui vous sera notifiée par courrier aura une valeur juridique !



Nom

Prénom

**DOSSIER DE SAISINE DE LA COMMISSION
D'EQUIVALENCE DE DIPLOMES**
Cadre territorial de santé paramédical
Toutes spécialités

Pièces minimales à fournir avec le présent dossier

(Conservez une copie de votre dossier, ce dernier ne vous sera pas restitué)

Cette liste n'est pas exhaustive et la commission peut demander toute autre pièce ou information qu'elle jugera utile au regard du dossier fourni.

Si vous rencontrez des difficultés à réunir l'ensemble de ces pièces, n'hésitez pas à contacter le secrétariat.

Avez-vous fourni l'ensemble des pièces nécessaires à l'étude de votre demande ?

- UN CURRICULUM VITAE A JOUR**, partant de l'emploi le plus récent vers le plus ancien. (Pour les titulaires de diplômes d'enseignement supérieurs indiquez sur votre CV tous les diplômes obtenus).
- La copie de votre **PIECE D'IDENTITE**.
- La copie de **TOUS LES DIPLÔMES** détenus (y compris le diplôme de niveau Bac +2 pour les concours exigeants un bac +2 (exemple DEUG, DEUST, DUT, BTS...)).
- Le **CONTENU DES DIPLÔMES** par unités d'enseignement (U.E).
- Le projet pédagogique (uniquement pour les concours de la filière artistique)
- Intitulé, sommaire, introduction et conclusion des **MEMOIRES DE LICENCE et MASTER** (M1/maitrise et master).
- Les attestations de stage et de formation continue (le cas échéant).
- La copie des justificatifs des expériences dont vous sollicitez la reconnaissance : **CONTRATS DE TRAVAIL, ARRÊTES ou CERTIFICATS DE TRAVAIL**.
- Une ou des **FICHES DE POSTES ATTESTEES et SIGNEES** par votre employeur, pour les expériences dont vous sollicitez la reconnaissance. **Ces documents doivent indiquer clairement la nature des missions confiées et leur durée ainsi que la description des activités.**
- FICHES D'ENTRETIENS D'EVALUATIONS** de votre structure/société.
- L'ORGANIGRAMME** de votre structure/société : **surlignez votre positionnement sur ces derniers.**

Pour les candidats titulaires de diplômes étrangers et/ou justifiant d'une expérience professionnelle réalisée à l'étranger : les diplômes, titres et attestations doivent avoir été délivrés par une autorité compétente, Les documents, y compris ceux concernant l'expérience professionnelle doivent être présentés, le cas échéant, dans une traduction en français établie par un traducteur assermenté.

ATTENTION

- Ne pas brocher les documents, ne pas les mettre dans un classeur ou dans un lutin**
- Ne pas joindre tous vos bulletins de salaires**
- Ne pas envoyer de supports numériques (CD, DVD et clé USB)**
- Ne pas envoyer d'originaux**



Nom

Prénom

**DOSSIER DE SAISINE DE LA COMMISSION
D'ÉQUIVALENCE DE DIPLOMES**
Cadre territorial de santé paramédical
Toutes spécialités

1. Votre parcours diplômant (titres/diplômes)

1.1 Parcours déjà réalisé (vous pouvez ajouter au tableau autant de lignes que nécessaires en le photocopiant)

N°	Dates de formation (du.....au.....)	Intitulé de la formation	Durée totale en heures	Nom et ville de l'organisme de formation	Attestation, certificat ou diplôme obtenu Année d'obtention	Niveau du diplôme*
Diplômes						
D1						
D2						
D3						
D4						
Autres formations suivies						
F1						
F2						
F3						

*inférieur au bac : niveau V, bac : niveau IV, bac+2 : niveau III, licence, maîtrise : niveau II, master 2 et plus : niveau I

1.2 Pensez-vous qu'il soit nécessaire que vous suiviez d'autres formations ? Non Oui Lesquelles ? Argumentez en quelques lignes

NB : Tout diplôme devra être produit sous peine de ne pas être pris en compte par la commission.



Nom

Prénom

**DOSSIER DE SAISINE DE LA COMMISSION
D'ÉQUIVALENCE DE DIPLOMES**
Cadre territorial de santé paramédical
Toutes spécialités

2. Votre parcours professionnel

(Vous pouvez ajouter au tableau autant de lignes que nécessaire en le photocopiant)

Activités salariées – non salariées – bénévoles

N°	Période (du..... au.....)	Votre fonction	Temps plein ou % temps partiel	Nom et adresse de l'employeur	(1)	Activité principale de l'établissement
E1						
E3						
E4						
E5						
E6						

(1)

Si vous exercez dans le secteur public, précisez votre qualité : titulaire, stagiaire, non titulaire ou contrat aidé (de type CAE, CAV, Contrat d'apprentissage, PACTE, emploi-jeune)

Si vous exercez dans le secteur privé, précisez si vous êtes salarié(e) d'une grande entreprise, d'une PME, d'une association ou travailleur indépendant, profession libérale, artisan, commerçant, autre

Si vous n'êtes pas salarié(e), précisez si vous êtes sans emploi, étudiant, bénévole



Nom

Prénom

**DOSSIER DE SAISINE DE LA COMMISSION
D'ÉQUIVALENCE DE DIPLOMES**
Cadre territorial de santé paramédical
Toutes spécialités

4. Vos connaissances, compétences et aptitudes, en lien avec le diplôme requis pour l'accès au concours

4.1 Compétence 1 : encadrement : organiser, animer et coordonner le travail d'équipe. Favoriser la motivation et encourager les projets professionnels. Anticiper les évolutions de son environnement immédiat plan technique, humain, juridique, économique. Programmer et coordonner les activités de sa filière professionnelle en fonction des objectifs et des ressources. Evaluer la qualité des prestations en relation avec les besoins des usagers.

Vous avez acquis cette compétence par la formation

Nom du diplôme ou de la formation donnant cette compétence. Indiquez, si possible, le nom de l'unité d'enseignement concernée :

.....

Vous avez acquis cette compétence par l'expérience

N° de l'emploi (page 6) qui vous a permis de l'acquérir :

Décrivez en quelques lignes comment vous avez mis en œuvre cette compétence dans votre expérience et indiquez la ou les technique(s) employées :

4.2 Compétence 2 : santé publique : Acquérir à partir de son domaine professionnel une approche interprofessionnelle et pluridisciplinaire des problèmes de santé. Être capable de concevoir, élaborer, mettre en œuvre et évaluer des démarches et projets de santé publique. Appréhender l'organisation du secteur sanitaire et social.

Vous avez acquis cette compétence par la formation

Nom du diplôme ou de la formation donnant cette compétence. Indiquez, si possible, le nom de l'unité d'enseignement concernée :

.....

Vous avez acquis cette compétence par l'expérience

N° de l'emploi (page 6) qui vous a permis de l'acquérir :



Nom

Prénom

**DOSSIER DE SAISINE DE LA COMMISSION
D'ÉQUIVALENCE DE DIPLOMES**
Cadre territorial de santé paramédical
Toutes spécialités

Décrivez en quelques lignes comment vous avez mis en œuvre cette compétence dans votre expérience et indiquez les publics concernés :

4.3 Compétence 3 : analyse des pratiques et initiation à la recherche : appréhender la démarche professionnelle au travers de ses pratiques et savoirs. Appréhender les concepts de recherche et maîtriser les méthodologies et outils de la recherche. Être capable de réaliser une démarche de recherche appliquée au domaine professionnel. Être capable de conduire l'analyse d'une situation de travail à l'aide de cadres conceptuels préétablis. Être capable de conduire l'analyse critique d'une publication.

Vous avez acquis cette compétence par la formation

Nom du diplôme ou de la formation donnant cette compétence. Indiquez, si possible, le nom de l'unité d'enseignement concernée :

.....

Vous avez acquis cette compétence par l'expérience

N° de l'emploi (page 6) qui vous a permis de l'acquérir :

Décrivez en quelques lignes comment vous avez mis en œuvre cette compétence dans votre expérience et indiquez les publics concernés :

4.4 Compétence 4 : formation : maîtriser les méthodes et les techniques pédagogiques. Identifier les besoins en formation des étudiants et du personnel, mettre en œuvre les actions de formation nécessaires. Participer à la formation des étudiants et du personnel. Organiser les conditions de réussite de la formation. Évaluer les résultats. Acquérir les outils de gestion financière et matérielle des actions de formation.

Vous avez acquis cette compétence par la formation

Nom du diplôme ou de la formation donnant cette compétence. Indiquez, si possible, le nom de l'unité d'enseignement concernée :

.....



Nom

Prénom

**DOSSIER DE SAISINE DE LA COMMISSION
D'EQUIVALENCE DE DIPLOMES**
Cadre territorial de santé paramédical
Toutes spécialités

Vous avez acquis cette compétence par l'expérience

N° de l'emploi (page 6) qui vous a permis de l'acquérir :

Décrivez en quelques lignes comment vous avez mis en œuvre cette compétence dans votre expérience et indiquez les publics concernés :