

Etablissement d'enseignement supérieur privé en Ostéopathie Agréé par le Ministère de la Santé depuis 2007 et renouvelé en juillet 2021 Enregistré auprès du Rectorat d'Académie sous le n° 0333053P



| Dossier de Candidature Année Académique 2025 - 2026   |   |  |
|---|---|--|
|   |   |  |
| Année préparatoire 1 <sup>ère</sup> année   |   |  |
| année *   |   |  |
| réservé uniquement aux étudiants inscrits dans un autre établissement de                                  | formation en ostéopathie agréé par le Ministère de la Santé, sous |  |
| réserve de validation de leur année en cours, au sein c   | le leur établissement de provenance.)                             |  |
|   |   |  |
| LE CANDIDAT   |   |  |
| NOM : Préi  | nom :   |  |
| Date de naissance :   | de naissance :  |  |
| Commune de naissance :  |   |  |
| Numéro de sécurité sociale :  |   |  |
| Situation familiale : Célibataire Pacsé(e) Marié(e)   | Divorcé(e)  |  |
| Adresse:  |   |  |
| Code Postal : Pays : Pays :   |   |  |
| Tél fixe (+ indicatif éventuel) :   |   |  |
| E-mail (en Majuscule) :   |   |  |
| Situation actuelle (joindre justificatif):  |   |  |
| ☐ Bachelier, Spécialité   |   |  |
| ☐ Paramédical ☐ PACES/PASS-LAS ☐ STAPS  | Sciences Réorientation professionnelle                            |  |
| ☐ Autre (précisez)  |   |  |
|   |   |  |
|   |   |  |
| <b>Votre second choix d'établissement dans un autre établissem</b> (sous réserve de places disponibles) : | ent appartenant au réseau Franc'Ostéo :                           |  |
| ☐ EO Paris ☐ COS Strasbourg Europe ☐ ITO Toulouse   | COP Aix-Marseille CIDO Saint-Etienne                              |  |
|   |   |  |

| NOM du père :(ou tuteur)   | Prénom du père :(ou tuteur) |  |
|--|-----------------------------|--|
| Situation familiale :  |                             |  |
| Adresse:   |                             |  |
| Code postal : Ville :  |                             |  |
| Téléphone fixe : Téléphone fixe : Téléphone fixe :                       |                             |  |
| Profession : Tél. profession   | nnel :                      |  |
| NOM de la mère :   | Prénom de la mère :         |  |
| (ou tuteur)  | (ou tuteur)                 |  |
| Situation familiale :   Célibataire   Pacsée   Mariée   Divorcée   Veuve |                             |  |
| Adresse :  |                             |  |
| Code postal : Ville :  | Pays :                      |  |
| Téléphone fixe : Téléphone fixe :  |                             |  |
| Profession : Tél. profession   | nel :                       |  |

#### PARCOURS DE FORMATION

#### ÉTABLISSEMENT(S) FRÉQUENTÉ(S) CES DEUX DERNIÈRES ANNÉES

| Établissement + Formation suivie | Année | Diplôme visé |
|----------------------------------|-------|--------------|
|                                  |       |              |
|                                  |       |              |

<u>SI CONCERNÉ</u>, **DIPLÔME(S) OBTENU(S) APRÈS LE BAC** (joindre photocopie(s) en apposant la mention manuscrite "certifié sur l'honneur conforme à l'original" + signature)

| Diplôme obtenu | Année | Mention | Établissement |
|----------------|-------|---------|---------------|
|                |       |         |               |
|                |       |         |               |

#### SI CONCERNÉ, EXPÉRIENCE(S) PROFESSIONNELLES – STAGE(S)

| Entreprise | Année | Emploi occupé |
|------------|-------|---------------|
|            |       |               |
|            |       |               |
|            |       |               |

### INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES PRATIQUEZ-VOUS UN SPORT ACTUELLEMENT? Oui Non Si oui, lequel?..... À quel niveau ? ..... Avez-vous le statut de « sportif de haut niveau » ? Oui Non Autres hobbies/loisirs: AVEZ-VOUS DÉJA CONSULTÉ UN OSTÉOPATHE? Oui Non **ETES-VOUS EN SITUATION DE HANDICAP ?\*** | Oui | Non AVEZ-VOUS BESOIN D'UN AMÉNAGEMENT PARTICULIER ?\* | Oui Non \* Si oui, un rdv avec le référent handicap vous sera proposé. **CANDIDATURES AU SEIN D'AUTRES ETABLISSEMENTS:** SERIEZ-VOUS INTÉRESSÉ (E) POUR SUIVRE UNE ANNÉE DE FORMATION DANS UN AUTRE ÉTABLISSEMENT APPARTENANT AU RÉSEAU FRANC'OSTEO? Oui Non Si oui, le(s)quel(s) de préférence? ☐ EO Paris ☐ COS Strasbourg Europe ☐ ITO Toulouse ☐ COP Aix-Marseille ☐ CIDO Saint-Etienne Avez-vous déjà passé un entretien d'admission dans une de ces écoles, si oui laquelle ? ..... Avez-vous déposé un dossier de candidature auprès d'autres établissements, si oui le(s)quel(s) ? COMMENT AVEZ-VOUS CONNU LE COLLÈGE OSTÉOPATHIQUE DE BORDEAUX? Par un ancien élève Par un élève actuel Par un ostéopathe Par un enseignant Par un professionnel de santé ..... Par le site internet du COB Par une Journée Portes Ouvertes Par un salon (précisez) ..... Par un CIO (précisez) Par une information dans votre établissement scolaire (précisez) ...... Par la presse écrite / publicité (précisez) ......

Autre(s), précisez : .....

#### **VOS MOTIVATIONS**

# Répondre à minima aux questions suivantes : - Que connaissez-vous de l'ostéopathie et du métier d'ostéopathe ? - Pourquoi avoir choisi de devenir ostéopathe ? - Pourquoi avoir choisi le CO Bordeaux ?

#### COPIE DES PIECES OBLIGATOIRES A JOINDRE AU DOSSIER

- Recto/verso de la carte d'identité
- Carte vitale
- Curriculum vitae
- Bulletins scolaires de Première et Terminale avec résultats et appréciations
- Relevé de notes des épreuves anticipées du Baccalauréat pour les élèves de Terminale
- Baccalauréat (ou titre admis par équivalence de niveau IV) et relevé de notes
- Certificat de scolarité de l'année en cours (si élève de Terminale ou étudiant)
- Éventuel(s) diplôme(s) universitaire(s) et relevés de notes
- Attestation de travail pour les candidats en activité
- Chèque de 150 € à l'ordre du COB ou virement (demande RIB à effectuer par mail) (couvrant les frais de dossier, définitivement acquis à l'établissement, quelle que soit la décision prise par le jury, encaissé une seule fois même si le candidat présente sa candidature à d'autres écoles du réseau FRANC'OSTEO)

## Le dossier complet doit être envoyé par courrier à l'adresse 17 rue Thalès, 33700 Mérignac ou par mail à l'adresse admissions@cob-osteopathie.fr

A réception du dossier de candidature complet, le candidat, s'il est sélectionné, sera contacté par téléphone ou mail pour fixer la date de l'entretien de motivation.

#### Des questions ? N'hésitez pas à nous contacter :

Service Admissions: 05.56.48.04.59 (poste 3) ou admissions@cob-osteopathie.fr

| Je soussigné(e)   |    |
|---|----|
| déclare sur l'honneur que les renseignements et doc<br>et désire soumettre ma candidature au COB pour l'année a |    |
| A:  | LE |
|   |    |

DOSSIER DE CANDIDATURE - COB - RESEAU FRANC'OSTEO - 2025-2026 - Page 7 sur 7

Signature du candidat :