



FICHE DE RENSEIGNEMENT POUR INSCRIPTION
CENTRE DE FORMATION D'ASSISTANT DE REGULATION MEDICALE
NIMES-MONTPELLIER-NICE
2026.2027

Date de réception de l'inscription (ne pas remplir) :

1°) ETAT CIVIL

Madame ☐ Monsieur ☐ Nom : _____ Prénom : _____ Nom de jeune fille : _____ Date de naissance : / / Lieu de naissance : _____ Département de naissance : Nationalité : _____ Numéro de sécurité sociale : _____ Situation de famille : ☐ Célibataire ☐ Marié ☐ Divorcé ☐ Veuf ☐ Nombre d'enfants : _____	Photo Obligatoire
---	------------------------------

2°) ADRESSE PERSONNELLE

N° : _____ Rue : _____ Localité : _____ Code Postal : _____ Téléphone : _____ Portable : _____ E-mail (<u>valide</u>) : _____ Téléphone et identité de la personne à prévenir en cas d'urgence : _____

3°) SITUATION PROFESSIONNELLE ACTUELLE

EMPLOYEUR ACTUEL : Fonction : _____ Service : _____ Depuis le demandeur d'emploi oui ⁽¹⁾ ☐ non ⁽²⁾ depuis le _____ ⁽¹⁾ entourez la bonne réponse

4°) ETUDES ET EXPERIENCE PROFESSIONNELLE

Diplômes : _____ Année d'obtention : _____ Durée totale d'expérience professionnelle temps plein : _____ Services dans lesquels vous avez travaillé : _____
--

5°) SITE(S) PREFERENTIEL(S)

Précisez impérativement quel(s) est (sont) votre (vos) site (s) préférentiel(s) : • Nîmes ☐ • Montpellier ☐ • Nice ☐ • ou sans préférence ☐
--

Je soussigné (e),

atteste demander mon inscription le

Signature