



FICHE DE RENSEIGNEMENT POUR INSCRIPTION
CENTRE DE FORMATION D'ASSISTANT DE REGULATION MEDICALE
NIMES-MONTPELLIER-NICE
2025.2026

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

1°) ETAT CIVIL	
<p>Madame <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/></p> <p>Nom : _____ Prénom : _____</p> <p>Nom de jeune fille : _____</p> <p>Date de naissance : / / Lieu de naissance : _____</p> <p>Département de naissance : Nationalité : _____</p> <p>Numéro de sécurité sociale : _____</p> <p>Situation de famille : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/></p> <p>Nombre d'enfants : _____</p>	Photo Obligatoire
2°) ADRESSE PERSONNELLE	
<p>N° : _____ Rue : _____</p> <p>Localité : _____ Code Postal : _____</p> <p>Téléphone : _____ Portable : _____</p> <p>E-mail (valide) : _____</p> <p>Téléphone et identité de la personne à prévenir en cas d'urgence : _____</p>	
3°) SITUATION PROFESSIONNELLE ACTUELLE	
<p>EMPLOYEUR ACTUEL :</p> <p>Fonction : _____ Service : _____</p> <p>Depuis le demandeur d'emploi oui ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> non ⁽²⁾ depuis le _____</p> <p>⁽¹⁾ entourez la bonne réponse</p>	
4°) ETUDES ET EXPERIENCE PROFESSIONNELLE	
<p>Diplômes : _____ Année d'obtention : _____</p> <p>Durée totale d'expérience professionnelle temps plein : _____</p> <p>Services dans lesquels vous avez travaillé : _____</p>	
5°) SITE(S) PREFERENTIEL(S)	
<p>Précisez impérativement quel(s) est (sont) votre (vos) site (s) préférentiel(s) :</p> <p>• Nîmes <input type="checkbox"/> • Montpellier <input type="checkbox"/> • Nice <input type="checkbox"/> • ou sans préférence <input type="checkbox"/></p>	

Je soussigné (e),

atteste demander mon inscription le

Signature