

FICHE DE RENSEIGNEMENTS
CENTRE DE FORMATION D'ASSISTANT DE REGULATION MEDICALE
ANNEE 2024 - 2025

1°) ETAT CIVIL

Madame Monsieur

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance : .../.../.... Lieu de naissance :

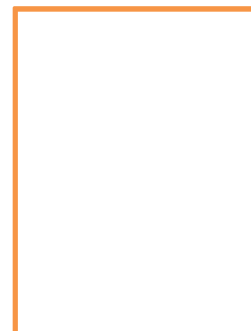
Département de naissance : Nationalité :

Numéro de sécurité sociale :

Situation de handicap reconnue : OUI NON

Situation de famille : Célibataire Marié Divorcé Veuf

Nombre d'enfants :



2°) ADRESSE PERSONNELLE

N° : Rue :

Localité : Code Postal :

Téléphone : Portable :

E-mail (valide) :

Téléphone et nom 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 (1) 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 :

.....

.....

Je soussigné(e),, atteste demander mon inscription au centre de formation ARM le

Signature