

**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

Nom de la personne à prévenir en cas d'urgence :

.....

**3°) SITUATION PROFESSIONNELLE ACTUELLE**

**Employeur actuel :** .....

Fonction : ..... Service : .....

Depuis le : .....

**Promotion professionnelle :** OUI  NON

Demandeur d'emploi oui (1) non (1) depuis le .....

**Parcours retenu** (en accord avec CFARM)

Standard (1) Temporaire A (1) Temporaire B (1) Transitoire (1) VAE (1)

(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 de NANCY le .....**

**Signature**