



**ATTESTATION D'ENGAGEMENT A PAYER LES FRAIS
D'INSCRIPTION A L'EPREUVE DE SELECTION DE LA
FORMATION
D'ASSISTANT DE REGULATION MEDICALE**

Je soussigné(e) Mme / M*
m'engage à payer les frais d'inscription à l'épreuve de sélection de la
formation d'Assistant de Régulation Médicale pour la rentrée en promotion
2026 – 2027 organisée par le Centre de Formation d'Assistant de Régulation
Médicale du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy.
Le montant des frais d'inscription s'élève à 50 €, et seront réglé par chèque à
l'ordre du « Trésor Public ».

Ce chèque sera transmis avant le 05 juin 2026, par courrier avec Accusé de
Réception (le cachet de la poste faisant foi) ou remis en main propre à
l'adresse suivante :

Centre de Formation d'Assistant de Régulation Médicale
1 Rue Joseph Cugnot
Tour Marcel Brot – 2ème étage
54 035 NANCY Cedex

Au verso du chèque figureront mon nom et mon prénom.

Fait à,

Le

Signature