

**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**