

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**  
**CENTRE DE FORMATION D'ASSISTANT DE REGULATION MEDICALE**  
**ANNEE 2023 - 2024**

**1°) ETAT CIVIL**

Madame    Monsieur

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille : .....

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

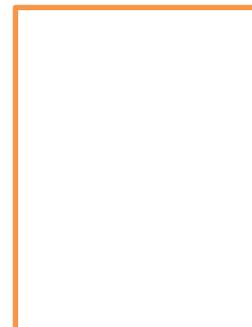
Département de naissance : ..... Nationalité : .....

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**