



**FICHE DE RENSEIGNEMENT POUR INSCRIPTION**  
**CENTRE DE FORMATION D'ASSISTANT DE REGULATION MEDICALE**  
**NÎMES – MONTPELLIER – NICE**  
**2024 - 2025**

Date de réception de l'inscription (ne pas remplir) :

### 1°) ETAT CIVIL

Madame <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Nom : _____ Prénom : _____ Nom de jeune fille : _____ Date de naissance :    /    /       Lieu de naissance : _____ Département de naissance :       Nationalité : _____ Numéro de sécurité sociale : _____ Situation de famille : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> Nombre d'enfants : _____	Photo Obligatoire
--	----------------------

### 2°) ADRESSE PERSONNELLE

N° : _____ Rue : _____ Localité : _____ Code Postal : _____ Téléphone : _____ Portable : _____ E-mail ( <b>valide</b> ) : _____ Téléphone et identité de la personne à prévenir en cas d'urgence : _____
--

### 3°) SITUATION PROFESSIONNELLE ACTUELLE

<b>EMPLOYEUR ACTUEL :</b> Fonction : _____ Service : _____ Depuis le demandeur d'emploi oui <sup>(1)</sup> <input type="checkbox"/> non <sup>(2)</sup> depuis le _____ <sup>(1)</sup> 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 : _____
---

### 5°) SITE(S) PREFERENTIEL(S)

Précisez impérativement quel(s) est (sont) votre (vos) site (s) préférentiel(s) : • Nîmes <input type="checkbox"/> • Montpellier <input type="checkbox"/> • Nice <input type="checkbox"/> • ou sans préférence <input type="checkbox"/>
--

Je soussigné (e),

atteste demander mon inscription le

Signature