

# ASSISTANT DE REGULATION MEDICALE DOSSIER D'INSCRIPTION 2020 PAR LA VALIDATION DES ACQUIS ET DE L'EXPERIENCE



**CFARM - CHU RENNES**  
2 rue Henri Le Guilloux 35033 RENNES Cedex 09  
Responsable de filière : Géraldine SAMSON  
Assistante : Jennifer HOUSTLER  
Secrétariat : 02.99.28.93.07/Poste 89.307  
Email : [accueil.orientation-PFPS@chu-rennes.fr](mailto:accueil.orientation-PFPS@chu-rennes.fr)  
Site internet : [www.chu-rennes.fr](http://www.chu-rennes.fr)



**CFARM - CHU ANGERS**  
4 rue Larrey 49933 Angers cedex 09  
Directrice : Madame Fabienne DAVID  
Secrétariat : 02.41.35.62.19  
Email : [CFARM@chu-angers.fr](mailto:CFARM@chu-angers.fr)  
Site internet : [www.chu-angers.fr](http://www.chu-angers.fr)



**CFARM - IFPM - CHR ORLEANS**  
89 Faubourg Saint-Jean 45000 ORLEANS  
Directrice : Madame Sylvie QUATREHOMME  
Secrétariat : 02.38.78.97.19  
Fax : 02.38.78.00.01  
Email : [secretariat-general@ifpm45.fr](mailto:secretariat-general@ifpm45.fr)

## Contenu du dossier :

### A conserver (page 2,3 et 4)

- Préambule

Information Validation des acquis de l'expérience

- Calendrier et épreuves de sélection

- Contenu de la formation

### A retourner au CFARM de Rennes :

- Fiche d'inscription

- Documents à fournir

- Fiche financement

- Fiche navette

Attestation d'activités salariées ou Attestation d'activités bénévoles

Le CERFA numéro 12818\*02



## CENTRES DE FORMATION ASSISTANT DE REGULATION MEDICALE

### PREAMBULE

*Le projet de formation des assistants de régulation médicale s'inscrit dans une dynamique interrégionale, qui permet d'assurer un accès à une formation de qualité pour les stagiaires issus des régions Bretagne, Pays de Loire, Centre Val de Loire, et au-delà. La collaboration entre les neuf établissements membres permet de proposer un dispositif pédagogique de grande qualité, qui s'appuie sur des compétences et ressources pédagogiques complémentaires (notamment en matière de simulation), et sur le réseau des services Urgences-SMUR de l'interrégion, étroitement associés au projet.*

*Ce faisant, HUGO propose une structuration à partir d'un centre coordonnateur (CHU d'Angers), socle, auquel seront adossés deux autres sites formateurs (CHU de Rennes et CHR d'Orléans) pour un maillage optimal du territoire.*

*En résumé, HUGO s'engage avec un dispositif original, pragmatique et efficient pour apporter sa contribution à la mise en place de ce nouveau dispositif de formation.*

## CALENDRIER :

Ouverture des inscriptions	19 février 2020
Date limite de dépôt du livret 2	Le 12 juin 2020
Jury de certification	Le 30 juin à confirmer
Résultats	1 <sup>er</sup> Juillet 2020 à 10 heures
Pré-rentrée	Date à définir
Rentrée	14 Septembre 2020
Nombre d'élèves par session	20 élèves par centre de formation

### Conditions d'inscriptions :

Téléchargement du dossier sur le site internet du CHU de Rennes ainsi que sur celui d'Angers et d'Orléans.

### Conditions d'accès à la formation :

La formation est ouverte aux candidats âgés de 18 ans au moins au 31 décembre de l'année d'entrée en formation.

### Le diplôme d'Assistant de Régulation Médicale est obtenu par les voies suivantes :

- Formation initiale. 12 places
- Formation professionnelle continue. : 6 places
- Voie par apprentissage.en projet
- VAE (se renseigner auprès du CFARM). : 2 places

**Article 4 :** « Peuvent être admis à effectuer la formation conduisant à la délivrance du diplôme d'Assistant de Régulation Médicale les ressortissants des Etats membres de l'Union Européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'espace économique européen, titulaires du baccalauréat ou d'une attestation d'équivalence, ou d'un titre ou diplôme de niveau IV, ou justifiant de trois ans d'expérience professionnelle à temps plein ».

## Modalités de sélection par la validation des acquis et de l'expérience

Les candidats à la validation des acquis de l'expérience, adressent au CFARM de Rennes, une demande de recevabilité conforme à la réglementation en vigueur accompagnée le cas échéant des attestations d'activités salariées ou bénévoles

- Dossier recevabilité (livret 1) Attestation d'activités salariées ou Attestation d'activités bénévoles et le CERFA numéro 12818\*02

Le dossier de recevabilité (livret 1) sera examiné par le CFARM de Rennes. Si le dossier est recevable, une réponse sera envoyée par courrier dans un délai de 1 mois suivant la date de réception par le CFARM de Rennes du dossier de recevabilité complet.

En cas de décision favorable, il vous sera adressé par le CFARM de Rennes, le livret 2, livret de présentation des acquis de l'expérience du candidat. Ce livret 2 devra être obligatoirement renvoyé complet au CFARM de Rennes avant le 12 juin 2020.

L'évaluation des compétences acquises et non acquises par le candidat sera assurée par un jury organisé par le centre de formation, sur la base :

- Du dossier complet renseigné par le candidat
- D'un entretien d'une durée d'une heure portant sur les activités réalisées lors du parcours professionnel.

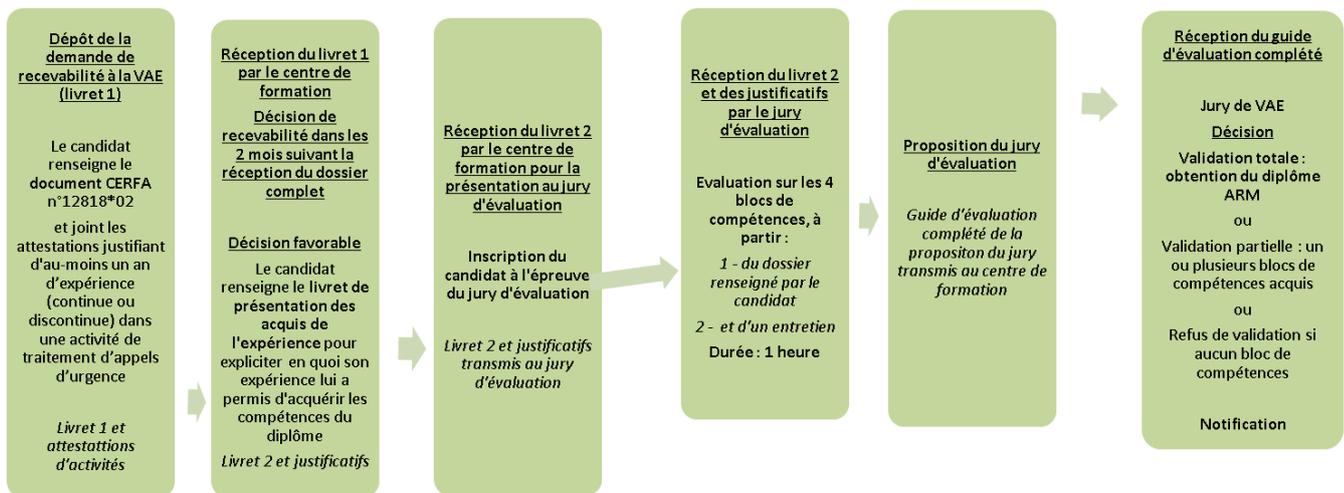
Cette évaluation, porte sur l'ensemble des compétences requises pour l'obtention du diplôme d'assistant de régulation médicale. A l'issue de l'évaluation, le jury propose la validation partielle ou totale des blocs de compétences. Le jury est composé d'un assistant de régulation médicale titulaire ou d'un permanencier auxiliaire de régulation médicale, en activité et expérimenté, et d'un médecin urgentiste

pratiquant régulièrement la régulation médicale dans un centre de réception et de régulation des appels d'un service d'aide médicale urgente. Le jury pourra proposer au jury de certification :

- Soit de valider la totalité des blocs de compétences requis pour l'obtention du diplôme (validation totale),
- Soit de valider uniquement certains blocs de compétences (validation partielle),
- Soit de ne valider aucun bloc de compétences (refus de validation).

La proposition du jury d'évaluation et le dossier du candidat sont transmis au jury de certification. Le président du jury de certification notifie les résultats au candidat sur la validation des blocs de compétences et décide de la délivrance ou non du diplôme au regard de l'évaluation réalisée.

## PARCOURS VALIDATION des ACQUIS de l'EXPERIENCE - VAE



### CONTENU DE LA FORMATION :

« Décret n° 2019-747 DU 19 JUILLET 2019 relatif au diplôme d'assistant de régulation médicale et à l'agrément des centres de formation d'assistant de régulation médicale ».

« En application des recommandations de bonnes pratiques établies par la Haute autorité de santé, l'Assistant de Régulation Médicale assure la réception des appels reçus par les SAMU - Centre 15, contribue sur décision médicale au traitement optimal des demandes et participe à la gestion des moyens, au suivi des appels et des interventions, au quotidien, en situation dégradées et en situation sanitaire exceptionnelle ».

### DUREE ET CARACTERISTIQUES DE LA FORMATION :

La formation au diplôme d'Assistant de Régulation Médicale est définie par l'arrêté du 19 juillet 2019.

L'ensemble de la formation comprend 42 semaines, soit 1.470 heures d'enseignement :

- Enseignement en Institut de Formation : 735 heures
- Enseignement en stage : 735 heures

Le diplôme d'Assistant de Régulation Médicale s'obtient par l'acquisition des quatre « blocs de compétences » définis à l'article 2.

#### Chaque bloc de compétences s'obtient par la validation :

- De la totalité des modules de formation en relation avec ce bloc de compétences.
  - De l'ensemble des éléments de compétences évalué lors de la formation pratique.
- Durant la formation, les élèves peuvent bénéficier d'une période de congés de 4 semaines.

La participation à l'ensemble des enseignements est obligatoire.

L'enseignement en Institut de Formation ainsi que les stages sont organisés sur la base de 35 heures par semaine.

## MODULES DE FORMATION ET STAGES :

Le référentiel de formation comprend 4 blocs de compétence :

- BLOC 1 ⇒ Traitement d'un appel dans le cadre du SAMU C15.
- BLOC 2 ⇒ Mobilisation et suivi des moyens opérationnels nécessaires au traitement de la demande sur décision médicale.
- BLOC 3 ⇒ Traitement des informations liées à la régulation, la qualité, la sécurité et à la vie du service.
- BLOC 4 ⇒ Appui à la gestion des moyens en situations dégradées exceptionnelles, et lors de la mise en œuvre de dispositifs prévisionnels de secours.

## STAGES :

La formation pratique d'une durée totale de 21 semaines comprend des stages de découverte et des stages métiers :

### STAGES DE DECOUVERTE :

Ils représentent 5 semaines et sont organisés selon les modalités précisées ci-dessous :

- Un centre de réception et de régulation des appels installé dans un service d'aide médicale urgente : 1 semaine.
- Une structure mobile d'urgence et de réanimation en lien avec un service d'accueil des urgences : 1 semaine.
- Un établissement de santé public ou privé : 1 semaine dont 2 jours en santé mentale.
- Un établissement médico-social, public ou privé : 2 à 3 jours.
- Une structure agréée publique ou privée, réalisant des transports de malades : 2 à 3 jours.
- Une structure institutionnelle recevant des appels d'urgence et une structure privée recevant des appels : 1 semaine.

### STAGES METIERS :

Un total de 15 semaines dans un minimum de 2 centres de réception et de régulation des appels installés dans les services d'aide médicale urgente et traitant chacun au moins 40.000 dossiers de régulation, dont au moins 1 stage de 8 semaines dans un service d'aide médicale urgente traitant plus de 90.000 dossiers de régulation médicale par an.

Au cours de ces stages, l'élève doit réaliser au moins une expérience de travail de nuit et de week-end.

### STAGE APPROFONDISSEMENT :

1 Semaine de stage d'approfondissement sera réalisée au cours des trois derniers mois de formation.

## FINANCEMENT :

Cursus complets → Coût de la formation

- Etudiants en poursuite de scolarité : **pas de coût de formation.**
- Etudiants en reprise d'études non indemnisés et ne bénéficiant d'aucune prise en charge par un organisme public ou privé : **pas de coût de formation.**
- Etudiants inscrits au titre de la formation professionnelle :
  - Etudiants en reprise d'études, indemnisés et non financés par un organisme public : **6090 €.**
  - Reprises d'études financées par un organisme (1) public ou privé, ou employeurs : **8000 €**

Pour les cursus non complets, n'hésitez pas à nous contacter pour obtenir un devis et le montage de votre dossier de financement

**Sous réserve de la non publication de nouvelles directives nationales (DGOS).**

## FICHE D'INSCRIPTION A LA SELECTION D'ASSISTANT REGULATION MEDICALE

Nom de naissance : ..... Nom d'usage : ..... Prénom : ..... Date et lieu de naissance : ..... Adresse : ..... CP : ..... Ville : ..... Fixe : ..... Portable : ..... Email : .....	<b>Coller votre photo d'identité récente</b>
--	--

**Situation professionnelle actuelle :**

Demandeur d'emploi  
  Intérimaire  
  Congé parental  
  Autre : .....

**Pièces à joindre au dossier :**

- Dossier de recevabilité : livret 1 : Attestation d'activités salariées ou Attestation d'activités bénévoles et le CERFA numéro 12818\*02
- Fiche d'inscription complétée et signée.
- 1 photo d'identité récente à coller sur la fiche d'inscription.
- Fiche navette complétée avec votre adresse.
- Fiche de choix.
- La copie recto-verso de la carte d'identité ou du passeport en cours de validité.
- Lettre de motivation.
- Annexe financement complétée.
- Curriculum vitae certifié conforme, signé, daté et ayant moins de 3 mois.
- Extrait du casier judiciaire, bulletin n° 3.
- Frais d'inscription de 100 €. Chèque établi à l'ordre du TRESOR PUBLIC.

**ATTENTION : Aucun remboursement des frais d'inscription ne sera effectué (dossier incomplet par exemple).**

Nous vous rappelons que le dossier (livret 2) doit être complet **IMPERATIVEMENT** à la date de clôture des inscriptions, soit le 12 juin 2020

Je soussigné (e) : ..... atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur cette fiche d'inscription et la conformité à l'original des documents joints.

J'autorise la diffusion des résultats des épreuves de sélection sur le site internet du CHU de Rennes, d'Angers, et d'Orléans.  
 Je n'autorise pas la diffusion des résultats des épreuves de sélection sur le site internet du CHU de Rennes, d'Angers, et d'Orléans.

Date : ..... Signature :

### CADRE RESERVE AU CFARM

Documents manquants/observations :  
 .....  
 .....

Financement : .....

## Attestation d'activités salariées

### Diplôme d'assistant de régulation médicale (ARM)

*A remplir par l'employeur*

Je soussigné(e) :  M  Mme

Nom: .....

Prénom: .....

Agissant en qualité de (fonction): .....

Nom de l'entreprise ou de l'employeur : .....

.....

Adresse de l'entreprise ou de l'employeur :

.....

.....

Code postal : ..... Ville : .....

Cachet

Certifie que :  M  Mme

Nom : .....

Prénom : .....

Né(e) le : ..... / ..... / ..... à (département de naissance) .....

Demeurant à : .....

.....

Code postal : ..... Ville : .....

A occupé la fonction ou l'emploi de.....

Est ou a été employé(e) depuis le ..... / ..... / ..... jusqu'au ..... / ..... / .....

A temps plein  A temps partiel : ..... %



#### Informations :

*Notice à l'attention de l'employeur.*

*Merci de bien vouloir renseigner les deux pages de cette attestation, notamment sur la page 2 en reportant le nom et prénom du candidat. Pensez aussi à signer et à appliquer votre cachet dans le cadre prévu à cet effet sur la page 2.*

*Attention, vous engagez votre responsabilité pour toutes les informations communiquées dans cette attestation.*

*Le faux et usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45000€ d'amende.*

*« Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques. » (Code pénal, art.441-1)*

*Recommandation pour le candidat à la VAE : Faire des copies de ce document et toujours conserver un exemplaire vierge en cas de besoin.*

**Durant cette période, ..... (NOM, prénom) a exercé les activités suivantes liées au traitement d'appels en urgence :**

**Réception et traitement d'appels d'urgence**

- Réception d'appels provenant de différents canaux de communication  OUI  NON
- Ouverture de dossiers informatisés et recueil d'informations  OUI  NON
- Saisie via outil informatique et codage des informations  OUI  NON
- Transmission et demande de validation au supérieur hiérarchique responsable de la décision  OUI  NON
- Hiérarchisation des appels et orientation vers la ou les personne(s) concernée(s)  OUI  NON
- Transmission des informations à la ou les personne(s) concernée(s)  OUI  NON
- Guidage par téléphone de gestes d'urgence à réaliser  OUI  NON
- Echange par moyens radiophonique et informatique avec différents interlocuteurs  OUI  NON

**Mobilisation et suivi des moyens opérationnels nécessaires au traitement de la demande**

- Recherche et suivi des informations utiles sur la disponibilité des moyens opérationnels  OUI  NON
- Mobilisation de moyens opérationnels  OUI  NON
- Réception des informations / transmission à la ou les personne(s) concernée(s)  OUI  NON
- Suivi de l'intervention et de l'orientation de la personne  OUI  NON
- Vérification de l'opérationnalité des matériels liés à son activité  OUI  NON

**Activités liées à la gestion administrative, la qualité, la sécurité et la vie du service**

- Utilisation des logiciels métiers et mise à jour des données  OUI  NON
- Veille sur les différentes informations susceptibles d'impacter son activité  OUI  NON
- Application des règles de bonnes pratiques  OUI  NON
- Réalisation de déclarations d'événements indésirables  OUI  NON
- Contribution aux déclarations d'évènements indésirables  OUI  NON
- Participation à des réunions de travail (type RETEX) liées à la démarche qualité  OUI  NON

**Appui à la gestion des moyens lors de la mise en œuvre de dispositifs prévisionnels de secours, en situation dégradée et en situation sanitaire exceptionnelle**

- Déclenchement et application des procédures relatives à ces situations  OUI  NON
- Activation d'une cellule de crise  OUI  NON
- Recueil et tri des informations spécifiques à ces situations  OUI  NON
- Transmission des informations aux différents interlocuteurs  OUI  NON
- Appui logistique et technique  OUI  NON
- Suivi de la traçabilité des informations  OUI  NON

A : ..... Le : .....

## Attestation d'activités bénévoles

### Diplôme d'assistant de régulation médicale (ARM)

A remplir par deux personnes responsables de l'organisme gestionnaire ou de la structure d'accueil

M  Mme

Nous soussigné(e)s

M  Mme

.....

Nom

.....

.....

Prénom

.....

.....

Agissant en qualité de (fonction)

.....

#### Identification de l'organisme gestionnaire

Dénomination : .....

Adresse : .....

.....

Code postal : ..... Ville : .....

Pour une association, date de création ..... / ..... / ..... Lieu.....

Cachet

#### Identification de la structure d'accueil (si différent)

Dénomination : .....

Adresse : .....

.....

Code postal : ..... Ville : .....

Pour une association, date de création ..... / ..... / ..... Lieu.....

Cachet

## DEMANDE DE RECEVABILITE A LA VALIDATION DES ACQUIS DE L'EXPERIENCE

Code de l'éducation art. R335-5 à R335-11

**LIRE ATTENTIVEMENT LA NOTICE AVANT DE REMPLIR CE FORMULAIRE.**

*Vous y trouverez les définitions des informations demandées, les listes de codes nécessaires pour renseigner les rubriques, la liste des pièces justificatives à joindre au présent formulaire pour envoyer un dossier complet.*

**DATEZ ET SIGNEZ LA DECLARATION SUR L'HONNEUR (RUBRIQUE 6)**

*sauf si l'autorité responsable de la certification vous propose une téléprocédure.*

### RUBRIQUE 1 : Nature de la demande

1ère demande :                       Renouvellement:                       Prolongation :

### RUBRIQUE 2 : Certification professionnelle que vous souhaitez obtenir

Nature, intitulé complet et niveau de la certification

Autorité responsable de la certification

### RUBRIQUE 3 : Etat civil/Situation du candidat

Nom de naissance :   
(c'est le nom qui figure sur votre acte de naissance)

Nom d'usage :   
(s'il y a lieu)

Prénom(s) :   
(dans l'ordre de l'état civil)

Date de naissance  /  /  Sexe : Féminin  Masculin  Commune de naissance :

Département ou collectivité outre-mer de naissance  ou Pays de Naissance :

Nationalité : Française  Ressortissant de l'UE, EEE  Autre

Adresse     
N° de la voie                      Type de voie (rue, avenue)                      Nom de la voie

Complément d'adresse :

Code Postal :  Commune :  Pays :

Tél. domicile :  Tél. portable:

Courriel :

#### Vous êtes actuellement :

1. En situation d'emploi :  CDI :  CDD, CDD d'usage et intérim :  Travailleur indépendant, artisan, profession libérale :

Fonctionnaire :  Militaire :  Contrat aidé ou contrat en alternance :

2. En inactivité

3. En recherche d'emploi  Inscrit à Pôle emploi : Oui  Non  Depuis :

Êtes-vous indemnisé(e) : 1 - au titre de l'assurance chômage (Allocation de retour à l'emploi) Oui  Non

2 - au titre du régime spécifique d'assurance chômage des intermittents du spectacle Oui  Non

Êtes-vous allocataire de minima sociaux : Oui  Non

4. Autres      Volontaire :  Mandat électoral :

Êtes-vous reconnu travailleur handicapé : Oui  Non

## RUBRIQUE 4 : Niveau de formation/Certification(s) obtenue(s) à la date de votre demande

(cf.notice : se reporter aux définitions de la rubrique selon le numéro du renvoi et inscrire les codes correspondant à votre situation)

Dernière classe suivie(1) :  Titre ou diplôme le plus élevé obtenu en France (2) :  Autre certification obtenue en France(3) :

Attestation de comparabilité d'un diplôme délivré dans un pays étranger(4) :  niveau V  niveau IV  niveau III  niveau II  niveau I

Attestation de reconnaissance d'études/et ou de formation/s suivie/s à l'étranger (5) :  Oui  Non

Partie(s) de certification professionnelle obtenue(s)(6) : **Oui**  Non

Si vous possédez une certification ou partie/s de certification professionnelle inscrite/s au Répertoire National des Certifications Professionnelles (RNCP) en rapport avec la certification professionnelle que vous souhaitez obtenir par la validation des acquis de l'expérience (VAE), indiquez son ou leur/s intitulé/s exact/s :

Indiquez les éventuelles formations courtes suivies dans le cadre de la formation continue (stage, certification,...), en relation avec la certification visée :



## RUBRIQUE 6 : Déclaration sur l'honneur

**Cette déclaration est à remplir obligatoirement pour que votre dossier soit recevable**

### Déclaration sur l'honneur

Je soussigné(e), , déclare sur l'honneur

- ne pas faire l'objet d'une mesure pénale ou administrative d'interdiction de présentation devant un jury d'examen ou de validation des acquis de l'expérience
- que toutes les informations fournies sont exactes et que la présente candidature à la validation des acquis de l'expérience en vue de l'obtention de la certification mentionnée à la rubrique 2 du présent formulaire constitue l'unique demande pour cette certification pour la même année civile.

Je m'engage également à ne pas présenter plus de trois candidatures à la validation des acquis de l'expérience pour des diplômes, certificats ou titres différents durant la présente année civile.

Fait à :

le :

Signature du/de la candidat/e :

*La loi punit quiconque se rend coupable de fausses déclarations :*

*« Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.*

*Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45000 euros d'amende (code pénal, art.441-1) ;*

*Le fait de se faire délivrer indûment par une administration publique ou par un organisme chargé d'une mission de service public, par quelque moyen frauduleux que ce soit, un document destiné à constater un droit, une identité ou une qualité ou à accorder une autorisation est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amendes (code pénal art.441-6) ;*

*Est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende le fait :*

*1° D'établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement*

*inexact ; 2° De falsifier une attestation ou un certificat originellement sincère ;*

*3° De faire usage d'une attestation ou d'un certificat inexact ou falsifié (code pénal art. 441-7).*

## RUBRIQUE 7 : Réservé à l'organisme certificateur (ne pas remplir)

Dossier reçu le

Dossier complet le

N° d'identifiant

Code du diplôme

Niveau de certification visé, le cas échéant

Décision de recevabilité :  favorable  défavorable

Date de décision de la recevabilité

Date limite de validité de la recevabilité (le cas échéant)

## FINANCEMENT

*(Ce document est facultatif et en aucun cas, les renseignements demandés ne rentrent dans les critères de sélection).*

### 1) Avez-vous fait des démarches concernant une demande de financement de la formation ?

OUI  NON

### 2) Modalités de financement envisagées :

EMPLOYEUR

OPCO :

Si oui lequel : .....

PERSONNEL



Attention dans le cas d'un financement personnel : un engagement de paiement sera exigé à votre entrée en formation.

### 3) Situations particulières :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## FICHE DE CHOIX

Vous venez de compléter un dossier d'inscription pour l'inscription à la formation d'Assistant de Régulation Médicale. Afin que votre inscription soit valide, il convient de nous retourner le dossier dûment complété accompagné des documents demandés.

Vous devez également vous positionner sur une liste en fonction des 3 établissements du Grand Ouest proposant cette formation.

**Nous vous informons que toute personne ne remplissant qu'un seul choix perdra le bénéfice de la sélection si aucun désistement de la liste principale ne donne lieu à son intégration à la formation au sein du centre choisi.**

Nom : ..... Nom d'usage : .....

Prénoms : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Numérotez votre choix de 1 à 3 en fonction de votre préférence dans un des CFARM du groupe HUGO



- Votre choix n° 1 correspond au CFARM où vous souhaitez suivre votre formation.
- Il convient de déposer votre dossier dans ce CFARM ( choix 1 - valable pour les trois instituts).
- L'affectation dépendra de votre classement sur la liste d'admission et donc le choix 2 ou 3 pourra vous être proposé.



CFARM du CHU de Rennes  
2 rue Henri Le Guilloux  
35033 Rennes cedex 09

Numéro de choix



CFARM du CHU d'Angers  
4 rue Larrey  
49933 Angers cedex 9

Numéro de choix



CFARM du CHR D'Orléans  
89 Faubourg Saint-Jean  
45000 Orléans

Numéro de choix

Date :

Signature du candidat :

A retourner avec le dossier :

CFARM du CHU de Rennes  
2 rue Henri Le Guilloux  
35033 Rennes cedex 09

A compléter par vos soins :

Nom/Prénom : .....

Adresse :

.....  
.....

**Fiche navette**

Votre dossier est complet et enregistré le :  
.....

Nous vous rappelons que les documents demandés correspondent à votre situation (annexe : documents à fournir situation 1, 2, 3 ou 4).

**Votre dossier est incomplet pour les raisons suivantes :**

- Fiche d'inscription
- Photo d'identité
- Dossier recevabilité : livret 1 avec attestations : **Attestation d'activités salariées ou Attestation d'activités bénévoles et le CERFA numéro 12818\*02**
- Fiche navette
- Fiche de choix
- Copie recto-verso de la carte d'identité ou du passeport
- Lettre de motivation
- CV mis à jour
- Annexe financement complétée
- Extrait du casier judiciaire ligne 3
- Frais d'inscription 100 €

Observations :

.....  
.....  
.....  
.....