|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | |  |  | | | |
| cid:image001.jpg@01D5493C.CFDB0340 | | | | | |
| *cid:image005.jpg@01D522B6.1A5A5EA0* | [Coordination Nationale Infirmière - CNI infirmiere ...](http://archives.coordination-nationale-infirmiere.org/index.php/Emploi-Infirmiere/CHU-de-Caen.html) | | | Logo-CHU-de-Lille-version-transparente | [CHU Rouen - Excellence Consulting](http://www.excellenceconsulting.fr/portfolios/chu-rouen/) |

**Formation 2024-2025**

Demande d’admission en formation

**Assistant de Régulation Médicale\***

**au Centre de Formation d’Assistants de Régulation Médicale**

**du Groupement de Coopération Sanitaire G4**

**CHU Amiens Lille Caen Rouen**

Dossier à renvoyer avant le 10 juin 2024

****

**CFARM du GCS G4**

**Secrétariat CFARM**

**Bâtiment des écoles**

**30 avenue de la Croix Jourdain**

**80 054 AMIENS CEDEX 1**

[**cfarmg4.secretariat@chu-amiens.fr**](mailto:cfarmg4.secretariat@chu-amiens.fr)

**03. 22 45.54.97**

**Tout dossier incomplet et/ou hors délai sera refusé**

La composition et l’envoi de ce dossier ne préjuge pas de votre acceptation au CFARM GCS G4, mais il permettra de définir la liste des candidats retenus pour les entretiens.

Les entretiens se dérouleront à Amiens : le 25 juin, les 2 et 5 juillet 2024

*\*Arrêté du 19 juillet 2019 (modifié en juillet 2023) relatif à la formation conduisant au diplôme d’assistant de régulation médicale et à l’agrément des centres de formation d’assistant de régulation médicale.*

**CFARM du GCS G4**

PHOTO D’IDENTITE

Obligatoire

**FICHE SIGNALETIQUE**

**🡺IDENTITE**

Nom : ………………………………………………………………………………………………………

Nom de jeune fille : …………………………………………………………………………………..

Prénoms : …………………………………………………………………………………………………

Date de Naissance : ……………………………………………………………………………………

Sexe  ❑ F ❑ H

Lieu de naissance : …………………………………………………………………………………………

Numéro de sécurité sociale : …………………………………………………………………………

**🡺COORDONNEES**

Adresse postale : …………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………

Adresse mail : ……………………………………………………………………………………………………..

Numéro de téléphone : …………………………………………………………………………………………

**🡺 DIPLOMES OU EXPERIENCES**

Titre et date d’obtention du Baccalauréat\*\* : ……………………………………………………………………………

**Ou** Titre et date de diplôme équivalent au baccalauréat\*\*: …………………………………………..

**Ou** titre et date de diplôme de niveau 4 \*\* : ………………………………………………………………….

**Ou** justification de 3 années d’expérience professionnelle à temps plein\*\* : ………………..

\*\*Joindre photocopies

**🡺 MODALITES D’ENTREE DANS LA FORMATION**

**1 - FORMATION INITIALE**

Etudiant(e) en poursuite d’étude : …………………………………………………………

**2- FORMATION CONTINUE**

Prise en charge financière de la formation (joindre une attestation)

Le tarif de la formation est de 8000€

❑ Demandeur d’emploi : ………………………………………………………………………………………………………

❑ Salarié : ………………………………………………………………………………………………………………………………

❑ Salarié en reconversion professionnelle et pris en charge par :

❑ Employeur

❑ France Travail / Identifiant France Travail ……………………..

❑ Mobilisation de mon CPF

❑ Prise en charge par un Centre Hospitalier

❑ Prise en charge personnelle

**Centre Hospitalier Universitaire d’Amiens**

**Attestation Médicale de Vaccination et d’Immunisation pour l’inscription des étudiants en santé**

***Formation*** : ……………………. ***Nom*** : …………………………….... ***Nom de naissance*** : ………………………………….

***Prénom*** : ………………………….. ***Date de naissance*** : …………………………….

**Adresse mail** : **Tél**:

∆ Si vous n’êtes pas à jour des vaccinations **OBLIGATOIRES**, vous ne serez pas autorisé à aller en stage. Cette attestation doit être communiquée avec les résultats\* sous pli confidentiel en même temps que votre dossier d’inscription (art L3111.4 du Code de la Santé Publique).

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VACCINATIONS OBLIGATOIRES** | | | | | | |
| ***IDR*** *(valeur de référence quelle que soit la date)* | | Date : .. / .. / …..  Taille de l’induration en mm : ………………. | | | | **Si négatif, pas de revaccination** |
| ***dTP ou dTcp*** | | Rappel dTcp si un vaccin anticoquelucheux n’a pas été fait depuis 5 ans (respecter un délai de 1 mois après le dernier dTP) et lors des rappels à âge fixe (25, 45, 65 ans) | | | | |
| Dernier rappel dTP : date : .. / .. / …. Vaccin : ……………………………..  Dernier rappel dTcp : date : .. / .. / …. Vaccin : …………………………….. | | | | |
| ***Hépatite B*** | | Rappel des conditions d’immunisation   1. Ac anti-HBS >100 (quelque soit l’histoire vaccinale et ancienneté des résultats) 2. Ac anti-HBS >10 et Ac anti-HBC négatif (si schéma complet)   (**joindre les résultats**) | | | | |
| Schéma complet :   * Classique (3 doses) : 2 doses à 1 mois d’intervalle, la 3e au moins 5 mois après la 2e dose, * Adolescent (11 à 15 ans) : 2 doses espacées de 6 mois avec vaccin (Engérix B20 ou Genhévac B) * Accéléré (à titre exceptionnel) : 3 doses en 21 jours, rappel à 1 an (Engérix B20 ou Genhévac B)   1er dose : Date : .. / .. / …. Vaccin : ……………………………..  2e dose : Date : .. / .. / …. Vaccin : ……………………………..  3e dose : Date : .. / .. / …. Vaccin : ………………………………  Injections supplémentaires : Date : .. / .. / …. Vaccin : ……………………..  Date : .. / .. / …. Vaccin : ……………………...  Date : .. / .. / …. Vaccin : ……………………… | | | | |
| **VACCINATIONS RECOMMANDEES** | | | | | | |
| ***BCG*** | | Date vaccination : .. / .. / ….  ou cicatrice vaccinale : □ | | | | |
| **ROR**  (Rougeole Oreillons Rubéole) | 1er dose : Date : .. / .. / …. Vaccin : …………………  2e dose : Date : .. / .. / …. Vaccin : ……………….. | | | **Varicelle** | ● Antécédent maladie : date : .. / .. / ….  ● Si pas d’antécédent maladie ou doute → Sérologie IgG VZV\* (joindre les résultats)  ● Si sérologie négative → vaccination recommandée  1er dose : Date : .. / .. / …. Vaccin : ……………  2e dose : Date : .. / .. / …. Vaccin ……………… | |
| **Méningocoque C** | | | 1 seule injection recommandée jusqu’à 24 ans → Date : .. / .. / …. Vaccin :……………….. | | | |
| **COVID 19** | | | 1er dose : Date : .. / .. / …. Vaccin : …………………  2e dose : Date : .. / .. / …. Vaccin : ………………..  3e dose : Date : .. / .. / …. Vaccin : ……………….. | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Je soussigné Dr …………………………. Certifie que les renseignements inscrits ci-dessous sont exacts | **Avis du Médecin du Travail**  Date : .. / .. / …. |
| **Fait le : .. / .. / ….** | □ Dossier complet |
| Signature et cachet du praticien | □ Dossier incomplet : |

Formation 2023-2024

Demande d’admission en formation

**au Centre de Formation d’Assistants de Régulation Médicale**

**du Groupement de Coopération Sanitaire G4**

**CHU Amiens Lille Caen Rouen**

Pour faire acte de candidature :

**En formation initiale et formation professionnelle continue :**

* Etre âgé de 18 ans au moins au 31 décembre de l’année d’entrée en formation
* Tout ressortissant des Etats membres de l’UE ou d’un autre Etat partie à l’accord sur l’espace économique européen, titulaire du baccalauréat ou d’une attestation d’équivalence, ou d’un titre ou diplôme de niveau 4, ou justifiant de 3 ans d’expérience professionnelle à temps plein.

Dossier à constituer :

* Renseigner la fiche signalétique fournie ;
* Copie du diplôme du baccalauréat ou attestation d'équivalence ou autre diplôme ou titre de niveau 4 ;
* Copie d'une pièce d'identité en cours de validité, recto-verso ;
* Lettre manuscrite relatant les motivations et le projet professionnel ;
* Curriculum vitae ;
* Pour les candidats non titulaires du baccalauréat ou d'une attestation d'équivalence, d'un diplôme ou titre de niveau 4, une attestation de cotisation au régime français au titre d'une activité professionnelle d'une durée de trois ans minimum à temps plein ;
* Pour les candidats ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen, autre que la France, une attestation de niveau de langue française C2 et une copie de leur diplôme ou titre le plus élevé traduit en français par un traducteur agréé auprès des tribunaux français.
* Une enveloppe 22x11cm à votre adresse affranchie au tarif en vigueur d’un courrier en recommandé avec accusé de réception
* En formation continue : un dossier de prise en charge financière sera à constituer.
* Attestation Médicale de vaccination remplie
* Un chèque de 60 euros (frais de sélection) à l’ordre du Trésor Public.

Le candidat certifie sincères et véritables les renseignements fournis dans le dossier et avoir pris connaissance des instructions et modalités d’admission

A ……………………………………………………. Le ………………………………………………

Signature

L’admission définitive est subordonnée à la production, au plus tard le jour de la rentrée en formation, d’un certificat médical faisant état de non contre-indication aux stages et de vaccinations.