

## Formation 2025-2026

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 26 mai 2025**



**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 : **entre le 10 et le 13 juin 2025**

*\*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 FICHE SIGNALÉTIQUE

PHOTO  
D'IDENTITE  
  
Obligatoire

### **→ 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 : .....  
Si diplôme en lien avec une profession de santé (DEAS, DEA, ...), date d'obtention : .....

Joindre les photocopies

### **→ MODALITES D'ENTREE DANS LA FORMATION**

#### **1 - FORMATION INITIALE**

Etudiant(e) en poursuite d'études : .....

#### **2- FORMATION CONTINUE**

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

Le tarif de la formation est de 8000€

Demandeur d'emploi : .....  
 France Travail / Identifiant France Travail .....

Salarié en reconversion professionnelle et pris en charge par :  
 Employeur  OPCO

Prise en charge par un Centre Hospitalier  
 Prise en charge personnelle  
 Autre

# 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** :

Δ 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

<b>IDR</b> (valeur de référence quelle que soit la date)	Date : .. / .. / .. Taille de l'induration en mm : .....	<b>Si négatif, pas de revaccination</b>
<b>dTP ou dTcP</b>	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 : .....		
<b>Hépatite B</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)	
	<b>(joindre les résultats)</b>	
Schéma complet :		
- Classique (3 doses) : 2 doses à 1 mois d'intervalle, la 3 <sup>e</sup> au moins 5 mois après la 2 <sup>e</sup> dose,		
- Adolescent (11 à 15 ans) : 2 doses espacées de 6 mois avec vaccin (Engérix B20 ou Genhévac B)		
- Accélééré (à titre exceptionnel) : 3 doses en 21 jours, rappel à 1 an (Engérix B20 ou Genhévac B)		
1 <sup>er</sup> dose : Date : .. / .. / .... Vaccin : .....		
2 <sup>e</sup> dose : Date : .. / .. / .... Vaccin : .....		
3 <sup>e</sup> dose : Date : .. / .. / .... Vaccin : .....		
Injections supplémentaires : Date : .. / .. / .... Vaccin : .....		
Date : .. / .. / .... Vaccin : .....		
Date : .. / .. / .... Vaccin : .....		

### VACCINATIONS RECOMMANDÉES

<b>BCG</b>	Date vaccination : .. / .. / .... ou cicatrice vaccinale : <input type="checkbox"/>	
<b>ROR</b> (Rougeole Oreillons Rubéole)	1 <sup>er</sup> dose : Date : .. / .. / .... Vaccin : .....	<b>Varicelle</b>
	2 <sup>e</sup> dose : Date : .. / .. / .... Vaccin : .....	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>● Antécédent maladie : date : .. / .. / ....</li> <li>● Si pas d'antécédent maladie ou doute → Sérologie IgG VZV* (joindre les résultats)</li> <li>● Si sérologie négative → vaccination recommandée</li> </ul> 1 <sup>er</sup> dose : Date : .. / .. / .... Vaccin : .....
		2 <sup>e</sup> dose : Date : .. / .. / .... Vaccin : .....
<b>Méningocoque C</b>	1 seule injection recommandée jusqu'à 24 ans → Date : .. / .. / .... Vaccin : .....	
<b>COVID 19</b>	1 <sup>er</sup> dose : Date : .. / .. / .... Vaccin : .....	
	2 <sup>e</sup> dose : Date : .. / .. / .... Vaccin : .....	
	3 <sup>e</sup> dose : Date : .. / .. / .... Vaccin : .....	

Je soussigné Dr ..... Certifie que les renseignements inscrits ci-dessous sont exacts  
**Fait le** : .. / .. / ....  
 Signature et cachet du praticien

**Avis du Médecin du Travail**  
 Date : .. / .. / ....  
 Dossier complet  
 Dossier incomplet :

**Formation 2025-2026**  
**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 du diplôme en lien avec une profession de santé
- 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) et un chèque de 40 euros (frais d'inscription, qui sera encaissé après le premier jour de la rentrée) 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.