



Centre de Formation
d'Assistant de Régulation Médicale

DOSSIER D'INSCRIPTION POUR LA FORMATION D'ASSISTANT DE REGULATION MEDICALE SESSION DE JANVIER 2027

Centre de Formation d'Assistant de Régulation Médicale (CFARM)
Institut Gernez Rieux
2 Rue du Docteur Schweitzer
59037 Lille Cedex

03 20 44 51 65

Mail : cfarm@chu-lille.fr

LES PRINCIPALES DATES

- La clôture des inscriptions est fixée au **15 septembre 2026** pour tous les candidats.

Vous pouvez déposer votre dossier à l'accueil de l'IGR ou le faire parvenir par courrier (jusqu'au jour de la clôture, cachet de la poste faisant foi) à l'adresse ci-dessus.

TOUT DOSSIER INCOMPLET ou ENVOYE HORS DELAI NE SERA PAS PRIS EN COMPTE

- Les épreuves orales d'admission se dérouleront les **23 et 25 septembre 2026** ; les candidats recevront une convocation individuelle.

Les résultats de l'épreuve orale d'admission seront disponibles le **1^{er} octobre 2026 à partir de 14h00**, via un affichage à l'extérieur de l'IGR et sur le site internet du CFARM.

LES FRAIS

- **Les frais de sélection** s'élèvent à 100 €. Ils sont non remboursables.

Seules les inscriptions accompagnées de leur règlement par chèque libellé à l'ordre du Trésor Public seront prises en considération.

Attention : Tout renoncement à la participation aux épreuves de sélection dans un délai supérieur à 8 jours après la date de clôture des inscriptions, fait l'objet d'un paiement intégral des frais de sélection.

- **Les frais de scolarité** : 8000 € (TARIF 2026)

Les frais de scolarité seront perçus par le Trésorier Principal du CHU de Lille.



Rétractation - Abandon - Renvoi – Suspension :

En cas de **rétractation**, l'élève dispose d'un délai de 10 jours à compter de la date de la signature du contrat de formation pour en informer la Direction de son établissement employeur et la Direction du CFARM par lettres recommandées avec accusé de réception.

→ Dans cette hypothèse, aucune somme ne peut être exigée de l'élève.

En cas d'**abandon ou de renvoi** de l'élève en cours de formation, quel qu'en soit le motif, les frais de formation resteront acquis en totalité au CHU de Lille.

En cas de **suspension ou de force majeure** dûment reconnue, les frais de formation seront dus au prorata temporis.

CONSTITUTION DU DOSSIER

DOCUMENTS POUR TOUS LES CANDIDATS

- La fiche de renseignements (Annexe 1)
- 1 photocopie de la carte nationale d'identité **valide** recto et verso, ou d'un passeport, ou d'un titre de séjour.
- 1 certificat médical de vaccination complété par un médecin généraliste. Le dossier d'inscription peut être déposé même si le schéma vaccinal est en cours (1 injection minimum doit être réalisée) L'annexe 2 doit être obligatoirement utilisée, datée, signée et tamponnée par le médecin.
- 1 Curriculum Vitae
- 1 lettre de motivation **manuscrite**
- 1 photo d'identité **récente** avec votre nom et prénom au dos. Pas de photographie scannée.
- 1 chèque de 100 € libellé à l'ordre du Trésor Public.
- 1 Photocopie du baccalauréat ou attestation d'équivalence ou autres titres ou diplômes de niveau 4 ; si non titulaire de l'un de ces diplômes, une attestation de cotisation au régime français au titre d'une activité professionnelle d'une durée de 3 ans minimum à temps plein.
- Pour les 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 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.
- Le bulletin n°3 de votre casier judiciaire
- L'autorisation de publication des résultats sur internet (Annexe 3)
- 1 enveloppe autocollante portant l'adresse du candidat (format 22 x 11 cm) affranchie au tarif en vigueur pour un envoi en recommandé avec accusé de réception + 1 bordereau de recommandé avec accusé de réception dûment rempli comme montré ci-dessous. Ne pas coller le bordereau sur l'enveloppe.

Case destinataire :
Nom, prénom
Adresse du candidat

Case expéditeur :
C.F.A.R.M. – CHU de LILLE
2 rue du docteur Schweitzer
59037 LILLE CEDEX

EPREUVES DE SELECTION

L'ensemble du dossier administratif est apprécié au regard de sa forme et de la complétude des pièces attendues ainsi que par la qualité de la lettre de motivation manuscrite et du CV.

L'entretien d'admission :

L'entretien d'admission est réalisé par un jury composé :

- du directeur du CFARM ou son représentant issu de l'équipe pédagogique ;
- du conseiller scientifique ou d'un médecin exerçant dans un SAMU.
- d'un ARM exerçant dans un SAMU

D'une durée d'environ **20 minutes**, l'entretien comprend une présentation orale du candidat, suivie d'un échange avec le jury.

Cette épreuve a pour objet :

- D'évaluer la capacité du candidat à s'exprimer et à ordonner ses idées pour argumenter de façon cohérente ;
- D'apprécier les aptitudes et la capacité du candidat à suivre la formation ;
- D'apprécier le projet professionnel du candidat et sa motivation.

REPAS ET HEBERGEMENT

Les élèves ont la possibilité de se restaurer au self de l'Institut Gernez Rieux durant le temps de la formation.

Des possibilités de logement existent sur place. Les renseignements sont disponibles auprès du service accueil et hébergement du CHU de Lille :

Institut Gernez Rieux – 2, rue Docteur Schweitzer – 59037 Lille cedex

internatigr@chru-lille.fr

03 20 44 57 55

COÛT DE LA FORMATION

- Gratuit pour la formation initiale et la poursuite de scolarité.
- 8000€ pour le cursus complet et la promotion professionnelle.

Les démarches de prise en charge financière sont à effectuer impérativement avant l'entrée en formation.

Annexe 1 – FICHE DE RENSEIGNEMENTS

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIF

Nom de naissance :

Nom d'épouse :

Prénom(s) :

N° de sécurité sociale :

Date et lieu de naissance :

Sexe : F H

Situation familiale : Célibataire Marié(e) Pacsé(e) En couple Divorcé(e)

Nombre d'enfant(s) à charge :

Département : Pays.....

Nationalité : Française Union Européenne Autre : *(préciser)*.....

Adresse :

Code postal : Ville :

Permis de conduire : Oui Non Véhicule : Oui Non

Téléphone fixe :Téléphone portable :

Adresse mail :

PHOTO

PRISE EN CHARGE DE LA FORMATION *(Joindre une attestation de prise en charge)*

Salarié en reconversion professionnelle et pris en charge par :

Employeur

Pôle Emploi :

Identifiant Pôle Emploi :

Nom et adresse mail du conseiller :

Mobilisation de mon CPF Montant mobilisable :*Joindre justificatif*

Autre (préciser) :

Prise en charge par un centre hospitalier *(joindre une attestation de prise en charge)*

En poursuite de scolarité

Prise en charge personnelle

SITUATION ACTUELLE

Activité salariée Date du Contrat : du.....au

CDD CDI

Nom et Adresse employeur :

.....

.....

DIPLÔMES SCOLAIRES OBTENUS *(joindre la copie des diplômes)*

Brevet CAP/BEP Baccalauréat DEUG Licence Master

Autre

DIPLÔMES SANITAIRES ET SOCIAUX *(joindre la copie des diplômes)*

DEAS DEAMP/DEAVS DEA DEAP

Autre

DIPLÔME D'AFGSU NIVEAU 2 *(joindre impérativement la copie du diplôme)*

OUI NON

Si oui :

Date dernière formation :

Lieu de formation : N° de diplôme (8 chiffres) :

JE SOUHAITE SIGNALER UNE SITUATION DE HANDICAP POUVANT IMPACTER MA FORMATION

OUI

NON