

**CENTRE DE FORMATION DES ASSISTANTS DE REGULATION MEDICALE (CFARM)  
DES HOSPICES CIVILS DE LYON**

**DOSSIER D'INSCRIPTION A LA SELECTION CFARM – SESSION 2024  
CFARM DE LYON  
CFARM ANTENNE DE CLERMONT-FERRAND**

**Arrêté du 19 juillet 2019 relatif à la formation conduisant  
au diplôme d'assistant de régulation médicale**

L'épreuve de sélection du CFARM des HCL sera organisée sur le site de Lyon Esquirol

**DEBUT DES INSCRIPTIONS : LE LUNDI 26 Février 2024**

**CLOTURE DES INSCRIPTIONS : LE LUNDI 13 MAI 2024 à minuit**

Au plus tard, **le lundi 13 mai 2024 à minuit**, la fiche administrative d'inscription avec toutes les pièces administratives demandées est à transmettre **par voie Postale ordinaire**, cachet de la Poste faisant foi, à l'adresse ci-dessous :

**CENTRE DE FORMATION DES ASSISTANTS DE REGULATION MEDICALE**  
**3-5 Avenue Esquirol**  
**69424 LYON CEDEX 03**  
[hcl.secretariat-cfarm@chu-lyon.fr](mailto:hcl.secretariat-cfarm@chu-lyon.fr)

Tout dossier incomplet ou qui n'arrive pas à la date pour insuffisance d'affranchissement relève de la responsabilité du candidat et non du dysfonctionnement des services de la Poste ; de ce fait, après la clôture, il ne pourra être accepté.  
***Tout dossier d'inscription devra présenter au dos de l'enveloppe les coordonnées du candidat.***

**PERIODE D'ENTRETIEN : DU LUNDI 27 MAI AU VENDREDI 31 MAI 2024**

**RESULTATS DE L'ÉPREUVE D'ADMISSION : LE LUNDI 24 JUIN 2024**

Les résultats des épreuves de sélection seront affichés au site du CFARM ESQUIROL. . Tous les candidats sont personnellement informés par écrit de leurs résultats.

Vous disposez d'un délai de sept jours ouvrés pour valider votre inscription en institut de formation en cas d'admission en liste principale. Au-delà de ce délai, vous êtes présumé avoir renoncé à votre admission et votre place est proposée au candidat inscrit en rang utile sur la liste complémentaire.

Après validation de votre inscription, le dossier d'entrée en formation vous sera adressé avec une date limite de retour.

**Obligations vaccinales**

Vaccinations obligatoires (Article L.3111-4 du code de la santé publique) :

Hépatite B- Diphtérie - Tétanos – DT polio

L'entrée en formation est subordonnée au schéma vaccinal valide. L'entrée en stage est impossible si le candidat n'a pas de schéma vaccinal complet.

**PIÈCES JUSTIFICATIVES OBLIGATOIRES À FOURNIR**

- Fiche « Renseignements administratifs » **complétée de façon exhaustive**, datée et signée
- Photo d'identité récente **collée à l'emplacement dédié**
- Curriculum Vitae (CV) **sous format dactylographié**
- Lettre de motivation
- Copie recto-verso d'une pièce d'identité en cours de validité
- Extrait du casier judiciaire, bulletin n°3
- Chèque de 100 €uros à l'ordre du Régisseur des Recettes - Secteur Est (révisable selon législation en vigueur)

**DOCUMENT SUPPLEMENTAIRE A FOURNIR SELON LA SITUATION DU CANDIDAT**

Attention : ne joindre au dossier que les pièces exigées vous concernant

- Copie du diplôme du baccalauréat ou attestation d'équivalence ou autre diplôme ou titre de niveau 4
- 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  
(<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F34739>)
- Copie de l'AFGSU pour les candidats titulaires
- Pour les candidats P.A.R.M./A.R.M. en exercice, joindre à votre dossier le livret de positionnement ci-joint



DIPLÔMES OBTENUS (Joindre impérativement la copie des diplômes)		
Diplôme	Spécialité/filière	Année d'obtention

ATTESTATION DE FORMATION AUX GESTES ET SOINS D'URGENCES (Joindre impérativement la copie du diplôme si concerné)		
AFGSU Niveau 2:	OUI / NON	N° d'AFGSU :
SITUATION ACTUELLE		
Employeur actuel :		
Fonction		
Nom, Adresse et téléphone de l'employeur :		
Demandeur d'emploi	Oui, depuis le : N° identifiant :	Non

➤ PUBLICATION DES RESULTATS DE LA SELECTION SUR LE SITE INTERNET DES HCL (loi RGPD du 20 juin 2018) :

J'accepte que mon nom soit publié sur la liste des résultats mise en ligne sur le site internet des HCL

Je refuse que mon nom soit publié sur la liste des résultats mise en ligne sur le site internet des HCL

➤ DEMANDE DE TIERS TEMPS MÉDICAL OU AUTRE AMÉNAGEMENT EN FONCTION DE VOTRE HANDICAP :

OUI  NON

Si oui, fournir les préconisations de la MDPH ([www.mdph.fr/](http://www.mdph.fr/))



CHOIX DE L'INSTITUT	
Numérotez votre institut par ordre de priorité	
CFARM des Hospices Civils de Lyon	CFARM antenne de Clermont-Ferrand

Je soussigné(e), ..... atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document et la conformité à l'original de l'ensemble des documents joints.

Fait à ....., le .../...../.....

Signature du candidat :