

Encadrante Medico-administrative 2024 - 2025

FICHE D'INSCRIPTION

PHOTO
OBLIGATOIRE

INFORMATION PERSONNELLES

NOM : _____ PRENOM : _____
NOM DE JEUNE FILLE : _____ DATE DE NAISSANCE : _____
LIEU DE NAISSANCE : _____ NATIONALITE : _____
ADRESSE PERSONNELLE : _____
MAIL PERSONNEL : _____ ☎ : _____
SITUATION FAMILIALE : _____

INFORMATIONS PROFESSIONNELLES

FONCTION OCCUPEE : _____
NOM DE L'ETABLISSEMENT OU VOUS TRAVAILLEZ ACTUELLEMENT : _____
ADRESSE : _____
NOM DU POLE : _____
MATRICULE CHU : _____
MAIL PROFESSIONNEL : _____ ☎ : _____

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES ⁽¹⁾

⇒ DIPLOME PROFESSIONNEL : _____
⇒ DATE D'OBTENTION : _____
⇒ EXPERIENCE PROFESSIONNELLE SUPERIEURE A QUATRE ANS : OUI NON
⇒ PRISE EN CHARGE DE CETTE FORMATION :
- PAR VOTRE ETABLISSEMENT
- A TITRE INDIVIDUEL
- AUTRE (à préciser)

(1) Mettre une croix dans la case correspondante

PARCOURS DE FORMATION

① - ETUDES SECONDAIRES

NIVEAU D'ETUDES :
DERNIERE CLASSE FREQUENTEE :

ANNEE :

DIPLOMES OBTENUS :
(Précisez la section, Exemple : BAC ST2S, S ...)

DATES D'OBTENTION :

- ◆ ETABLISSEMENTS :
- ◆ VILLES :

② - ETUDES SUPERIEURES

AVANT OU APRES VOS ETUDES PROFESSIONNELLES, AVEZ-VOUS SUIVI UNE OU DES FORMATIONS DIPLOMANTES ? (Universitaires ou autres)

OUI NON

SI OUI, VOUS PRECISEREZ, LA FORMATION, L'ETABLISSEMENT FREQUENTE, EN QUELLE ANNEE ET S'IL Y A LIEU LE DIPLOME OBTENU ET LA DATE.

③ - ETUDES PROFESSIONNELLES

NIVEAU D'ETUDES :
DERNIERE CLASSE FREQUENTEE :

ANNEE :

DIPLOMES OBTENUS :

DATES D'OBTENTION :

- ◆ ETABLISSEMENTS :

- ◆ VILLES :

PARCOURS PROFESSIONNEL EN TANT QUE SECRETAIRE MEDICALE

DATES PRECISES du au	NOM DE L'ETABLISSEMENT ET ADRESSE	DENOMINATION ET SERVICE	POSTE OCCUPE

DATE :

SIGNATURE :