

Chef de pôle  
**M. VERDUN François**  
Direction des Instituts de Formation  
Directeur Adjoint **Mme FIDON Estelle**  
Coordonnatrice générale **Mme MONNET Sandrine**

**CENTRE DE FORMATION DES ASSISTANTS DE REGULATION MEDICALE**  
**CFARM AURALPES**  
Directeur par intérim  
**M. COMBAZ Jérôme**

## CONFIRMATION INSCRIPTION au CFARM

**Document à retourner au plus tard le 16 Juillet 2024 par mail à :**  
**[centreformationARM@chu-grenoble.fr](mailto:centreformationARM@chu-grenoble.fr)**

Je soussigné(e), .....

Admis(e) sur la liste principale du Centre de Formation des Assistants de Régulation Médicale du  
CHU Grenoble Alpes – Promotion ARM 2024-2025

Confirme mon inscription pour la rentrée de septembre 2024.

Ne souhaite pas intégrer le CFARM : merci d'indiquer le motif \*

- Intégration dans un autre CFARM (préciser lequel) : .....
- Pas de financement
- Changement de projet
- Autre raison (préciser) : .....

Demande un report de scolarité pour le motif suivant (joindre un courrier de demande de report accompagné du justificatif correspondant).

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_  
Signature obligatoire

\* Rayer les mentions inutiles