

# DOSSIER DE CANDIDATURE

## À LA FORMATION DES ASSISTANTS MÉDICAUX

Dossier complet à retourner soit par mail : [assistantmedical@isrp.fr](mailto:assistantmedical@isrp.fr),  
soit par courrier : **ISRP – Assistant médical, 25 rue Ginoux, 75015 Paris**

Nom ..... Prénom .....  
Date de naissance ..... Lieu de naissance .....  
Adresse .....  
CP ..... Ville .....  
Tel ..... Adresse mail .....  
Intitulé du poste ..... Statut :  Employé(é)  Cadre  Agent de maîtrise

Pour l'étude du dossier, nous vous remercions de remplir les informations suivantes et de fournir les pièces justificatives (diplômes, certificats, attestations employeurs...)

### Certifications obtenues (diplômes, titres, CQP)

Intitulé de la certification/ Diplôme	Année d'obtention

*Pièces justificatives à fournir*

### Expérience(s) professionnelle(s) antérieure(s) à l'entrée en formation prise(s) en compte

Structure/Entreprise	Fonction	Date de début et de fin de contrat	Type de contrat (CDD, CDI, Intérim, Apprentissage ...)

### Quel est votre niveau de rémunération annuel ?

Inférieur à 25 000 €  Entre 25 000 et 35 000 €  Supérieur à 35 000 €

*Pièces justificatives à fournir pour les expériences dans le domaine de la santé : attestation employeur*

Si vous êtes titulaire de l'AFGSU Niveau 1, date d'obtention :

## Financement

Etes-vous multi-employeurs ?

Oui

Non

L'employeur qui demande la prise en charge de la formation par l'OPCO EP, indiquez :

Nom du médecin référent / tuteur .....

Adresse mail .....

Téléphone .....

N°SIRET .....

Adresse .....

CP ..... Ville .....

Temps de travail hebdomadaire pour cet employeur.....

Site privilégié pour les enseignements en présentiel :

Paris

Marseille

Vichy

Corse

Poitiers

Session privilégiée:

MAI 2025

SEPTEMBRE 2025

OCTOBRE 2025

JANVIER 2026

Si autre employeur, renseignez :

Nom et prénom employeur (2) .....

Temps de travail hebdomadaire .....

Nom et prénom employeur (3) .....

Temps de travail hebdomadaire .....

Je soussigné(e) .....  
certifie l'exactitude des informations transmises à l'ISRP.

Fait à ....., le .....

Signature du candidat

Signature et cachet de l'employeur