

DOSSIER DE CANDIDATUR

À LA FORMATION DES ASSISTANTS MÉDICAUX



Dossier complet à retourner soit par mail : 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

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

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

Spécialité du 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:

☐ JANVIER 2026

☐ FAE MARS 2026

☐ MAI 2026

☐ SEPTEMBRE 2026

☐ NOVEMBRE 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

