

CONSERVATOIRE NATIONAL DES ARTS ET MÉTIERS
VOTRE PLAN DE FORMATION

Diplôme : Titre RNCP Niveau 7 Responsable d'établissements médicaux et médico-sociaux

Code du diplôme : CRN0300A

Souhaitez-vous le faire en : ☐ 1 année ou ☐ 2 année

Unités d'enseignement auxquelles vous souhaitez vous inscrire

ATTENTION : L'inscription au diplôme et aux unités d'enseignement qui le composent ne confère pas le statut d'étudiant.

1ère année					2ème année					*Si en 2 ans l'indiquer si dessous
Code de l'UE	Modalité	Semestre 1	Semestre 2	Annuel	Code de l'UE	Modalité	Semestre 1	Semestre 2	Annuel	
UE obligatoires :					UE obligatoires :					o 1er année o 2ème année
EGS150	FS		Semestre 2		EGS150	FS		Semestre 2		
EGS151	FS	Semestre 1			EGS151	FS	Semestre 1			
EGS155	FS		Semestre 2		EGS155	FS		Semestre 2		
EGS218	FS		Semestre 2		EGS218	FS		Semestre 2		
EGS219	FS	Semestre 1			EGS219	FS	Semestre 1			
EGS220	FS	Semestre 1			EGS220	FS	Semestre 1			
EGS221	FOAD		Semestre 2		EGS221	FOAD		Semestre 2		
UASA10	HT			Annuel	UASA10	HT			Annuel	
UASA109	HT			Annuel	UASA109	HT			Annuel	

HT : présentiel, en cours du soir

FP : formation à distance

TO : présentiel, en cours du jour

FS : formation hybride(présentiel + distance)

N° SISCOL (élève déjà inscrit au CNAM) :

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Email :

Je reconnais avoir pris connaissance et accepte le plan de formation proposé ci-dessus.

Date :

Signature :