

---

# **SELECTION D'ENTREE EN INSTITUT DE FORMATION D'AMBULANCIERS**

---

## **Session du 31/08/2026 au 26/02/2027**

---

**Clôture des inscriptions : 20 avril 2026**  
(cachet de la poste faisant foi)

**Date du concours :**

- Sélection sur dossier (admissibilité) : résultats 12 mai 2026 – 14h
- Epreuve orale (admission) : les 18 et 19 juin 2026
- Résultats admission : 23 juin 2026 – 14h

**Dossier à déposer au secrétariat ou à renvoyer par courrier  
à :**

Institut de Formation Interhospitalier Théodore Simon  
19, avenue Maison Blanche - 93331 Neuilly-sur-Marne Cedex

**Téléphone secrétariat : 01.49.44.36.38**

**E-mail : c.amillard@ifits.fr**

**www.ifits.fr**

**Tout dossier incomplet ne sera pas pris en compte**

**Les frais d'inscription restent acquis, même en cas de désistement, d'absence, de non-financement ou d'échec à la sélection sur dossier ou à l'épreuve orale.**

## CONDITIONS D'INSCRIPTION

- Vaccinations conformes à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France,
- Être en possession du permis de conduire B datant de plus de 3 ans ou 2 ans en conduite accompagnée,
- Aucune condition de diplôme n'est requise

## MODALITES DE SELECTION

En application de l'arrêté du 11 avril 2022 relatif à la formation conduisant au Diplôme d'Etat d'Ambulancier

### L'EPREUVE D'ADMISSIBILITE : sélection sur dossier d'admissibilité complet.

L'épreuve est notée sur 20, une note inférieure à 10 est éliminatoire.

Sont dispensés de cette épreuve :

Les titulaires d'un titre ou diplôme homologué au niveau 4 (BAC) ou enregistré à ce niveau au répertoire national de certification professionnelle, délivré dans le système de formation initiale ou continue français ;

Les titulaires d'un titre ou diplôme du secteur sanitaire ou social homologué au minimum au niveau 3, délivré dans le système de formation initiale ou continue français ;

Les titulaires d'un titre ou diplôme étranger leur permettant d'accéder directement à des études universitaires dans le pays où il a été obtenu ;

Les candidats ayant été admis en formation d'auxiliaires médicaux.

Les auxiliaires ambulanciers ayant exercé pendant un mois au minimum, en continu ou en discontinu, durant les trois dernières années et remplissant l'une de ces quatre conditions doivent fournir l'attestation d'employeur (annexe 4) ET tout document officiel justifiant de l'exercice professionnel.

### LE STAGE D'OBSERVATION : d'une durée de 70 heures à effectuer avant le 11 mai 2026.

Il doit être réalisé dans une entreprise de transport sanitaire habilitée par l'Institut ou dans un service hospitalier en charge du transport sanitaire.

Ce stage est évalué par l'entreprise d'accueil (annexe 3)

Sont dispensés de ce stage :

- Les auxiliaires ambulanciers ou les conducteurs d'ambulance ayant exercé pendant un mois au minimum, en continu ou en discontinu, durant les trois dernières années et doivent fournir l'attestation d'employeur (annexe 4) ET tout document officiel justifiant de l'exercice professionnel.
- Les sapeurs-pompiers de Paris ou les marins pompiers de Marseille justifiant d'une expérience professionnelle de 3 ans (fournir justificatif).

### L'EPREUVE D'ADMISSION : entretien d'une durée de 20 minutes face à un jury.

L'épreuve est notée sur 20, une note inférieure à 8/20 est éliminatoire.

Il n'y a pas de dispense, tous les candidats participent à cette épreuve, sauf ceux qui n'auront pas été retenus à l'épreuve d'admissibilité.

## FINANCEMENT DE LA FORMATION

**Le coût de votre formation est pris en charge par le Conseil Régional si vous appartenez à l'une des catégories suivantes, au moment de l'entrée en formation**

- Jeune de moins de 26 ans en poursuite d'études sans interruption (y compris ceux ayant un contrat de travail étudiant),
- Jeune de moins de 26 ans avec interruption de scolarité de moins de 2 ans avant le démarrage de la formation,
- Demandeur d'emploi inscrit à France Travail (anciennement Pôle Emploi) à l'entrée en formation, dont le coût de formation n'est pas pris en charge par France Travail, pour les catégories 1,2,3,4 et 5
- Bénéficiaire d'un PEC (**Parcours Emploi Compétences**),
- Bénéficiaire du RSA,
- Jeune dont le service civique s'est achevé dans un délai d'un an avant l'entrée en formation,
- Les passerelles post bac quand les étudiants ont moins de 26 ans sont examinés au regard des critères d'éligibilité mentionnés ci-dessus,
- Les apprenants relevant du **SPRF** (Service Public Régional de Formation) c'est-à-dire sans diplôme, titre ou certification et inscrits sur un parcours de formation complet **aide-soignant, auxiliaire de puériculture ou ambulancier**.

**Si vous remplissez l'un des critères mentionnés ci-dessus à l'entrée en formation, votre statut est donc « ELIGIBLE », et vous conserverez ce statut pour toute la durée de votre formation.**

---

**Si vous appartenez à l'une des catégories suivantes et que vous ne bénéficiez pas d'une prise en charge de votre employeur ou de tout autre organisme financeur, vous devrez payer un coût annuel de formation s'élevant pour l'année 2025-2026 à 5 341,00 Euros.**

- Les agents publics (y compris en disponibilité),
- Les salariés du secteur privé en CDD ou CDI de plus de 78 heures par mois,
- Toute personne ayant bénéficié d'une prise en charge partielle par Transitions Pro
- Les abandons de formation intervenus dans le mois suivant l'entrée en formation
- Les apprentis
- Les personnes en Validation des Acquis de l'Expérience (VAE)
- Les médecins et les sage-femmes diplômés à étranger

**Si vous remplissez l'un des critères mentionnés ci-dessus à l'entrée en formation, votre statut est donc « NON ELIGIBLE », et vous conserverez ce statut pour toute la durée de votre formation.**

---

**Le coût de la formation est de :**

- 5 341,00 € et 100 € de frais d'inscription pour un individuel
- 5 787,00 € et 100 € de frais d'inscription avec une prise en charge (employeur, France Travail, Transitions-pro...)
- Demander un devis pour un cursus partiel

**PIECES A FOURNIR  
POUR LE DOSSIER D'INSCRIPTION - IFA**

**Tout dossier incomplet ou transmis en dehors du délai sera rejeté.**

La **fiche d'inscription**, ci-jointe, complétée et signée avec une **photo d'identité**

Une photocopie de l'attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulance / cerfa 14880\*02  
Visite médicale à effectuer chez un médecin agréé par la Préfecture de votre domicile  
<https://www.visite-medicale-permis-conduire.org/adresses-des-medecins-agrees/adresses-medecins-agrees-france>

La photocopie recto-verso du **permis de conduire B de plus de 3 ans ou 2 ans en conduite accompagnée**

Le certificat médical d'aptitude à faire compléter par un médecin agréé par l'Agence Régionale de Santé

<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/listes-de-medecins-agrees-en-ile-de-france>

La photocopie de toutes les pages concernant la vaccination de votre carnet de santé

La photocopie des résultats de la sérologie hépatite B

Votre curriculum vitae à jour

Une lettre de motivation **manuscrite** (voir annexe 1)

**Un document manuscrit** relatant une situation personnelle ou professionnelle vécue ou votre projet professionnel en lien avec les attendus de la formation (voir annexe 2)

L'attestation de validation du stage de 70 heures (**SAUF POUR LES AUXILIAIRES OU CONDUCTEURS AMBULANCIERS**) effectué de manière continue et sur le même lieu, dans une société de transport sanitaire ou un service hospitalier en charge de transport sanitaire (annexe 3)  
**Ce stage doit être terminé au plus tard le 11 mai 2026**

La copie des originaux du ou des diplômes **vous dispensant de l'épreuve d'admissibilité**

**POUR LES AUXILIAIRES AMBULANCIERS** ayant exercé :

Plus d'un mois, fournir l'attestation de l'employeur (annexe 4) ET l'attestation de travail correspondante

Plus d'un an sur les trois dernières années, fournir l'attestation de l'employeur (annexe 4) ET les attestations de travail correspondantes

Pour les ressortissants hors Union Européenne, une attestation du niveau B2 de langue française

Un chèque bancaire ou postal de **66 Euros** à l'ordre de **l'agent comptable du GIP**

**Ces droits d'inscription restent acquis, même en cas de désistement, d'absence, d'échec ou de non-financement de la formation**

**IMPORTANT**

**Vaccination :**

Il vous sera demandé d'être à jour de vos vaccinations lors de votre dépôt de dossier d'inscription.

**Accessibilité-handicap :**

La formation est accessible aux personnes en situation de handicap, sous réserve de l'étude préalable de chaque situation individuelle.

Pour toute demande concernant l'accueil d'une personne en situation de handicap, veuillez nous contacter à l'adresse mail suivante : [referent-handicap@ifits.fr](mailto:referent-handicap@ifits.fr)

## FICHE D'INSCRIPTION IFA

NOM patronymique (jeune fille) : ..... PRÉNOM : .....

NOM D'ÉPOUSE : .....

SEXÉ : Féminin  Masculin

DATE DE NAISSANCE : .....

LIEU DE NAISSANCE : .....

SITUATION DE FAMILLE : .....

NATIONALITÉ : .....

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE : .....

ADRESSE : .....

VILLE : .....

CODE POSTAL : .....

 DOMICILE : .....  PORTABLE : .....

E-MAIL : .....

DERNIER DIPLÔME OBTENU : ..... ANNÉE : .....

SITUATION PROFESSIONNELLE : .....

NOM ET ADRESSE (professionnelle) : .....

**Avez-vous bénéficié d'un aménagement lors de votre scolarité ?**

OUI

NON

**Avez-vous besoin d'un aménagement spécifique ?**

OUI

NON

**Si oui, lequel :** .....

Je certifie exact tous les renseignements figurant sur cette fiche d'inscription et la conformité des photocopies et documents transmis. Je reconnais être informé(e) que toute fausse déclaration entraînera l'annulation d'une éventuelle admission.

J'accepte que mes résultats soient publiés sur le site internet de l'IFA

OUI

NON

Date et signature du candidat,

A..... le .....

Signature

**OBLIGATIONS VACCINALES A RESPECTER  
POUR LA SELECTION D'ENTREE EN FORMATION POUR LE  
DIPLOME D'ETAT D'AMBULANCIER (E)**

Vous souhaitez suivre une formation paramédicale, vous devez obligatoirement :

- être immunisé (e) contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, l'hépatite B et la tuberculose.
- fournir la preuve de votre immunisation **lors de votre inscription dans notre Institut**, par la présentation d'un certificat de vaccinations dûment rempli par le médecin de votre choix et comportant « la dénomination des spécialités vaccinales utilisées, les numéros de lots ainsi que les doses et dates des injections » (arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L. 3111-4 du code de la santé publique et l'article 6 de l'arrêté du 26 janvier 2006 relatif aux conditions de formation au diplôme d'état d'ambulancier). **Vous devrez nous renvoyer impérativement, lors de votre inscription au concours, le document intitulé « certificat médical d'aptitude » après l'avoir fait compléter par un médecin agréé par l'Agence Régionale de Santé (ARS), l'ensemble des pages de votre carnet de vaccination et les résultats de la sérologie hépatite B.**

Pour faciliter la compréhension de l'arrêté du 2 août 2013 concernant les conditions d'immunisation contre l'hépatite B, nous mettons à votre disposition un tableau explicatif.

Nous vous transmettons dès maintenant ces informations afin de vous permettre de prendre vos dispositions pour être en conformité, avec la réglementation en vigueur, lors de votre inscription au concours.

**ATTENTION**

**IL EST IMPOSSIBLE DE SUIVRE CETTE FORMATION SANS UNE  
IMMUNISATION CONFORME A LA REGLEMENTATION EN VIGUEUR  
A LA DATE DU DEPOT DE DOSSIER D'INSCRIPTION**

# **CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE**

Je soussigné (e), ..... Médecin agréé par l'ARS du département de..... certifie avoir examiné ce jour

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Nom marital : .....

Né (e) le : .....

à : ..... Dép : .....

Ne présente pas de contre-indication à l'exercice de la profession d'ambulancier (e) ou d'auxiliaire ambulancier (e),

qu'il ne présente pas de problème locomoteur, physique, de handicap incompatible avec la profession (handicap visuel, auditif, amputation d'un membre).

Ne présente aucune contre-indication aux vaccinations suivantes :

<https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/vaccination/calendrier-vaccinal>

Compléter le tableau ci-dessous :

VACCINATION et/ou CONTROLES	DATES	RESULTATS
Antidiphétique-antitétanique-antipoliomyélitique (DTP) (Revaxis) anticoquelucheuse (tétracoq)	1 <sup>ère</sup> injection : 2 <sup>ème</sup> injection : 3 <sup>ème</sup> injection : Rappel :	Antidiphétique : Antitétanique : Antipoliomyélitique : Anticoquelucheuse :
Anti-hépatite B Fournir le résultat du contrôle du taux anticorps anti-HBs et HBC (datant de moins d'un an).	1 <sup>ère</sup> injection : 2 <sup>ème</sup> injection : 3 <sup>ème</sup> injection : Rappel :	Contrôle du taux anticorps anti HBs et HBC Date : Résultats UI/L : Immunisation : <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Dernier test de contrôle tuberculinique	Date :..... Résultat :	BCG : le décret suspendant l'obligation de vaccination contre la tuberculose des professionnels visés aux article R.3112-1C et R.3112-2 du code de la santé publique a été publié le 1 <sup>er</sup> mars 2019. Ainsi la vaccination par le BCG ne sera plus exigée lors de la formation ou de l'embauche de ces professionnels dès le 1 <sup>er</sup> avril 2019.
Anti-rougeole, oreillons, rubéole (ROR) (recommandé)	1 <sup>ère</sup> injection : 2 <sup>ème</sup> injection :	

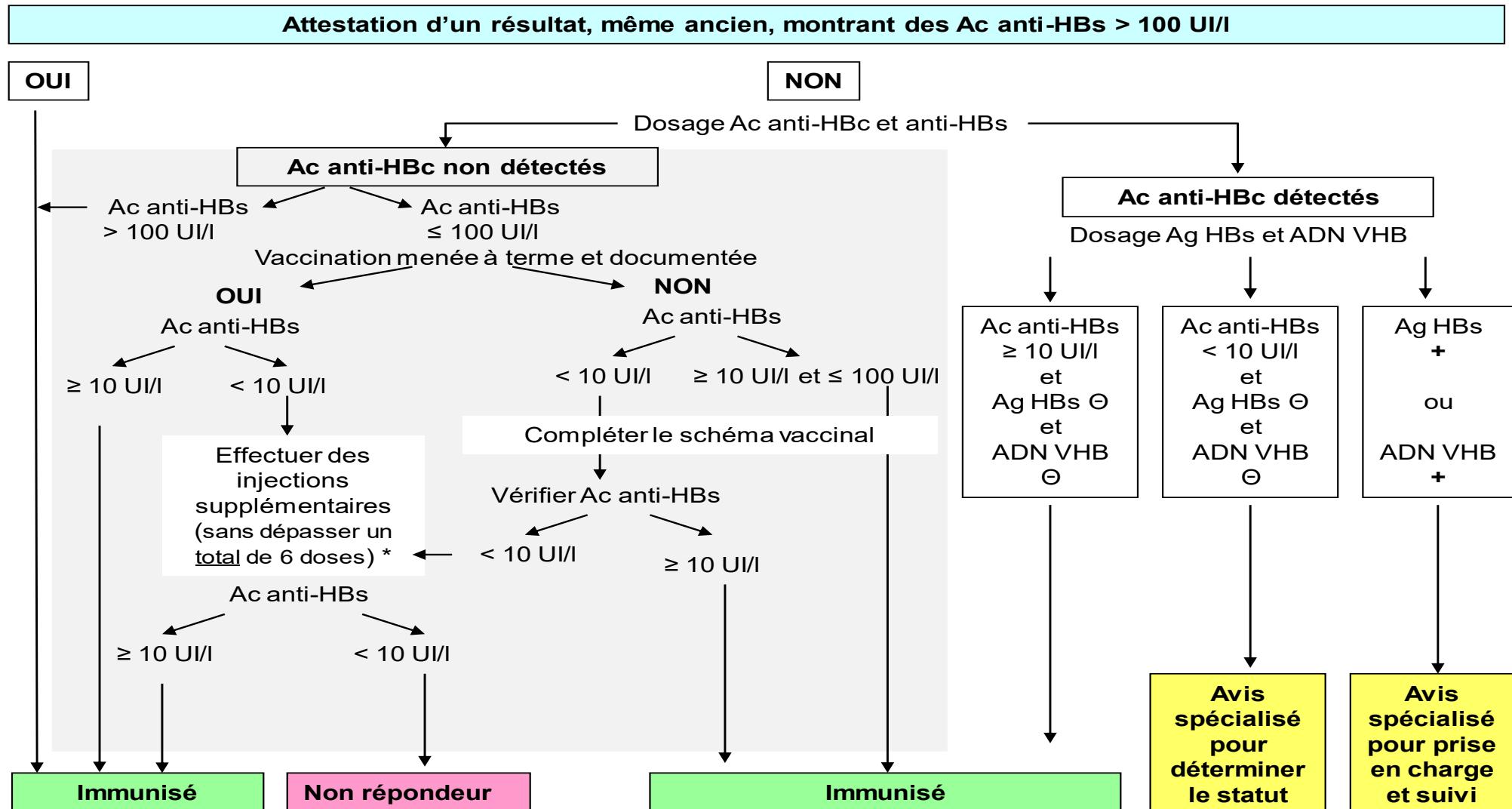
Ce certificat est établi à la demande de l'intéressé (e) pour servir et faire valoir ce que de droit.

Fait à :.....

Le :.....

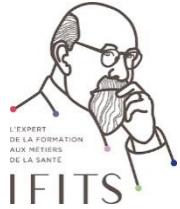
Signature et cachet du **médecin agréé ARS**

**Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 et dont les conditions sont fixées par l'arrêté du 2 août 2013**



\* Sauf cas particulier voir 4° de l'annexe 2 de l'arrêté

Légende : Ac: anticorps ; Ag : antigène ; VHB : virus de l'hépatite B



## **GUIDE POUR REDIGER VOTRE LETTRE DE MOTIVATION**

**Cet élément est essentiel pour votre candidature car elle doit refléter votre personnalité et les éléments clés de votre parcours en rapport avec votre objectif de formation.**

**A - Faire apparaître votre nom, prénom, adresse, téléphone et adresse mail.**

**B – Adressez votre lettre à Mr Debout Christophe, Directeur de l’Institut de Formation des Ambulanciers.**

**C - Votre lettre doit être constituée de 3 paragraphes :**

**1 – votre présentation :**

- vos expériences
- vos traits de personnalité en accord avec le métier d’ambulancier
- vos compétences acquises dans d’autres(s) exercice(s) professionnel(s) et faire le lien avec l’exercice de la profession d’ambulancier.

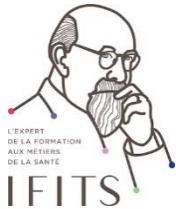
**2 – votre capacité à suivre cette formation :**

- comment envisagez-vous de suivre cette formation ?
- vous êtes-vous organisé ou allez-vous vous organiser afin de pouvoir suivre cette formation et comment prévoyez-vous cela ?
- quel mode de financement avez-vous prévu pour cette formation ?
- vos aptitudes à prendre des notes, suivre des enseignements ....

**3 – la connaissance du programme de formation :**

- comment se déroule la formation ?
- quelle est votre représentation du métier d’ambulancier ?
- quels sont les points positifs et négatifs du métier d’ambulancier ?

**D - Enfin clore votre lettre par une formule de politesse et la signer.**



## **GUIDE REDACTIONNEL DU PROJET PROFESSIONNEL**

Dans ce document, vous devez décrire une situation professionnelle ou personnelle en lien avec la profession d'ambulancier.

Elle doit permettre au jury d'admission d'apprécier vos connaissances concernant la formation mais également concernant le métier d'ambulancier.

### **1. Modalités d'écriture**

- Ce document doit être manuscrit, c'est-à-dire écrit à la main et de façon lisible.
- Il ne doit pas dépasser 2 pages.
- Vous devez de **respecter l'anonymat** des lieux et des personnes concernées par la situation que vous allez décrire.
- Vous porterez une attention toute particulière à l'écriture, l'orthographe, la ponctuation et la syntaxe.
- Gardez en tête que celui qui vous lit, ne vous connaît pas et ne connaît pas la situation présentée, c'est pour cela que votre texte doit être compréhensible par tous.

### **2. Contenu du texte**

Pour réaliser ce document, il vous est demandé de vous appuyer sur :

- une situation personnelle vécue (ex : accompagnement d'un proche ou d'une connaissance, prise en charge d'un proche ou d'une connaissance par une équipe ambulancière ou paramédicale ou par une unité SMUR, une expérience de bénévolat au sein d'une structure d'assistance et/ou d'aide à la personne...);

OU

- une situation professionnelle vécue (ex : prise en charge et/ou prise en soin d'une personne, surveillance d'une personne durant le transport, accompagnement d'une personne lors d'un examen, hospitalisation, transfert...);

OU

- votre projet professionnel (en établissant un état des lieux de vos connaissances et des compétences acquises durant votre carrière professionnelle et en faisant les liens entre vos connaissances / compétences avec celles attendues pour exercer la profession d'ambulancier).

A la lecture, le jury d'admission doit pouvoir identifier dans cet écrit les attendus nationaux :

- vos connaissances dans le domaine sanitaire, médico-social ou social,
- vos connaissances du métier,
- vos qualités humaines,
- vos capacités relationnelles,
- votre aptitude physique,
- vos aptitudes à vous exprimer à l'écrit,
- vos capacités à vous organiser.

## **Suite ANNEXE 2**

### **3. Plan attendu**

A) Si vous présentez une situation personnelle ou professionnelle vécue :

**Une introduction** qui présente une description rapide de la situation ainsi que les raisons du choix de cette situation.

**Un développement** dans lequel vous devez :

- expliquer la situation en détail,
- décrire l'activité exercée au moment de la situation,
- décrire ce que vous avez vu et/ou fait et ce que vous avez ressenti.

Précisez quel a été votre rôle dans cette situation.

Essayez de faire ressortir les capacités ou compétences que cela vous a permis d'acquérir.

**Une conclusion** dans laquelle vous expliquez ce que la situation présentée vous a apporter.

B) Si vous présentez un projet professionnel :

Construire un projet professionnel, c'est se projeter dans le métier pour lequel vous concourez (ambulancier). Pour cela vous devrez :

- faire le point sur l'ensemble de votre parcours (stage, activité professionnelle, loisirs, vies associative, sport, voyages, formations...);
- décrire les éléments de votre parcours, les connaissances et les savoirs acquis ;
- identifier les compétences techniques, relationnelles, les capacités et les habiletés que vous avez développées ;
- exposer les qualités personnelles que vous possédez ;
- expliquer votre choix dans cette (nouvelle) orientation ;
- expliquez ce que la formation va pouvoir vous apporter.

**ATTESTATION DE SUIVI DU  
STAGE D'OBSERVATION**

**CANDIDAT :**

Nom : Nom marital éventuel :  
Prénom :  
Adresse :  
Code postal : Ville :  
Tél :  
Mail :

**DATE DU STAGE :**

Du au

**ENTREPRISE ou SERVICE HOSPITALIER EN CHARGE DU TRANSPORT SANITAIRE :**

Nom :  
N° Siret :  
Adresse :  
Code postal et ville :  
Tél. Mail :

***Nom et fonction du responsable du suivi du stage d'observation du candidat :***

**APPRECIATION DU MAITRE DE STAGE**

(Mettre une croix dans la colonne choisie et motiver impérativement votre choix dans la case observations)

CRITÈRES	Insuffisant	Moyen	Bon	Très bon	<u>Observations</u>
Aptitudes physique (agilité, résistance, port de charges, ergonomie)					
Aptitudes relationnelles (communication avec les membres de l'équipe, relation avec les patients)					
Exactitude, rigueur					
Maîtrise des caractéristique spécifique d'un véhicule sanitaire					
<b>BILAN</b>					

**Nom , cachet et signature  
Du responsable de l'entreprise :**

**Date :**

## **ANNEXE 4**

### **ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR POUR LES PERSONNES AYANT EXERCÉ AU MOINS UN MOIS EN QUALITÉ D'AUXILIAIRE AMBULANCIER OU CONDUCTEUR D'AMBULANCE**

#### **CANDIDAT :**

Nom : Nom marital éventuel :  
Prénom :  
Adresse :  
Code postal : Ville :  
Tél :  
Mail :

#### **PÉRIODE D'EXERCICE PROFESSIONNEL :**

Du au

#### **ENTREPRISE :**

Nom :  
N° Siret :  
Adresse :  
Code postal et ville :  
Tél. : Mail :

***Nom du responsable de l'entreprise :***

<b>APPRÉCIATION DE L'EMPLOYEUR</b>					
<b>CRITÈRES</b>	<b>Insuffisant</b>	<b>Moyen</b>	<b>Bon</b>	<b>Très bon</b>	<b>Observations</b>
Aptitudes physiques (agilité, résistance, port de charges, ergonomie)					
Motivation professionnelle					
Exactitude, rigueur					
Maîtrise d'un véhicule sanitaire					
<b>BILAN</b>					

**Nom, cachet et signature**  
**Du responsable de l'entreprise :**

**Date :**