



Institut de Formation Interhospitalier Théodore Simon

 **île de France**

AD/CV/03/12/08  
Public/Communication/dossier inscription 2008-2009

**DOSSIER D'INSCRIPTION**  
**EN INSTITUT DE FORMATION**  
**D'AUXILIAIRES AMBULANCIERS**

**Clôture des inscriptions : 04 juin 2018**  
(cachet de la poste faisant foi)

**FORMATION JUIN : du 18 au 29 juin 2018**

**Dossier à renvoyer impérativement par courrier à :**  
Institut de Formation Interhospitalier Théodore Simon  
3, avenue Jean Jaurès - 93331 Neuilly-sur-Marne Cedex

***Entrée de l'IFITS : avenue de Maison Blanche à Neuilly sur Marne (face au N° 14)***  
Téléphone secrétariat : 01.49.44.36.38  
E-mail : p.vannier@ifits.fr

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

**Consultez notre site : [www.ifits.fr](http://www.ifits.fr)**

**PIECES A FOURNIR  
POUR LE DOSSIER D'INSCRIPTION A LA FORMATION  
D'AUXILIAIRE AMBULANCIER**

1. La **fiche d'inscription**, ci-jointe, complétée et signée.
  
2. Une **photo d'identité** (à coller ou agrafier sur la fiche d'inscription ci-jointe).  
Cette photo doit être « tête nue, de face, et sur fond blanc » conformément à la réglementation sur les photographies de pièces d'identité.
  
3. Une **photocopie de l'attestation préfectorale à la conduite d'ambulance**.<sup>1</sup>  
Visite médicale à effectuer chez un médecin agréé par la Préfecture de votre domicile pour l'obtention du permis ambulancier, valable 5 ans :  
[www.visite-medicale-permis-conduire.org/adresses-des-medecins](http://www.visite-medicale-permis-conduire.org/adresses-des-medecins)
  
4. La **photocopie recto-verso du permis de conduire B**.
  
5. Le **certificat médical de non contre-indication à la profession d'ambulancier**, établi par un médecin agréé par l'Agence Régionale de Santé<sup>2</sup> :  
<http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Liste-des-medecins-agrees.127532.0.html>
  
6. Le **certificat médical « récapitulatif vaccinal »** à faire compléter par votre médecin traitant.<sup>3</sup>
  
7. Un chèque bancaire ou postal de **50 Euros**, à l'ordre de **l'Agent Comptable du G.I.P.**  
**Ces droits d'inscription restent acquis, même en cas de désistement, d'absence ou d'échec au concours.**
  
8. **2 enveloppes autocollantes format 22 x 11 cm timbrées** au tarif en vigueur, comportant vos noms, prénoms et adresse complète.

**COÛT DE LA FORMATION**

**Avec financeur (prise en charge employeur, organisme ou pole emploi) : 761 euros  
+ 50 euros de frais d'inscription**

**Sans financeur (individuel) : 696 euros à régler le 1<sup>er</sup> jour de formation  
+ 50 euros de frais d'inscription**

<sup>1</sup> Article 6-1 de l'arrêté : « attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulance après examen médical effectué dans les conditions définies à l'article R.221-10 du Code de la route ».

<sup>2</sup> Article 6-1 de l'arrêté : « absence de problèmes locomoteurs, psychiques, d'un handicap incompatible avec la profession : handicap visuel, auditif, amputation d'un membre... ».

<sup>3</sup> Article 6-1 de l'arrêté : « certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professions de santé en France ».



**Cadre réservé à l'administration**

Date de réception :

N° d'enregistrement :

**FICHE D'INSCRIPTION  
FORMATION D'AUXILIAIRE AMBULANCIER**

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

**NOM D'ÉPOUSE** : .....

**SEXE** : Féminin  Masculin

**DATE DE NAISSANCE** : .....

**LIEU DE NAISSANCE** : .....

**SITUATION DE FAMILLE** : .....

**NATIONALITÉ** : .....

**N° DE SÉCURITE SOCIALE** : .....

**ADRESSE (personnelle)** : .....

.....

**VILLE** : .....

**CODE POSTAL** : .....

**NOM et ADRESSE (professionnelle)** : .....

.....

**VILLE** : .....

**CODE POSTAL** : .....

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

**TRAVAIL** : ..... **E-MAIL** : .....

**PHOTO  
A COLLER OU  
AGRAPHER**

**TITRES D'INSCRIPTION** (cocher la case correspondante)

- Baccalauréat - Série : ..... Année : .....
- Équivalence du baccalauréat - Nature du diplôme : ..... Année : .....
- Diplôme Professionnel d'Aide Soignant (DPAS) : ..... Année : .....
- Diplôme Professionnel d'Auxiliaire de Puériculture (DPAP) : ..... Année : .....
- CAP : ..... Année : .....
- BEP : ..... Année : .....
- Dernière classe suivie : ..... Année : .....
- Autre (intitulé exact) : ..... Année : .....

**SITUATION PROFESSIONNELLE**

- Salarié chauffeur ambulancier
- Salarié autre secteur (précisez) : .....
- Inscription Pole Emploi
- Autre (précisez) : .....

**ATTESTATION**

Je soussigné(e) atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document et la conformité des photocopies et documents transmis.

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

Signature

**OBLIGATIONS VACCINALES A RESPECTER  
AVANT L'ENTREE EN FORMATION PARAMEDICALE**

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 un 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).

**Vous devrez nous renvoyer impérativement, lors de votre inscription en formation, le document intitulé « récapitulatif des vaccinations » après l'avoir fait compléter par un médecin.**

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 en formation.

**ATTENTION**

**IL EST IMPOSSIBLE DE SUIVRE CETTE FORMATION SANS  
UNE IMMUNISATION CONFORME A LA REGLEMENTATION.**

**ATTESTATION MEDICALE  
D'IMMUNISATION ET DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES**

Dr Nom Prénom  
Titre et qualification  
Adresse  
Téléphone

Lieu, date

Je soussigné(e) Dr \_\_\_\_\_, certifie que le (la) candidat(e) ambulancier(e) :

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_ **Né(e) le** \_\_\_\_\_

**a été vacciné(e) et est à jour des vaccinations :**

- Contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite :

Dernier Rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N° lot

- Contre l'hépatite B :

Vaccin contre l'hépatite B	Dates
<b>1<sup>ère</sup> injection</b>	-
<b>2<sup>ème</sup> injection</b>	-
<b>3<sup>ème</sup> injection</b> (si réalisé selon l'ancien schéma vaccinal)	-

Selon les conditions définies au verso, et l'arrêté du 2 mars 2017 suspendant les annexes I et II de l'arrêté du 2 août 2013, il/elle est considéré(e) comme (*razer les mentions inutiles*) :

- Protégé(e) contre l'hépatite B :      **oui non**
- Non répondeur(se) à la vaccination :    **oui non**



**En raison de tensions d'approvisionnement, les vaccins contre l'Hépatite B ne seront disponibles pour les élèves/étudiants que dans les pharmacies à usage intérieur des hôpitaux (PUI).**

Les candidats seront orientés vers la PUI de référence pour la mise à jour de la vaccination contre l'hépatite B.

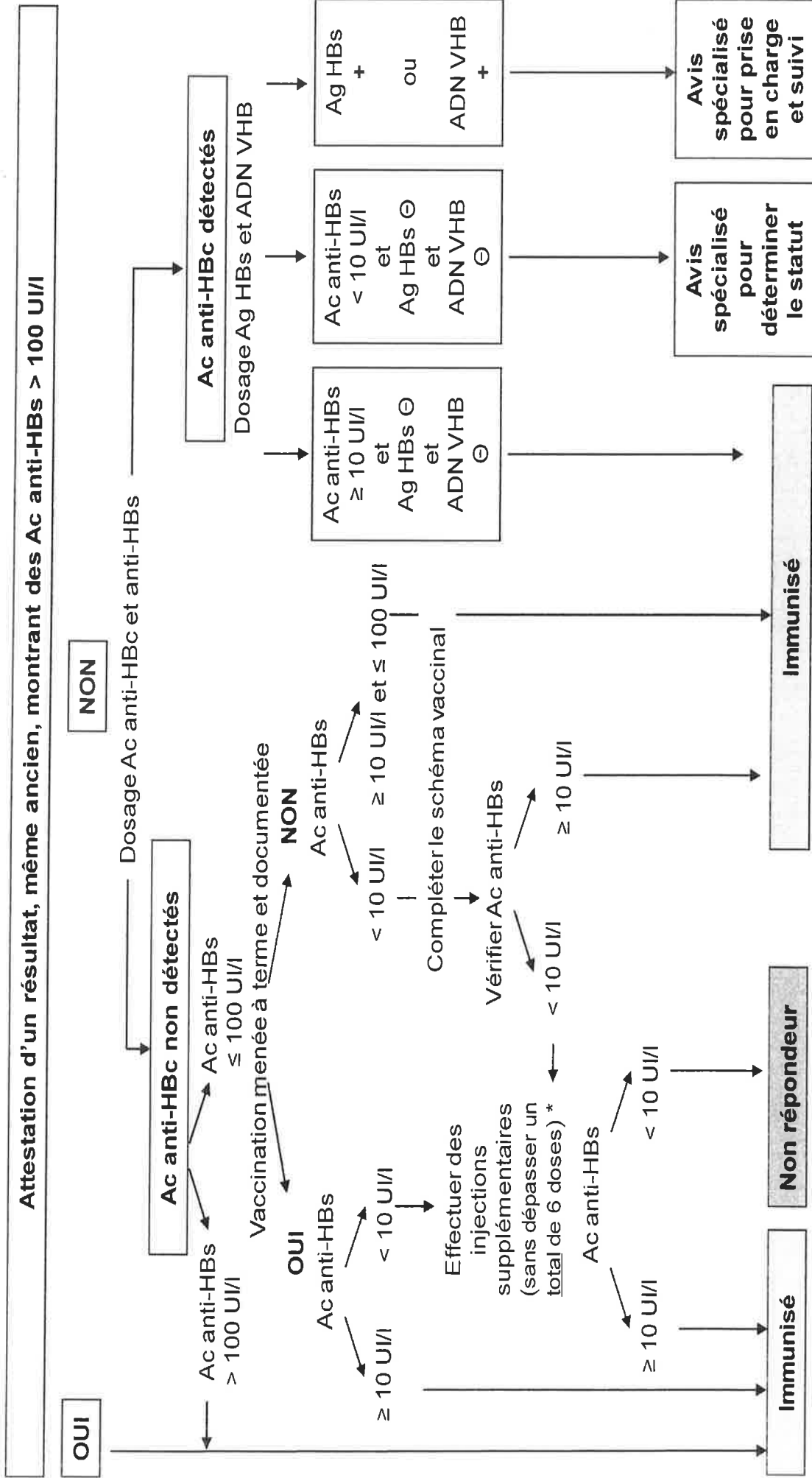
- Par le BCG

Vaccin intradermique ou Monovax®	Date (dernier vaccin)	N° lot
IDR à la tuberculine (- de 3 mois avant entrée en formation)	Date	Résultat (en mm)

**Signature et cachet du médecin**

**Nota bene :** Selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour ces professionnels de santé, il est par ailleurs recommandé d'être immunisé contre la coqueluche, la rougeole, la rubéole, la varicelle et la grippe saisonnière.

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

Formulaire DT75-2

**CERTIFICAT MEDICAL  
DE NON CONTRE-INDICATION  
A LA PROFESSION D'AUXILIAIRE AMBULANCIER OU D'AMBULANCIER**

Je soussigné(e), Docteur .....

Médecin agréé par l'ARS, certifie avoir examiné ce jour :

Madame, Monsieur .....

né(e) le .....

J'atteste que cette personne ne présente aucun problème locomoteur, psychique, aucun handicap, incompatible avec la profession d'auxiliaire ambulancier ou d'ambulancier : handicap visuel, auditif, amputation d'un membre, ...

Fait à Paris, le

Cachet et signature  
du médecin agréé par l'ARS