

---

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

---

**Clôture des inscriptions : mercredi 29 mai 2019**  
*(cachet de la poste faisant foi)*

**Dates de la formation :**  
- du 17 au 29 juin 2019

**Dossier à renvoyer impérativement 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 :** [p.vannier@ifits.fr](mailto:p.vannier@ifits.fr)  
**[www.ifits.fr](http://www.ifits.fr)**

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

---

## **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 agraffer 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.o.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**

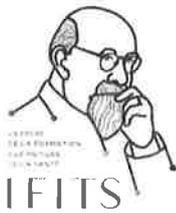
**Avec financeur (prise en charge employeur, organisme ou pole emploi) : 766 euros  
+ 50 euros de frais d'inscription**

**Sans financeur (individuel) : 701 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  
CONCOURS D'ENTRÉE D'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 POUR L'INSCRIPTION AU CONCOURS 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 le l'arrêté du 260 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 « 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 au concours.

**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  
auxiliaire ambulancier :

, certifie que l'élève ambulancier ou

**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**, selon les conditions définies au verso, il/elle est considéré(e) comme (*raier les mentions inutiles*) :

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

Vaccin contre l'hépatite B	Dates
1 <sup>ère</sup> injection	-
2 <sup>ème</sup> injection	-
3 <sup>ème</sup> injection	-

*L'élève doit conserver ses résultats sérologiques afin de pouvoir les présenter à certains établissements de santé qui l'exigent au moment de la mise en stage*

- **Par le BCG**

Vaccin intradermique ou Monovax®	Date (dernier vaccin)	N° lot

IDR à la tuberculine (- de 3 mois)	Date	Résultat (en mm)

- **Contre la rougeole**, selon les conditions définies ci-dessous (extrait du calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2018, édité le 1<sup>er</sup> janvier 2018 par le Ministère de la Santé) :

*Personnes nées avant 1980, non vaccinées et sans antécédent connu de rougeole ou de rubéole, qui exercent des professions de santé en formation, à l'embauche ou en poste, doivent recevoir une dose de vaccin trivalent rougeole-oreillons-rubéole. La vaccination avec une dose de vaccins trivalent ROR est fortement recommandée pour les personnes travaillant dans les services accueillant des patients à risque de rougeole grave (immunodéprimés). Les professionnels travaillant au contact des enfants doivent aussi recevoir une dose de vaccin trivalent rougeole-oreillons-rubéole.*

*Pour l'ensemble de ces personnels dont les antécédents de vaccination ou de maladie (rougeole, rubéole) sont incertains, la vaccination peut être pratiquée sans qu'un contrôle sérologique préalable soit systématiquement réalisé.*

*Personnes nées depuis 1980 : rattrapage pour obtenir, au total, deux doses de vaccin trivalent ROR (avec un délai minimal de un mois entre les doses), quels que soient les antécédents vis-à-vis des trois maladies.*

**Immunisé(e) contre la rougeole :        oui    non**

**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 varicelle et la grippe saisonnière.





Délégation territoriale de Paris

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