

---

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

---

**Clôture des inscriptions : lundi 1er mars 2021**  
*(cachet de la poste faisant foi)*

**Dates de la formation :**

- du 22 au 26 mars et du 12 au 16 avril 2021

**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 : <https://www.visite-medicale-permis-conduire.org/adresses-des-medecins-agrees/adresses-medecins-agrees-france>

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

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 **52 Euros**, à l'ordre de **l'Agent Comptable du G.I.P.**

**Ces droits d'inscription restent acquis,  
même en cas de désistement ou d'absence.**

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 pôle emploi) : 794 euros  
+ 52 euros de frais d'inscription**

**Sans financeur (individuel) : 726 euros à régler le 1<sup>er</sup> jour de formation  
+ 52 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 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** : .....

**NOM DU RESPONSABLE** : ..... **N° SIRET** : .....

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

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

**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

**PHOTO  
A COLLER OU  
AGRAPHER**

**OBLIGATIONS VACCINALES A RESPECTER POUR L'INSCRIPTION AU  
CONCOURS D'ENTREE EN FORMATION POUR LE DIPLOME D'ETAT  
D'AMBULANCIER (E) ou LA FORMATION D'AUXILIAIRE  
AMBULANCIER**

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 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

, certifie que l'étudiant(e) infirmier(e) :

Nom :

Prénom :

Né(e) le

**1. A été vacciné(e) et est à jour des vaccinations suivantes obligatoires :**

- 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 (*razer les mentions inutiles*) :

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

*L'étudiant 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*

**2. A été vacciné par le BCG :    **oui**    **non****

Vaccin intradermique ou Monovax®	Date	N° lot
Dernière IDR à la tuberculine	Date	Résultat ( <i>en mm</i> )

- Contre la rougeole    **oui**    **non**

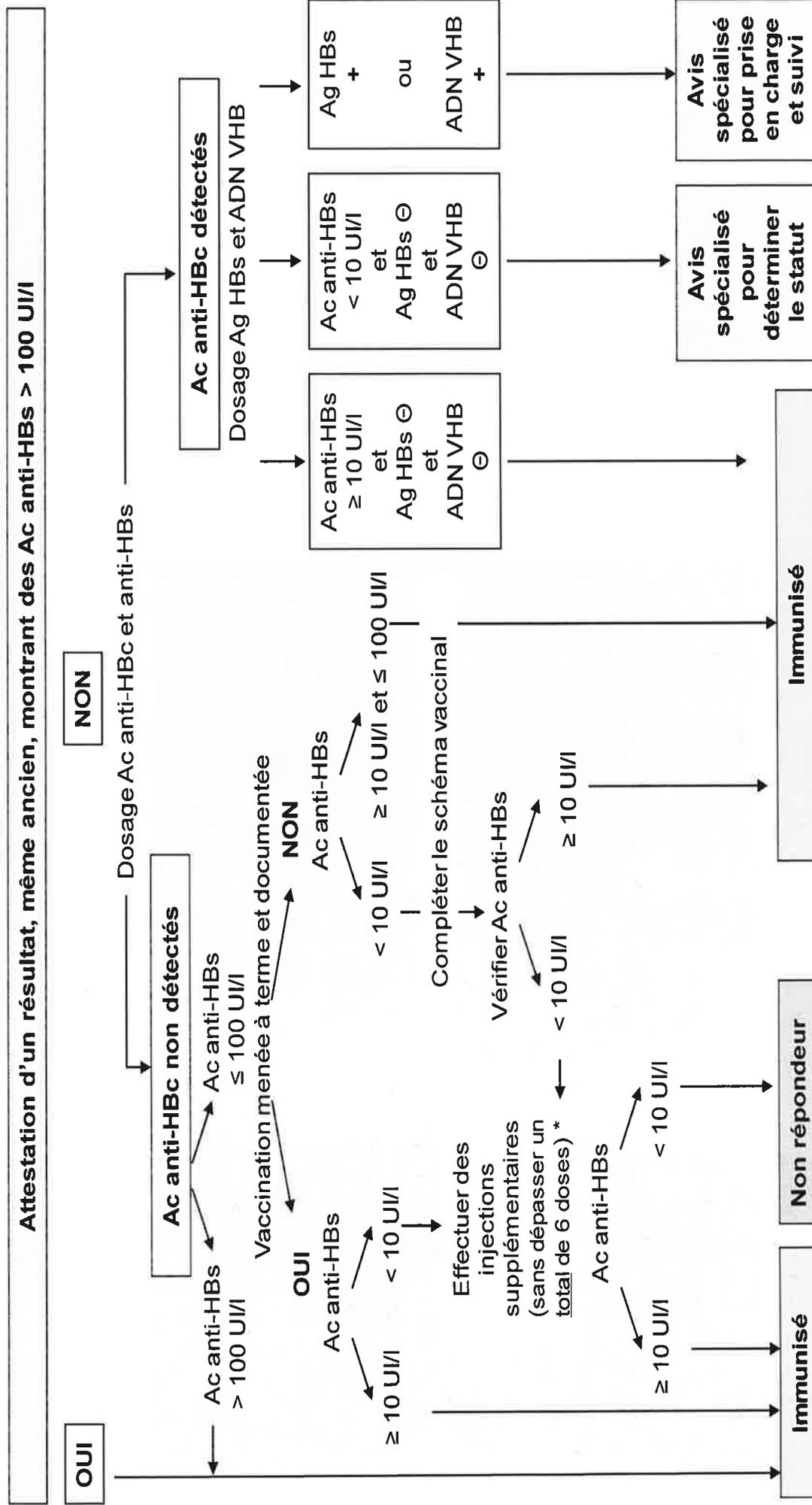
Dernière injection effectuée		
Nom du vaccin	Date	N° lot

A noter que la vaccination contre la rougeole peut être exigée par certains lieux de stage en particulier chez les enfants et les patients à risques.

**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.

**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



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