

CONCOURS D'ENTRÉE EN INSTITUT DE FORMATION D'AMBULANCIERS

Clôture des inscriptions : vendredi 27 avril 2018
(cachet de la poste faisant foi)

Dates du concours :

- épreuve écrite (admissibilité) : samedi 26 mai 2018
- épreuve orale (admission) : entre le 2 et 4 juillet 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 : 19 avenue de Maison Blanche à Neuilly sur Marne

Téléphone secrétariat : 01.49.44.36.38

E-mail : p.vannier@ifits.fr

www.ifits.fr

Tout dossier incomplet ne sera pas pris en compte

PIECES A FOURNIR POUR LE DOSSIER D'INSCRIPTION AU CONCOURS D'ENTRÉE D'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**.¹
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
4. La **photocopie recto-verso du permis de conduire B**.
5. L'**attestation médicale d'immunisation et de vaccinations** obligatoires, à faire compléter par votre médecin traitant.²
L'ensemble des vaccinations doit être à jour pour se présenter au concours.
6. **Photocopie** de votre **carnet de vaccination**.
7. Le **certificat médical de non contre-indication à la profession d'ambulancier**, établi par un médecin agréé par l'Agence Régionale de Santé³ : <http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Liste-des-medecins-agrees.127532.0.html>
8. L'**attestation de validation du stage de 140 heures** effectué dans une société de transport sanitaire ou un service hospitalier en charge de transport sanitaire.
Ce stage doit être fini au plus tard pour le 3 juillet 2017.
Afin d'être autorisé à effectuer ce stage découverte, chaque stagiaire doit fournir une **attestation d'assurance responsabilité civile professionnelle**, couvrant les risques d'accident du travail, de trajet et maladies professionnelles.⁴
9. La **photocopie** du ou des **diplômes vous dispensant des épreuves écrites** :
 - baccalauréat ou diplôme de niveau IV ou diplôme d'études supérieures.
ou
 - BEP Sanitaire ou Social, niveau V.
ou
 - attestation de formation d'auxiliaire médical(e).
ou
 - titre ou diplôme étranger permettant d'accéder directement à des études universitaires dans le pays où il a été obtenu.
10. Un chèque bancaire ou postal de **54 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.
11. **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) : 3 713 euros + 101 euros de frais d'inscription

Sans financeur (individuel) : 3 305 euros (payable en 5 fois) + 101 euros de frais d'inscription

Formation du 30/08/2018 au 18/01/2019

¹ 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 ».

² 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 ».

³ 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... ».

⁴ Article 7 de l'arrêté du 26/01/2011, modifié par l'arrêté du 28/09/2011, article 4.



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
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).

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 UNE FORMATION
PARAMEDICALE 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
1^{ère} injection	-
2^{ème} injection	-
3^{ème} injection (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 (*raier 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.

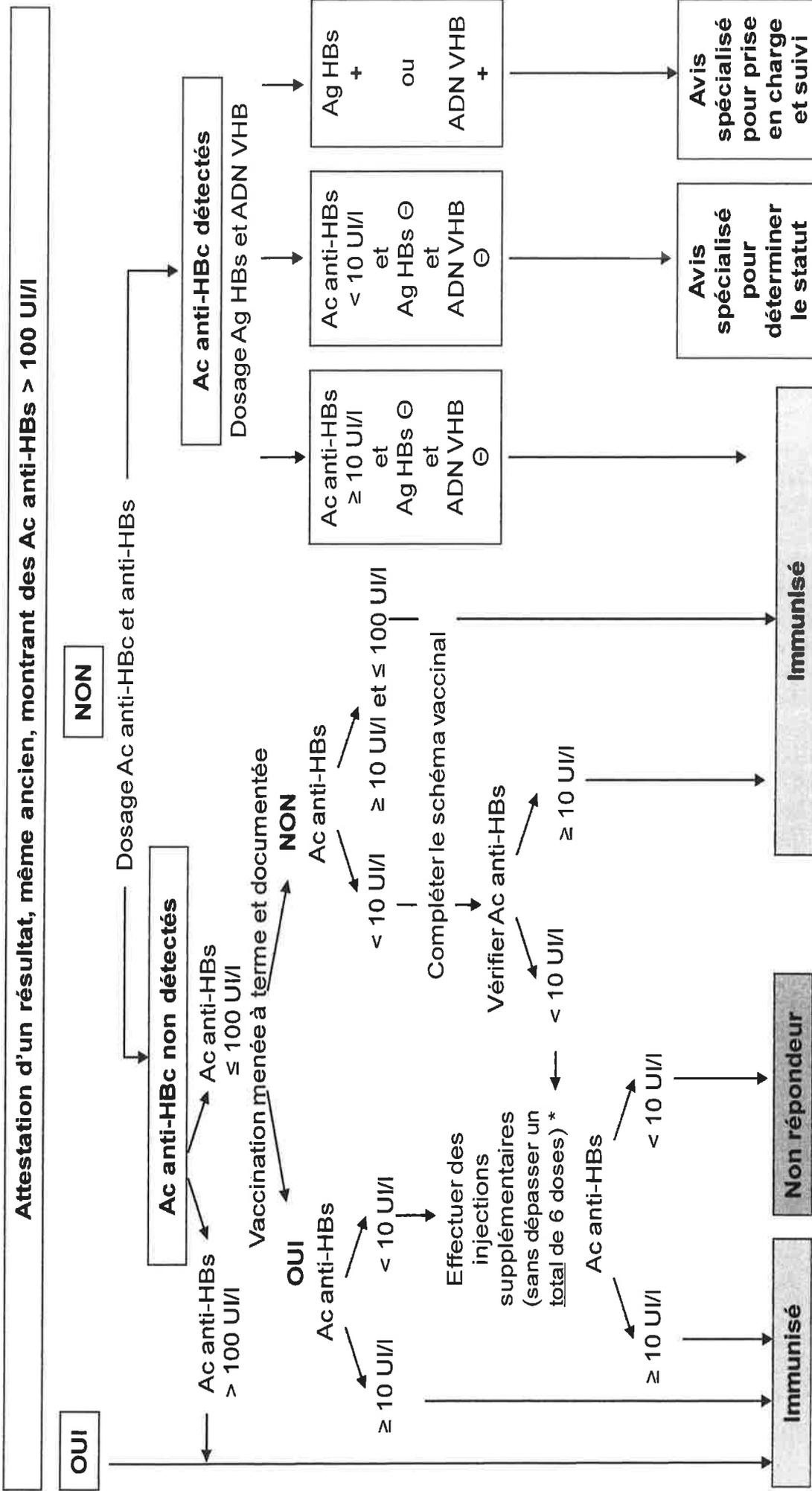
- **Par le BCG**

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

SANS EXPERIENCE

ATTESTATION DE VALIDATION DU STAGE D'ORIENTATION PROFESSIONNELLE

CANDIDAT :

Nom :

Nom marital éventuel :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Tél :

Fax :

Mail :

DATE DU STAGE :

Du

au

ENTREPRISE :

Nom :

N° Siret :

Adresse :

Code postal et ville :

Tél. :

Fax :

Mail :

Nom et fonction du responsable du suivi du stage d'orientation professionnelle :

ÉVALUATION DU CANDIDAT

CRITÈRES	Insuffisant	Moyen	Bon	Très bon	Observations
Intérêt pour la profession d'ambulancier					
Curiosité intellectuelle					
Exactitude, rigueur					
Capacité à s'intégrer au sein d'une équipe					
APPRÉCIATION GÉNÉRALE					

Cachet du responsable de l'entreprise

Date :

AVEC AU MOINS UN AN D'EXPERIENCE
ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR POUR
LES PERSONNES AYANT EXERCÉ AU MOINS UN MOIS
EN QUALITÉ D'AUXILIAIRE AMBULANCIER

CANDIDAT :

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

PÉRIODE D'EXERCICE PROFESSIONNEL :

Du _____ au _____

ENTREPRISE :

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

Nom du responsable de l'entreprise :

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

Cachet du responsable de l'entreprise

Date :