
DOSSIER D'INSCRIPTION

FORMATION AUX ACTES PROFESSIONNELS

POUVANT ETRE ACCOMPLIS PAR

DES AMBULANCIERS DANS LE CADRE DE

L'AIDE MEDICALE URGENTE

Clôture des inscriptions : 15 jours avant la date souhaitée

Date des formations :

- 5, 6 et 7 février 2025
- 28, 29 et 30 avril 2025
- 16, 17 et 18 juin 2025

Effectif minimum par session : 7 personnes

(Sinon, annulation de la formation).

Dossier à renvoyer impérativement par courrier à :

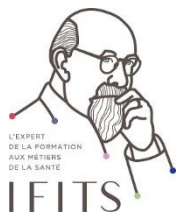
Institut de Formation Interhospitalier Théodore Simon
19, avenue Maison Blanche - 93331 Neuilly-sur-Marne Cedex

Téléphone secrétariat : 01.49.44.36.36

E-mail : c.amillard@ifits.fr

www.ifits.fr

Tout dossier incomplet ne sera pas pris en compte



Cadre réservé à l'administration

Date de réception :

N° d'enregistrement :

**FICHE D'INSCRIPTION
FORMATION AUX ACTES PROFESSIONNELS POUVANT ETRE
ACCOMPLIS PAR DES AMBULANCIERS DANS LE CADRE DE L'AIDE
MEDICALE URGENTE**

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 :

DOMICILE : **PORTABLE** :

TRAVAIL : **E-MAIL** :

**PHOTO
A COLLER OU
AGRAPHER**

SITUATION PROFESSIONNELLE

☐ Ambulancier sans activité

☐ Salarié ambulancier en activité (précisez l'adresse et le nom de votre employeur)

.....
.....
.....

Nom du responsable :

N° SIRET :

Inscription pour : ☐ du 5 au 7/02/2025

☐ du 16 au 18/06/2025

☐ du 28 au 30/04/2025

☐

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

PIECES A FOURNIR POUR LE DOSSIER D'INSCRIPTION :

FORMATION AUX ACTES PROFESSIONNELS POUVANT ETRE ACCOMPLIS PAR DES AMBULANCIERS DANS LE CADRE DE L'AIDE MEDICALE URGENTE

- 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 : <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.**
- 5. La photocopie de votre diplôme d'Ambulancier.**
- 6. La photocopie de votre AFGSU en cours de validité.**
- 7. Un chèque bancaire ou postal de 22,00 Euros**, à l'ordre de **l'Agent Comptable du G.I.P.** correspondant aux frais d'inscription

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

COÛT DE LA FORMATION

Formation de 3 jours :

- **sans financeur : 380,00 euros + 22,00 euros de frais d'inscription.**
- **avec financeur (employeur) : 505,00 euros + 22,00 euros de frais d'inscription.**

Nombre de participants : 7 au minimum, 12 au maximum.

ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE FINANCIERE

Attestation à compléter par l'employeur en cas de prise en charge

Je soussigné (e) (nom, prénom) :

Qualité :

Représentant de l'établissement :

Adresse :

Code postal : **Ville :**

Téléphone : **Mail :**

Numéro de Siret :

Déclare prendre en charge les frais relatifs à la formation aux actes professionnels pouvant être accomplis par des ambulanciers dans le cadre de l'aide médicale urgente.

Pour la somme de :

Au bénéfice de :

Fait à

Le

Signature du responsable + cachet de la société
