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

Clôture des inscriptions : mardi 1er mars 2022
(cachet de la poste faisant foi. Clôture dès que le quota de 24 est atteint)

Dates de la formation :

- du 21 au 25 mars et du 11 au 15 avril 2022

Dossier à renvoyer impérativement par courrier à :
Institut de Formation Interhospitalier Théodore Simon
19, avenue Maison Blanche - 93331 Neuilly-sur-Marne Cedex

Effectif maximum par session : 24 personnes

Téléphone secrétariat : 01.49.44.36.38

E-mail : p.vannier@ifits.fr

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 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** 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 Santé² :
<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.³

7. Photocopie de votre **pass sanitaire attestant d'un schéma vaccinal complet**.

8. 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, d'absence ou de désistement du financeur.

9. **2 enveloppes autocollantes format 22 x 11 cm timbrées** au tarif en vigueur, comportant vos noms, prénoms et adresse complète.

COÛT DE LA FORMATION

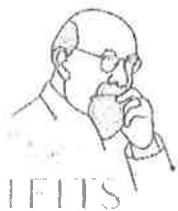
**Avec financeur (prise en charge employeur, organisme ou pole emploi) : 800 euros
+ 52 euros de frais d'inscription**

**Sans financeur (individuel) : 732 euros à régler le 1^{er} jour de formation
+ 52 euros de frais d'inscription**

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 : « absence de problèmes locomoteurs, psychiques, d'un handicap incompatible avec la profession : handicap visuel, auditif, amputation d'un membre... ».

³ 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.
- être porteur d'un **pass sanitaire** attestant d'un **schéma vaccinal anticovid complet**.
- 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 (*raier 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

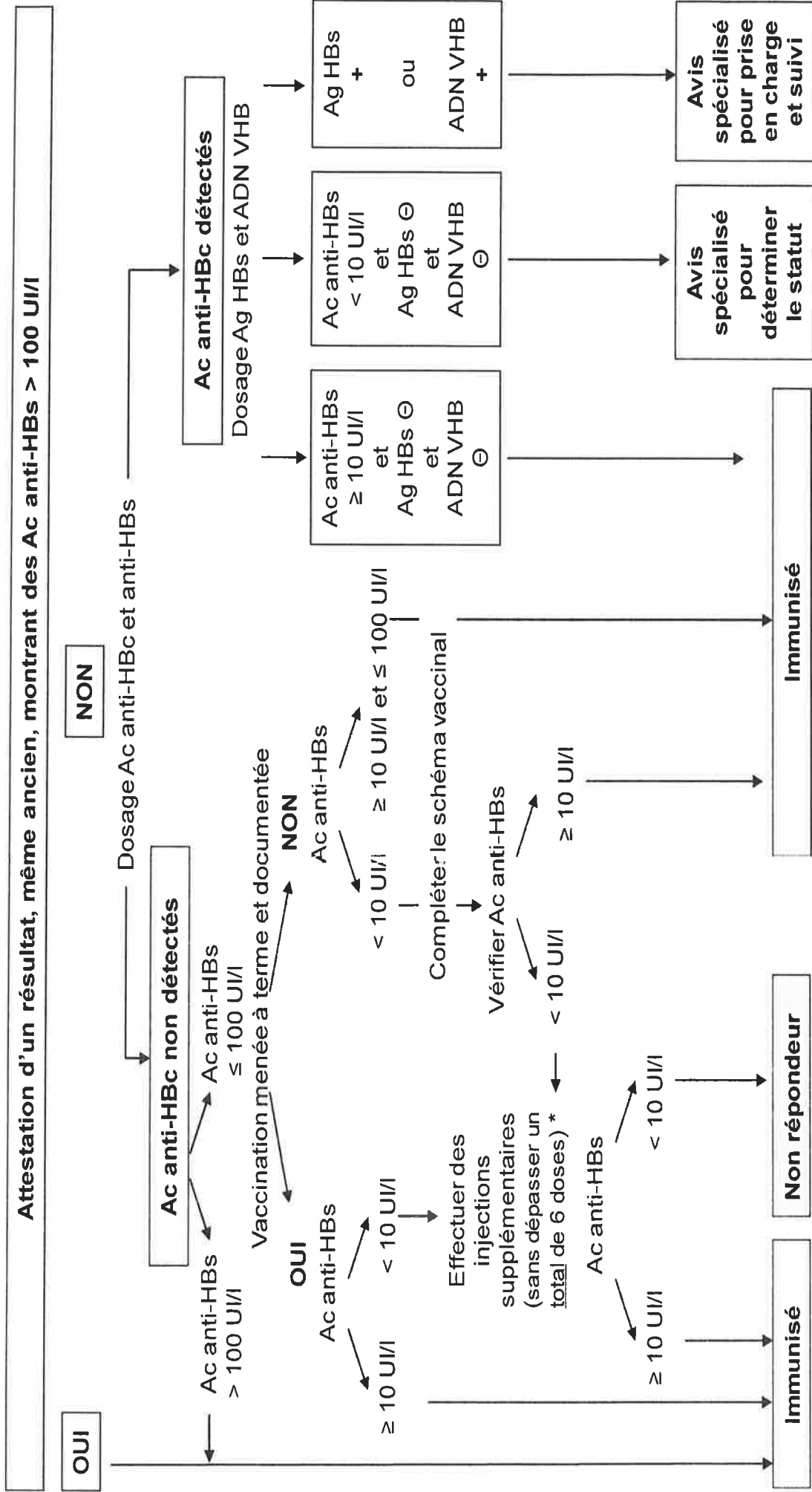
Dernière injection effectuée		
Nom du vaccin	Date	N° lot

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

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

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 (cochez la case) :

Ambulancier Auxiliaire ambulancier Recyclage AFGSU

Pour la somme de :

Au bénéfice de :

Fait à Le

Signature du responsable + cachet de la société
