

---

# **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** :

- 7, 8 et 9 novembre 2023
- 5, 6 et 7 février 2024
- 25, 26 et 27 mars 2024
- 15, 16 et 17 juin 2024

**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

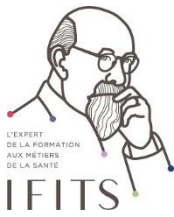
**Téléphone secrétariat** : 01.49.44.36.36

**E-mail** : [c.amillard@ifits.fr](mailto:c.amillard@ifits.fr)

**[www.ifits.fr](http://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 7 au 9/11/23  
 du 5 au 7/02/24

du 25 au 27/03/24  
 du 15 au 17/06/24

**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**.<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**.
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

\*\*\*\*\*