



**INSTITUT DE FORMATION DES AMBULANCIERS  
du CHU AMIENS-PICARDIE**

**Dossier d'inscription pour la formation :**

**AUXILIAIRE AMBULANCIER**

**Session de Formation Novembre 2024**

**(A.A du 04 au 18 Novembre / AFGSU les 19, 20 et 21 Novembre 2024)**

***Arrêté du 11 avril 2022 relatif à la formation conduisant au Diplôme d'Etat d'Ambulancier et aux conditions de formation de l'Auxiliaire Ambulancier.***

**MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE / REPUBLIQUE FRANCAISE**

## **SOMMAIRE**

1. LES MODALITES D'INSCRIPTION .....	3
2. LA FICHE D'INSCRIPTION .....	4
3. LE FINANCEMENT DE LA FORMATION .....	8

# 1. LES MODALITES DE L'INSCRIPTION

La formation d'Auxiliaire Ambulancier est accessible sans condition de diplôme.

## CONSTITUTION DU DOSSIER

**Toutes les pièces du dossier devront être fournies et classées dans l'ordre énoncé ci-dessous.**



**Les documents joints ne peuvent pas être des photocopies issues de photos (format non compatible).**

Le dossier comporte les pièces suivantes :

- ↪ Une fiche d'inscription selon modèle (**Annexe I**) format A4 renseignée.
- ↪ Une photocopie **recto verso** d'une pièce d'identité **en cours de validité** (CNI ou Passeport).
- ↪ Une photocopie du permis de conduire hors période probatoire (> 3 ans de permis ou 2 ans de permis si conduite accompagnée. Dans ce cas fournir une attestation d'Auto-école).
- ↪ Une attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulance (**Demande à réaliser sur le site internet de la Préfecture** après examen médical effectué dans les conditions définies à l'article R.221-10 du code de la route). <https://www.demarches-simplifiees.fr/commencer/prefecture-de-la-somme-demande-d-attestation-prefe>
- ↪ Un certificat médical (**Annexe II**) de non contre-indication à la profession d'ambulancier délivré par un **médecin agréé ARS** (liste disponible sur le site internet de l'ARS).
- ↪ Un certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France (**Annexe III**).
- ↪ Une photo d'identité (à coller sur l'emplacement indiqué sur la fiche d'inscription).
- ↪ Les candidats en situation de handicap peuvent demander, lors du dépôt de leur dossier, un aménagement des conditions de la formation. (Coordonnées du référent Handicap sur demande au secrétariat).
- ↪ **La fiche de renseignements pour la prise en charge financière (Annexe IV : Fiche de financement accompagnée des justificatifs à transmettre pour votre inscription). Le tarif de la formation est fixé à 1250 euros (AFGSU II comprise). Pas de frais de dossier.**

## CALENDRIER

**Nombre de places limité à 12 candidats. (Inscription par ordre d'arrivée et d'enregistrement des dossiers)**

**Période d'inscription : du 15 Juillet 2024 au 25 Octobre inclus.**

**Clôture des inscriptions : le 25 Octobre 2024**

**La période de formation de 70 heures est comprise du 04 au 18 Novembre 2024 inclus**

**Formation GSU Niveau II de 21 heures les 19, 20 et 21 Novembre 2024**

## 2. LA FICHE D'INSCRIPTION

# ANNEXE I



### FICHE D'INSCRIPTION AUXILIAIRE AMBULANCIER : SESSION DE FORMATION NOVEMBRE 2024 POUR L'ADMISSION EN FORMATION À L'INSTITUT DE FORMATION D'AMBULANCIERS CHU AMIENS-PICARDIE

NOM DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

NOM MARITAL : \_\_\_\_\_

PRENOMS : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Age : \_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_

Adresse : N° \_\_\_\_\_ : Rue : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Adresse mail au format nom et au prénom du candidat : ex : *nom.prenom@\_\_\_\_\_*.fr

Téléphones : Fixe \_\_\_\_\_ Portable \_\_\_\_\_

Votre N° de Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_ (obligatoire)

Nom de la personne à contacter en cas d'accident : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

➤ **Fiche de renseignement pour la prise en charge financière ([à joindre obligatoirement](#))**

### Veillez cocher la ou les case(s) correspondant à votre situation :

1.  Diplôme ou Formation professionnelle : \_\_\_\_\_

2.  Pendant combien de temps ? \_\_\_\_\_

3.  Activité actuelle, précisez : \_\_\_\_\_

Coller ici votre photo  
d'identité récente

CADRE RESERVE À  
L'ADMINISTRATION

Dossier N°

Date de réception du  
dossier  
& cachet de l'IFA :

**Le candidat soussigné certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements communiqués.**

Fait le : \_\_\_\_\_ Signature du candidat :

Information CNIL : Les informations mentionnées dans ce document feront l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à l'article 27 de la loi N°78.17 du 05 Janvier 1978, chaque candidat bénéficie du droit d'accès au fichier informatique établi pour informations le concernant.

# ANNEXE II

Institut de Formation d'Ambulanciers  
CHU Site Sud - 80054 Amiens Cedex 1  
Téléphone : 03.22.45.59.94 / Télécopie : 03.22.45.53.63  
IFA.Secretariat@chu-amiens.fr

**CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE  
à la formation et à l'exercice de la profession  
d'AUXILIAIRE AMBULANCIER**

Je soussigné(e), Docteur .....exerçant à ..... (Ville /Dpt).

**Médecin agréé par l'ARS du département :** .....certifie avoir examiné ce jour :

M – Mme – Melle .....

Et atteste qu'il (qu'elle) ne présente **aucune contre-indication à la profession d'ambulancier(e)**,  
(absence de problèmes locomoteurs, psychiques, d'un handicap incompatible avec la profession :  
handicap visuel, auditif, amputation d'un membre, infection tuberculeuse...)

Certificat établi à la demande de l'intéressé(e) pour servir et faire valoir ce que de droit.

Lieu, date et signature du **médecin agréé ARS**

Cachet du **médecin agréé ARS**

# ANNEXE III

## Centre Hospitalier Universitaire d'Amiens

### Attestation Médicale de Vaccination et d'Immunisation pour l'inscription des étudiants en santé

**Formation** : ..... **Nom** : ..... **Nom de naissance** :  
 .....

**Prénom** : ..... **Date de naissance** : .....

**Adresse mail** : ..... **Tél** : .....

#### VACCINATIONS OBLIGATOIRES

<b>IDR</b> (valeur de référence quelle que soit la date)	Date : .. / .. / .. Taille de l'induration en mm : .....	<b>Si négatif, pas de revaccination</b>
<b>dTP ou dTcP</b>	Rappel dTcP si un vaccin anticoquelucheux n'a pas été fait depuis 5 ans (respecter un délai de 1 mois après le dernier dTP) et lors des rappels à âge fixe (25, 45, 65 ans)	
	Dernier rappel dTP : date : .. / .. / .... Vaccin : ..... Dernier rappel dTcP : date : .. / .. / .... Vaccin : .....	
<b>Hépatite B</b>	Rappel des conditions d'immunisation 1) Ac anti-HBS >100 (quelque soit l'histoire vaccinale et ancienneté des résultats) 2) Ac anti-HBS >10 et Ac anti-HBC négatif (si schéma complet) ( <b>joindre les résultats de dosage Ac Anti-HBS</b> )	
	Schéma complet : - Classique (3 doses) : 2 doses à 1 mois d'intervalle, la 3 <sup>e</sup> au moins 5 mois après la 2 <sup>e</sup> dose, - Adolescent (11 à 15 ans) : 2 doses espacées de 6 mois avec vaccin (Engérix B20 ou Genhévac B) - Accélééré (à titre exceptionnel) : 3 doses en 21 jours, rappel à 1 an (Engérix B20 ou Genhévac B) 1 <sup>er</sup> dose : Date : .. / .. / .... Vaccin : ..... 2 <sup>e</sup> dose : Date : .. / .. / .... Vaccin : ..... 3 <sup>e</sup> dose : Date : .. / .. / .... Vaccin : ..... Injections supplémentaires : Date : .. / .. / .... Vaccin : ..... Date : .. / .. / .... Vaccin : ..... Date : .. / .. / .... Vaccin : .....	

#### VACCINATIONS RECOMMANDEES

<b>BCG</b>	Date vaccination : .. / .. / .... ou cicatrice vaccinale : <input type="checkbox"/>	
<b>COVID 19</b>	1 <sup>er</sup> dose : Date : .. / .. / .... Vaccin : .....	
	2 <sup>e</sup> dose : Date : .. / .. / .... Vaccin : .....	
	3 <sup>e</sup> dose : Date Rappel ou infection : .. / .. / .... Si Vaccin : .....	
<b>ROR</b> (Rougeole Oreillons Rubéole)	1 <sup>er</sup> dose : Date : .. / .. / .... Vaccin : ..... ..... 2 <sup>e</sup> dose : Date : .. / .. / .... Vaccin : ..... .....	<b>Varicelle</b> ● Antécédent maladie : date : .. / .. / .... ● Si pas d'antécédent maladie ou doute → Sérologie IgG VZV* (joindre les résultats) ● Si sérologie négative → vaccination recommandée 1 <sup>er</sup> dose : Date : .. / .. / .... Vaccin : ..... ..... 2 <sup>e</sup> dose : Date : .. / .. / .... Vaccin .....
<b>Méningocoque C</b>	1 seule injection recommandée jusqu'à 24 ans → Date : .. / .. / .... Vaccin : .....	

Je soussigné Dr ..... Certifie que les renseignements inscrits ci-dessous sont exacts.

Fait le : ... / ... / ....

Signature et cachet du praticien

## ANNEXE IV

### PRISE EN CHARGE FINANCIERE DE LA FORMATION

(Merci de cocher et de compléter en fonction de votre situation)

**Employeur :**

Nom et adresse de l'établissement : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nom du représentant de l'établissement \_\_\_\_\_

CDI       CDD

Nom de l'organisme de prise en charge (OPCO) : \_\_\_\_\_

(Joindre impérativement la copie de votre attestation de prise en charge)

**Demandeur d'emploi :** (joindre les justificatifs correspondant à votre situation et accord France Travail)

Merci d'indiquer votre numéro de demandeur d'emploi : \_\_\_\_\_

**\*En cas de fausse déclaration de l'apprenant qui remettrait en cause le financement de sa formation, celui-ci s'engage à financer personnellement sa formation ou bien à l'interrompre.**

**Financement personnel :** (de la totalité du coût de la formation joindre une attestation sur l'honneur)

Je soussigné(e) : (Nom de famille/Nom d'usage/prénom) \_\_\_\_\_

Certifie avoir eu connaissance des différentes possibilités de financement de la formation. Je déclare l'exactitude des renseignements portés à ce document. Je m'engage à honorer le financement de formation choisi en fonction de ma situation et je vous transmets en pièces jointes à ce document tous les justificatifs demandés.

Le : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Signature :