CHU DE REIMS

IFA DE REIMS

DOCUMENTS EN LIEN AVEC L'EVALUATION DU STAGE D'OBSERVATION DE 140 HEURES

IFA DU CHU DE REIMS

45 rue Cognacq-Jay
51 092 REIMS Cedex
☎ 03-26-78-74-96

Annexe 1

LISTE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE ET ENTREPRISES DE TRANSPORTS SANITAIRES AGREES POUR LE STAGE D'ORIENTATION PROFESSIONNELLE

DEPARTEMENT DES ARDENNES	
Nom de l'entreprise	**Adresse**
Ambulances ANTOINE	Rue Grains - 08220 CHAUMONT PORCIEN
SARL Ambulances Ardennaises	19 Rue Danton - 08330 VRIGNE AUX BOIS
Ambulances BIEL	9 rue Henrionnet - 08400 VOUZIERS
SARL BRIDOUX	1 rue du Docteur Roux - 08170 HAYBES
SARL BRIDOUX et FILS	1 Place de la Tour – 1 Quai des Fours - 08600 GIVET
Ambulances COQUET	Rue des Forges - 08320 VIREUX MOLHAIN
SARL Ambulances JOUR ET NUIT	ZI 1 Rue du Michelet - 08140 BAZEILLES
SARL Ambulances JOUR ET NUIT	4 Rue Ban de Mézières – 08000 CHARLEVILLE-MEZIERES
Ambulances CHALON MARTEL	5 rue de Condé - 08400 VOUZIERS
Ambulances LACOUR	37 av. Europe - 08210 MOUZON
Ambulances LORIETTE	25 rue de Warcq - 08000 CHARLEVILLE-MEZIERES
Ambulances MARECHAL	12 rue d'Hirson - 08260 MAUBERT FONTAINE
Ambulances ORTILLON	55 Avenue du Général de Gaulle - 08200 FLOING
SARL Chantal – Ambulances du Petit Bois	11 rue Verte Voie - 08090 SAINT LAURENT
Ambulances PAQUET	5 rue Jean Jaurès - 08160 NOUVION SUR MEUSE
Ambulances RETHELOISES	32 Avenue Gambetta – 08300 RETHEL
Ambulances Taxi SAINT CHRISTOPHE	3 place de la Mairie - 08370 MARGUT
Ambulances SAINT JULIEN	58 av. Saint Julien - 08000 CHARLEVILLE-MEZIERES
Ambulances SIVERT	19 rue Thiers - 08300 RETHEL
Ambulances TOULMONDE	11 rue Marie Feuillet - 08300 RETHEL
Ambulances YVOISIENS	4 Place Fontaine - 08110 CARIGNAN
Ambulances 2000	24 av. du 91ème RI - 08000 CHARLEVILLE-MEZIERES
Centre Hospitalier	45 av. de Manchester - 08000 CHARLEVILLE-MEZIERES
Centre Hospitalier	2 av. Margueritte - 08200 SEDAN
Groupe Hospitalier SUD ARDENNES	Place Hourtoule - 08300 RETHEL

DEPARTEMENT DE L'AUBE	
Nom de l'entreprise	**Adresse**
Ambulances AIXOISES	4 avenue Trioche Maillard – 10160 AIX EN OTHE
Ambulances ARCISIENNES	38 rue de Troyes – 10700 ARCIS SUR AUBE
Ambulances DIDIER	93 Rue du général de Gaulle – 10600 MERGEY
Ambulances DRYATES	12 rue Jules Didier – 10120 SAINT ANDRE LES VERGERS
Ambulances GODARD	1 rue Gambetta – 10300 SAINTE SAVINE
Ambulances MEDITRANS	176 rue Emile Zola - 10100 ROMILLY SUR SEINE
Ambulances REGNIER	5 bis bd François Mothré - 10206 St PARRES LES VAUDES
Ambulances SAVINIENNES	75 av. Galliéni - 10300 SAINTE SAVINE
SARL AUBOISE	25 Av. Du Général Leclerc - 10200 BAR SUR AUBE
SARL COSSARD	7 voie Perrières - 10410 SAINT PARRES AUX TERTRES
SARL GARNIER	131 rue Emile Zola - 10100 ROMILLY SUR SEINE
SARL LEBLANC	14 rue René Descartes – 10600 LA CHAPELLE ST LUC
Centre Hospitalier de Romilly	Av. P V Couturier - 10100 ROMILLY SUR SEINE
CH de Troyes	Av. Anatole France - 10003 TROYES CEDEX

LISTE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE ET ENTREPRISES DE TRANSPORTS SANITAIRES AGREES POUR LE STAGE D'ORIENTATION PROFESSIONNELLE

DEPARTEMENT DE LA HAUTE MARNE	
Nom de l'entreprise	**Adresse**
Ambulances ARIANE	2 av. Paul Doumer - 52000 CHAUMONT
Ambulances ELIE ET DIDIER	22 Grande rue - 52400 BOURBONNE LES BAINS
Ambulances GAILLARD MEDICAL SERVICES	7 place de la Liberté – 52100 SAINT DIZIER
Ambulances HAUTS MARNAISES	Route de Bar le Duc - 52100 BETTANCOURT LA FERREE
Ambulances NEPTUNE	30 rue Ribot - 52000 CHAUMONT
Ambulances NOGENTAISES	145 av du Mar de Lattre de Tassigny - 52800 NOGENT
Ambulances SAINTE ANNE	1 rue Close - 52230 POISSONS
Ambulances THIRIOT	101 rue Clefmonts - 52100 SAINT DIZIER
Ambulances WEIN	35 rue du Moulin à Vent - 52200 SAINT GEOSMES
Assistance 52	257 av. de la République - 52100 SAINT DIZIER
Taxi VSL Ambulances Clément	36 rue des Jardinets - 52320 FRONCLES
Centre Hospitalier	2 rue Jeanne d'Arc - 52000 CHAUMONT
Centre Hospitalier	10 rue de la Charité - 52200 LANGRES
Centre Hospitalier	Rue Godard Jeanson - 52103 SAINT DIZIER CEDEX

DEPARTEMENT DE LA MARNE	
Nom de l'entreprise	**Adresse**
Ambulances CHALONS EN CHAMPAGNE	Chemin Ajaux - 51510 FAGNIERES
Ambulances PERRIN CARNUS DESTAILLEUR	26 place de la République - 51120 SEZANNE
Ambulances CAILLET	35 av. Victor Hugo - 51800 SAINTE MENEHOULD
Ambulances CLOVIS	10 rue de l'Industrie - 51350 CORMONTREUIL
Ambulances CLOVIS	26 rue Jean-Jacques Rousseau - 51100 REIMS
Ambulances DESRUELLES	Zone Artisanale Les Didriss – 51420 CERNAY LES REIMS
Ambulances DUPRIET	38 av. du Colonel Moll - 51300 VITRY LE FRANCOIS
Ambulances EUROPA	37 rue Saint Bruno - 51100 REIMS
Ambulances MOUQUET	20 av. Victor Hugo - 51310 ESTERNAY
Ambulances Reims Assistance	2 rue du Commerce -51350 CORMONTREUIL
Ambulances ROUSSEL	89 rue Louis Pasteur -La Neuvillette – 51100 REIMS
APVS – Ambulances Pour Vous Servir	2 rue du Thermot – 51520 SARRY
CENTRALE AMBULANCES	47 Rue des Blancs Monts – 51350 CORMONTREUIL
CHAMPAGNE ASSISTANCE	20 rue Charles de Gaulle - 51170 VILLE EN TARDENOIS
FISMES ASSISTANCE	7 rue Camille Rigaux - 51170 FISMES
MARNE MEDICAL SERVICE	62 rue Hannequin - 51340 PARGNY SUR SAULX
MOURMELON Ambulances	14 rue Gouraud - 51400 MOURMELON-LE-GRAND
MURIGNY Ambulances	21 rue du Commerce - 51350 CORMONTREUIL
SUIPPES Ambulances	5 Place Léon Bourgeois - 51600 SUIPPES
SOS DORMANS	Zoning Industriel, 51700 Dormans 03 26 58 80 17
Centre Hospitalier	137 rue de l'Hôpital - 51205 EPERNAY
Centre Hospitalier	51 rue du Cdt Derrien - 51000 CHALONS EN CHAMPAGNE
Centre Hospitalier Universitaire	45 Rue Cognacq Jay - 51092 REIMS CEDEX
Centre Hospitalier	12 rue Florion - 51800 SAINTE MENEHOULD
Centre Hospitalier	12 rue Charles Simon - 51300 VITRY LE FRANCOIS

ATTESTATION DE VALIDATION DU STAGE D'ORIENTATION PROFESSIONNELLE

A remettre aux examinateurs lors de l'épreuve orale d'admission.

Annexe 2

PARTIE A REMPLIR PAR LE CANDIDAT :

Nom : ..... Nom de jeune fille : .....
Prénom : .....
Adresse : .....
Code postal : ..... Ville : ....
Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : .....
Mail : .....

PARTIE A REMPLIR PAR L'ENTREPRISE : *(l'absence des dates de stage ou du nombre d'heures réalisées ne permet pas au candidat de se présenter à l'épreuve d'admission)*

DATE DU STAGE : du ..... au .....**durée : heures**

Nom de l'entreprise : ....
N° Siret : ....
Coordonnées : ....

Nom du responsable du suivi du stage d'orientation professionnelle du candidat :
.....
M- Mme : .....

Fonctions dans l'entreprise : .....

EVALUATION du CANDIDAT :

CRITERES	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 et SIGNATURE du responsable de l'entreprise **Date**

ATTESTATION *DE L'EMPLOYEUR POUR LES PERSONNES* *EN EXERCICE*
(EN TANT QUE SALARIE) DEPUIS AU MOINS 1 MOIS ***EN QUALITE D'AUXILIAIRE AMBULANCIER***

A retourner avec le dossier d'inscription.

Annexe 3

PARTIE A REMPLIR PAR LE CANDIDAT :
Nom : ..... Nom de jeune fille : .....
Prénom : .....
Adresse : .....
Code postal : ..... Ville : ....
Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : .....
Mail : .....

PARTIE A REMPLIR PAR L'ENTREPRISE :

PERIODE D'EXERCICE PROFESSIONNEL :
du ..... au .....**durée : mois**

Nom de l'entreprise : ....
N° Siret : ....
Coordonnées : ....

Nom du responsable de l'entreprise :
.....
M- Mme : .....

Fonctions dans l'entreprise : .....

APPRECIATIONS DE L'EMPLOYEUR :

CRITERES	Insuffisant	Moyen	Bon	Très bon	Observations
Aptitudes physiques **(agilité, résistance, port de charges, ergonomie)**					
Motivation professionnelle					
Exactitude, rigueur					
Maîtrise d'un véhicule sanitaire (matériel embarqué, manipulation brancard, vérifications et maintenance du véhicule…)					
Appréciation Générale					

CACHET et SIGNATURE du responsable de l'entreprise **Date**

*ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR POUR LES **PERSONNES QUI ONT EXERCE AU MOINS UN AN**, PENDANT UNE DUREE CONTINUE, DURANT LES 5 DERNIERES ANNEES.*

A retourner avec le dossier d'inscription.

Annexe 4

PARTIE A REMPLIR PAR LE CANDIDAT :

Nom : ..... Nom de jeune fille : .....
Prénom : .....
Adresse : .....
Code postal : ..... Ville : ....
Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : .....
Mail : .....

PARTIE A REMPLIR PAR L'ENTREPRISE :

PERIODE D'EXERCICE PROFESSIONNEL :
du ..... au ..... **durée : mois**

Nom de l'entreprise : ....
N° Siret : ....
Coordonnées : ....

Nom du responsable de l'entreprise :
M- Mme : .....
Fonctions dans l'entreprise : .....

APPRECIATIONS DE L'EMPLOYEUR :

CRITERES	Insuffisant	Moyen	Bon	Très bon	Observations
Aptitudes physiques **(agilité, résistance, port de charges, ergonomie)**					
Motivation professionnelle					
Exactitude, rigueur					
Maîtrise d'un véhicule sanitaire (matériel embarqué, manipulation brancard, vérifications et maintenance du véhicule…)					
Appréciation Générale					

CACHET et SIGNATURE du responsable de l'entreprise **Date**

CHU DE REIMS

INSTITUT DE FORMATION DES AMBULANCIERS
45 rue Cognacq-Jay - 51092 Reims Cedex
☏03.26.78.74.96

Annexe 5

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE A LA FONCTION D'AMBULANCIER

La liste des médecins agréés par l'administration peut être obtenue auprès des services de l'A.R.S. de votre région.

Ce certificat devra être obligatoirement remis avec le dossier d'inscription du candidat.

Je soussigné(e), Docteur .....
.....
.....

Agréé par l'A.R.S. de la région : .....

Certifie avoir examiné ce jour : M., Mme, Melle :.....

ET J' ATTESTE

que le (la) candidat(e) cité(e) ci-dessus, ne présente pas de contre-indications à la profession d'ambulancier (absence de problèmes locomoteurs, psychiques, d'un handicap incompatible avec la profession : handicap visuel, auditif, amputation d'un membre…).

Certificat établi à : le :

Signature et cachet du médecin :

CHU DE REIMS

INSTITUT DE FORMATION DES AMBULANCIERS
45 rue Cognacq-Jay - 51092 Reims Cedex
☎03.26.78.74.96

Annexe 6

CERTIFICAT DE VACCINATION

Obligatoire pour effectuer les stages hospitaliers

Ce certificat doit être adressé avec le dossier d'inscription

Je soussigné, Docteur

_____

certifie que Mme, Melle, M

_____

né(e) le _____,

étudiant (indiquer la nature de la formation)

_____

➜ **est à jour de ses vaccinations contre** : ➢ le tétanos
➢ la polio
➢ la diphtérie
➢ l'hépatite B (le candidat est **immunisé** contre l'hépatite B, conformément aux dispositions prévues par l'arrêté du 2 Août 2013)

➜ **est en conformité avec les obligations en milieu de soins relatives à la tuberculose**

➜ **a été informé(e) des vaccinations recommandées en milieu de soins** (coqueluche, rougeole, rubéole, oreillons, varicelle)

En outre, **un cliché pulmonaire de face a été réalisé**, il ne présente aucune image de pathologie évolutive.

Fait à _____

le _____

Cachet du médecin **Signature du médecin**