

# FORMATION D'AUXILIAIRE AMBULANCIER

Institut de  
Formation  
des  
Ambulanciers

## DOSSIER d'INSCRIPTION

**MODIFICATIONS CONFORMES  
A l'arrêté du 11 avril 2022**



Notre institut dispense la formation d'auxiliaire ambulancier pour laquelle vous sollicitez des informations, conformément à l'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.

Chaque session de formation est ouverte pour 24 stagiaires.

Deux sessions sont organisées chaque année :

- Session 2022-2 : du 2 au 18 novembre 2022
- Session 2023-1 : du 21 juin au 7 juillet 2023

Vous devez nous retourner un dossier d'inscription, celui ci doit contenir le formulaire d'inscription figurant dans ce document accompagné de votre CV et des différentes pièces demandées.

**Si votre dossier est complet et recevable**, un courrier vous indiquant la date de la session pour laquelle vous serez retenu(e) vous sera adressé environ deux mois avant le début de celle-ci.

**Les places sur les sessions sont proposées en tenant compte de l'ordre d'arrivée des dossiers complets.**

*Si vous êtes demandeur d'emploi inscrit à Pôle Emploi, il vous est peut-être possible de bénéficier d'une prise en charge des frais de formation. Veuillez vous adresser à votre conseiller le plus tôt possible.*

---

## **PROGRAMME DE FORMATION**

La durée de formation est de 91 heures en continue (13 jours ouvrables). Elle comporte différents domaines permettant d'acquérir l'ensemble des compétences requises pour l'exercice de la profession.

Les différents domaines abordés sont les suivants :

- L'hygiène,
- Les principes et valeurs professionnelles
- La démarche relationnelle envers les membres de l'équipe et les patients ;
- Les principes d'ergonomie ;
- Les gestes et postures adaptés lors des mobilisations, des aides à la marche, des déplacements et des portages ou brancardages
- Les règles du transport sanitaire
- Les gestes et soins d'urgence (GSU)

## **COUT TOTAL DE LA FORMATION**

Le montant des frais de scolarité pour l'année 2021-2022 est en cours de réévaluation.

Une convention, pour le règlement de ces frais, sera établie avant l'entrée en formation entre le CHU et le stagiaire ou l'organisme prenant en charge cette formation. En cas d'abandon de la formation la totalité du montant de ces frais reste due.

**COMPOSITION DU DOSSIER D'INSCRIPTION  
(Il doit contenir 7 pièces)**

- ❑ Le **formulaire d'inscription** dûment rempli avec votre photo d'identité collée sur l'imprimé (page 5)
- ❑ Une photographie d'identité récente
- ❑ Votre **Curriculum Vitae**.
- ❑ La photocopie **recto-verso de votre permis de conduire**.  
**(Permis de plus de trois ans ou de plus de deux ans si vous l'avez passé en conduite accompagnée. Dans ce dernier cas fournir la photocopie du carnet de l'auto-école)**
- ❑ La photocopie **recto-verso de l'attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulance** qui vous sera délivrée par la préfecture ou la sous préfecture après examen médical effectué dans les conditions définies à l'article R.221-10 du code de la route.
- ❑ Le **certificat médical** (page 6) de non-contre-indication à la profession d'ambulancier (absence de problèmes locomoteurs, psychiques, d'un handicap incompatible avec la profession : handicap visuel, auditif, amputation d'un membre...) rempli et signé par un **médecin agréé de l'administration**. La liste des médecins agréés par l'administration peut être obtenue auprès des services de l'Agence Régionale de Santé de votre département.
- ❑ Le **certificat médical** de vaccination (page 7) conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France, à savoir :
  - Photocopie lisible, avec mention de l'identité, des feuillets du carnet de santé/carnet vaccinal concernant les rubriques « Vaccination antituberculeuse : BCG et tests tuberculiques », « Vaccinations antipoliomyélite, antidiphthérique, antitétanique, anticoquelucheuse », « Vaccinations antirougeoleuse, antirubéolique, antiourlienne » « Maladies épidémiques et contagieuses » ;
  - Photocopie lisible des sérologies : obligatoirement, celle concernant l'hépatite B (dosage des anticorps anti-HBs) et, le cas échéant, celles concernant la rougeole, la rubéole, la varicelle ;
  - Un pass vaccinal à jour contre la CoVid.

***Attention, le candidat doit être à jour de ses vaccinations au dépôt du dossier d'inscription, faute de quoi, le dossier ne sera pas recevable.***

**LES DOSSIERS COMPLETS DOIVENT ETRE ENVOYES A L'ADRESSE SUIVANTE :**

**INSTITUT DE FORMATION DES AMBULANCIERS  
(INSCRIPTION AUXILIAIRES AMBULANCIERS)  
C.H.U. DE REIMS  
45, RUE COGNACQ-JAY  
51092 REIMS CEDEX**

**TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA REFUSE**

**FORMULAIRE D'INSCRIPTION – FORMATION D'AUXILIAIRE  
AMBULANCIER**

<b>NOM :</b> ..... <b>Prénom</b> ..... <b>Nom de Jeune Fille :</b> ..... <b>Date et lieu de naissance :</b> ..... <b>Adresse :</b> ..... ..... <b>Code Postal :</b> ..... <b>Ville :</b> ..... <b>Numéro(s) de Téléphone :</b> ..... <b>Adresse mail :</b> .....	COLLER ICI VOTRE PHOTO D'IDENTITE
---	---

**Niveau de scolarité atteint :**

Brevet des Collèges (BEPC)   
  CAP   
  BEP   
  BAC   
  Diplômes sanitaires

**Intitulés exacts des diplômes obtenus :**

..... Date : .....

..... Date : .....

..... Date : .....

**Permis de conduire Type B : n°** .....

**Date d'obtention du permis de conduire type B :** .....

**Obtention de l'attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulance (obligatoire) :**

**Date de l'obtention :** .....

**SITUATION ACTUELLE :**

salarié(e)   
  demandeur d'emploi   
 depuis le : ..... N° identifiant : .....  
 en Contrat de reconversion .....  
 Autre (indiquez) : .....

**EXPERIENCE(S) PROFESSIONNELLE(S) :**

**Conducteur Ambulancier :** (joindre le (les) certificat(s) de travail)  
 Nom de l'entreprise : ..... du ..... au .....  
 **Autres emplois : lesquels ? Entreprise - Période(s)**  
 ..... du ..... au .....  
 ..... du ..... au .....  
 ..... du ..... au .....

**Date :**

**Signature :**

**L'examen médical par un médecin agréé de l'administration**

*Attention - Ce certificat est indispensable à votre dossier. Il ne remplace pas et ne peut être remplacé par celui que vous devez fournir à la préfecture ou à la sous-préfecture pour l'établissement de l'attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulance.*

La réglementation impose à certaines personnes de se soumettre à un examen médical effectué par un médecin agréé :

- ✓ les candidats à la Fonction publique
- ✓ les candidats aux écoles, instituts formant du personnel médical et paramédical (prix de la consultation selon la convention avec la Sécurité Sociale)
- ✓ les fonctionnaires lors de leur congé de maladie, de longue maladie ou de longue durée ou de réintégration après de tels congés, etc. (prix de la consultation hors convention de la Sécurité Sociale).

**Pour ces examens, les médecins sont tenus de se récuser lorsqu'il s'agit de leurs patients.**

**CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE  
A LA FONCTION D'AMBULANCIER et D'AUXILIAIRE 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 .....

Adresse du cabinet : .....

.....

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

Certifie avoir examiné ce jour :

M., M<sup>me</sup>, M<sup>elle</sup> (NOM et Prénom) :.....

**ET J' ATTESTE**

que le (la) candidat(e) cité(e) ci-dessus, ne présente pas de contre-indications à la profession d'ambulancier ou d'auxiliaire 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 :



# CERTIFICAT DE VACCINATION

## Obligatoire pour effectuer les stages hospitaliers

Ce certificat doit être rendu avec le dossier d'inscription.  
Dans tous les cas le chemin vaccinal doit être complet pour effectuer les stages.

Je soussigné, Docteur \_\_\_\_\_  
certifie que Mme, Melle, Mr \_\_\_\_\_  
né(e) le \_\_\_\_\_  
étudiant/élève (indiquer la nature de la formation) **Ambulancier**

→ est à jour de ses vaccinations contre :

→ le tétanos, la polio, la diphtérie  oui  non

→ l'hépatite B :

L'étudiant est immunisé contre l'hépatite B, conformément aux dispositions prévues par l'arrêté du 2 août 2013  oui  non

Si non vaccination en cours

→ dispose d'un test tuberculinique précisément mesuré en mm

oui  non

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

oui  non

Fait à \_\_\_\_\_

le \_\_\_\_\_

Cachet du médecin

Signature du médecin