

**CANDIDAT(E) :**

NOM D'USAGE : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

NOM de naissance : \_\_\_\_\_  
(pour les candidats mariés)

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

**ATTENTION** : le certificat de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France et le certificat médical d'aptitude sont obligatoires.

**INSCRIPTION À LA SESSION D'AOÛT 2019**

Partie réservée à l'administration

Parcours complet

Parcours partiel

Date d'envoi ou de dépôt du dossier : ...../...../.....

N° de quittance : |\_\_|\_\_|

(Voir au dos la liste des documents à fournir)

**Les dossiers incomplets à la date de clôture des inscriptions ne seront pas pris en considération quel que soit le motif invoqué.**

**Pièces administratives et médicales obligatoires**  
**(Toute pièce manquante implique le rejet du dossier)**

- Lettre manuscrite de motivations**
  - Curriculum Vitae**
  - Photocopie recto verso de la Carte d'Identité ou du Passeport *en cours de validité***
  - Photocopie recto verso du permis de conduire en état de validité** (Conformément à la loi n°2003-495 du 12/6/2003 : vous devez avoir terminé la période probatoire qui suit l'obtention du permis de conduire).
  - Photocopie de l'attestation préfectorale d'aptitude à la conduite ou du cerfa** (*après examen médical conformément à l'Article R 127 du code de la Route : « carte jaune » pour le Calvados*). La liste des médecins agréés par la préfecture est disponible sur internet.
  - Certificat médical de vaccinations** conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France **à faire remplir par un médecin. Joindre les photocopies du carnet de santé ou de vaccinations et le résultat de la sérologie de l'hépatite B.**
  - Certificat médical d'aptitude à faire remplir par un médecin agréé\* par l'ARS** (ou de non contre-indication : absence de problèmes locomoteurs, psychiques, d'un handicap incompatible avec la profession : handicap visuel, auditif, amputation d'un membre...).
- \*Les listes des médecins agréés sont disponibles sur Internet. ATTENTION : seul le certificat d'aptitude doit obligatoirement être rempli par **un médecin agréé**.*
- Chèque (ou espèces) de 55 € à l'ordre du « Trésorier Principal du C.H.U. », montant des droits d'inscription.**

**Pièces à fournir selon la situation** (Cf. Notice d'informations)

**CANDIDATS EN PARCOURS COMPLET :**

- Copie du diplôme homologué au niveau IV, du diplôme sanitaire et social homologué au niveau V (BEP sanitaire et social, BEPA option services aux personnes...).
- Copie d'un diplôme étranger permettant d'accéder à des études universitaires : Attestation d'équivalence obligatoire auprès d'ENIC-NARIC.
- Attestation de l'employeur et photocopies du premier et dernier bulletin de salaire correspondant à la périodicité travaillée **pour les candidats exerçant ou ayant exercé comme auxiliaire-ambulancier pendant au moins un an durant les cinq dernières années.**

**CANDIDATS EN PARCOURS PARTIEL :**

- Copie du diplôme professionnel d'aide-soignant
- Copie du diplôme professionnel d'Auxiliaire de puériculture
- Copie du diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale
- Copie du diplôme d'État d'assistante de vie aux familles
- Copie du diplôme permettant l'exercice de l'une des professions inscrites aux titres Ier, II, III et V du livre III de la quatrième partie réglementaire du Code de la Santé Publique

**Traitement informatique** : conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à l'I.F.A. du CHU de Caen. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant, notamment pour la publication Internet des listes de réussite au concours d'entrée.

## **CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE**

Je soussigné(e), .....

**Médecin Agréé**, certifie avoir examiné le .....

Nom .....

Nom de jeune fille .....

Prénom : .....

Né(e) le : ..... / ..... / .....

Et atteste que la personne mentionnée ci-dessus possède :

- L'aptitude physique (absence de problèmes locomoteurs ou d'un handicap incompatible avec la profession : handicap visuel, auditif, amputation d'un membre ...)¹
- L'aptitude psychologique
- La protection vaccinale (conformément aux obligations des professions de santé)
  - Diphtérie tétanos Poliomyélite
  - BCG (test tuberculinique réalisé)
  - Hépatite B (condition d'immunisation requise)

Vaccinations recommandées pour les professionnels de santé :

- Coqueluche
- ROR
- Grippe saisonnière

Lui permettant :

- D'intégrer un institut de formation d'ambulanciers
- De suivre les stages inhérents à la formation

A....., le .....

***Signature et cachet du Médecin Agréé***

**RAPPEL** : Si le statut vaccinal n'est pas complet, l'élève ne pourra pas être admis en stage.

¹ Arrêté du 26 janvier 2006 modifié relatif aux conditions de formation de l'auxiliaire ambulancier et au diplôme d'ambulancier

**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**

**Extrait- Article 3**

La preuve de l'immunisation contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite [...] est apportée par la présentation d'une attestation médicale de vaccination précisant la dénomination des spécialités vaccinales utilisées, les numéros de lots ainsi que les doses et les dates des injections. La preuve de l'immunisation contre l'hépatite B est apportée par la présentation d'une attestation médicale établie dans les conditions définies en annexes I et II du présent arrêté.

**\* Pour plus d'informations, se référer à l'arrêté du 2 février 2018 abrogeant l'arrêté du 2 Mars 2017, consultable en intégralité sur [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)**

## CERTIFICAT DE VACCINATIONS - OBLIGATOIRE

Si le calendrier vaccinal n'est pas complet, l'élève ne pourra pas être admis en stage.

Je soussigné(e) Docteur \_\_\_\_\_


certifie que Mme, M. \_\_\_\_\_ né(e) le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Est à jour de ses vaccinations protégeant de la **diphtérie**, du **tétanos** et de la **poliomyélite**

Date du dernier antioquelucheux : .....

*N.B. : Un rappel **antioquelucheux** est recommandé si le précédent date de plus de 10 ans et si le précédent vaccin DTP date de plus de 2 ans.*

Est correctement vacciné contre l'**hépatite B** (conformément à l'arrêté du 2 Août 2013)

Est en cours de vaccination contre l'**hépatite B**  1<sup>ère</sup> injection lot : ..... date : .....  
2<sup>ème</sup> injection lot : ..... date : .....  
3<sup>ème</sup> injection lot : ..... date : .....

. Ac anti HBs = .....

. Résultat Ac anti HBc : ..... (Demandé si  $10 \leq \text{Ac anti HBs} \leq 100 \text{ UI/l}$ )

Le contrôle sérologique a été fait le ...../...../.....,

Le contrôle sérologique n'a pas été fait, date prévue de la sérologie : le ...../...../.....

A été vacciné(e) contre la **tuberculose**

**B.C.G.** : date(s) : ..... / ..... / ..... ; ..... / ..... / .....

Test tuberculinique ID à 5 UI :

Date : ..... / ..... / ..... Résultat : ..... mm

Le test tuberculinique doit dater de moins de 3 mois avant l'admission. Le diamètre de l'induration doit être mesuré et noté en mm ; un test noté « + » n'est pas valide

*N.B. : Il n'est pas demandé de revacciner en cas de test tuberculinique négatif (< 5mm)*

Conformément à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France, afin de pouvoir effectuer les stages proposés par l'institut.

Date :        /        /

**Signature et Cachet du Médecin :**

*\*Pour plus d'informations, se référer à l'arrêté du 2 Août 2013, consultable en intégralité sur [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)*

*Document validé par le SUMPPS (Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé) de l'Université de Caen Basse-Normandie - Juin 2018*

**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**

**EXTRAITS**

**Article 3**

La preuve de l'immunisation contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite [...] est apportée par la présentation d'une attestation médicale de vaccination précisant la dénomination des spécialités vaccinales utilisées, les numéros de lots ainsi que les doses et les dates des injections. La preuve de l'immunisation contre l'hépatite B est apportée par la présentation d'une attestation médicale établie dans les conditions définies en annexes I et II du présent arrêté.

**ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR POUR LES PERSONNES**  
AYANT EXERCÉ AU MOINS UN MOIS EN QUALITÉ  
D'AUXILIAIRE AMBULANCIER

**CANDIDAT :**

Nom : ..... Nom marital éventuel : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél. : ..... Fax : .....

Mail : .....

**PÉRIODE D'EXERCICE PROFESSIONNEL :**

Du ..... au .....

**ENTREPRISE :**

Nom : .....

N° Siret : .....

Adresse : .....

.....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél. : .....

Mail : .....

Nom du responsable de l'entreprise : .....

**APPRÉCIATION DE L'EMPLOYEUR :**

CRITÈRES	Insuffisant	Moyen	Bon	Très bon	Observations
<b>Aptitudes physiques (agilité, résistance, port de charges, ergonomie)</b>					
<b>Motivation professionnelle</b>					
<b>Exactitude, rigueur</b>					
<b>Maîtrise d'un véhicule sanitaire</b>					
<b>Appréciation générale</b>					

**CACHET de l'entreprise et signature du responsable :**

**Date :** .....

Attestation conforme à l'annexe II de l'arrêté du 26 janvier 2006 modifié

**Autorisation d'utilisation d'informations personnelles**

Je soussigné(e) (**Nom Prénoms**) : .....

Candidat(e) **en parcours complet** à l'Institut de Formation **d'Ambulanciers** du CHU de Caen

Session d'août 2019

Session de février 2020

**Autorise<sup>(\*)</sup>** le Pôle des Formations Paramédicales à utiliser les informations personnelles nominatives me concernant pour la publication sur Internet :

En liste principale

**N'autorise pas<sup>(\*)</sup>** le Pôle des Formations Paramédicales à utiliser les informations personnelles nominatives me concernant pour la publication sur Internet :

En liste principale

A Caen, le : .....

Signature :

(\*) Conformément à la loi n°78-17 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés du 6 janvier 1978 modifiée (article 32), vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent.