

DOSSIER D'INSCRIPTION
À LA
FORMATION D'AUXILIAIRES-AMBULANCIERS

CANDIDAT(E) :

NOM D'USAGE : _____

Prénom : _____

NOM de naissance : _____
(pour les candidats mariés) :

Date de naissance : _____

Nationalité : _____

Adresse : _____

Tél. : _____

(réservé à l'I.F.A.)
Date de dépôt du dossier d'Auxiliaire-Ambulancier :

(Voir au dos la liste des pièces à fournir)

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, attestation pour la Manche.**
- 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...).

ATTENTION : seul le certificat d'aptitude doit obligatoirement être rempli par un médecin agréé. Le certificat médical de vaccinations peut être rempli par votre médecin traitant.

*Les **listes des médecins agréés** par l'ARS et par la préfecture sont en ligne sur le site Internet pour la Normandie.*

Montant des frais de formation : **1215 € non assujettis à la TVA pour les 3 sessions 2020 et les 2 premières sessions 2021.**

Modalités de paiement à consulter dans la notice d'informations.

Cochez la ou les case(s) correspondante(s) afin que le dossier soit pris en compte :

Paiement par chèque (le chèque pourra être envoyé après confirmation téléphonique que votre dossier est retenu).

Prise en charge accordée d'un montant de :
(Merci de joindre l'attestation ou le courrier)

Demande de prise en charge en cours
Si oui, auprès de quel organisme :

Nom-prénom et coordonnées de la personne chargée du dossier (Tél. et/ou adresse-mail) :

.....
.....

En cas d'un refus de prise en charge, paiement individuel : OUI NON

Autre, à préciser :

CERTIFICAT DE VACCINATIONS

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^{ère} injection lot : date :
2^{ème} injection lot : date :
3^{ème} 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 N'a pas 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

Document validé par le SUMPPS (Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé) de l'Université de Caen Normandie – mai 2019

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.

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

A _____, le

Signature et cachet du Médecin Agréé

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**