

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 DE FÉVRIER 2021

Partie réservée à l'administration

Parcours complet

Parcours partiel

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

N° de quittance : |__|__|

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 221-10 du code de la Route : « carte jaune » pour le Calvados*). La liste des médecins agréés par la préfecture est disponible sur internet.
 - Autorisation de publier vos nom et prénom sur Internet dans le cadre de la diffusion des résultats du concours.
 - 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 de préférence, à l'ordre du « Trésorier Principal du C.H.U. » (ou espèces) de 55 €, 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 4, du diplôme sanitaire et social homologué au niveau 3 (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 des bulletins de salaire correspondant à la périodicité travaillée **pour les candidats exerçant ou ayant exercé comme auxiliaire-ambulancier pendant au moins un an en continu 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.

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**


CERTIFICAT DE VACCINATIONS

Je soussigné 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(e) 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.

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
Aptitudes physiques (agilité, résistance, port de charges, ergonomie)					
Motivation professionnelle					
Exactitude, rigueur					
Maîtrise d'un véhicule sanitaire					
Appréciation générale					

CACHET de l'entreprise et signature du responsable :

Date :

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 de février 2021

Autorise^(*) le Pôle des Formations Paramédicales à utiliser les informations personnelles nominatives me concernant pour la publication des résultats sur Internet :

En liste principale

N'autorise pas^(*) le Pôle des Formations Paramédicales à utiliser les informations personnelles nominatives me concernant pour la publication des résultats 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.