PÔLE DES FORMATIONS PARAMÉDICALES
Institut de **F**ormation d'**A**mbulanciers

FICHE D'INSCRIPTION

CANDIDAT(E) DISPENSÉ(E) DE SÉLECTION :

NOM DE NAISSANCE **:** _____

Prénom : _____

NOM DUSAGE (s'il y a lieu) : _____

Né(e) le : _____

Lieu de naissance et n° département : _____

Nationalité : _____

Diplôme : _____

Adresse : _____

_____

_____

Tél. : _____

Adresse-mail : _____

J'autorise l'IFA du CHU de Caen à publier mes nom et prénom sur Internet pour la diffusion des résultats de la sélection ***OUI*** ☐ ***NON*** ☐

CANDIDATURE POUR L'ENTRÉE A **L'I.F.A. (**Session du **19 janvier 2026)**
Candidat(e) dispensé(e) de la sélection

Partie réservée à l'administration

Auxiliaire ambulancier(ère) ayant exercé au moins **1 an dans les 3 dernières années** et **titulaire** d'un titre ou diplôme **du secteur sanitaire et social homologué au minimum niveau 3**, délivré dans le système de formation initiale ou continue **français**. (Art. 14 et Art. 8 - 2°de l'arrêté du 11 avril 2022)

Parcours complet ☐ Parcours partiel ☐

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

PÔLE DES FORMATIONS PARAMÉDICALES
Institut de **F**ormation d'**A**mbulanciers
Secrétariat : 02.31.56.83.19

Pièces obligatoires pour les candidats dispensés de sélection

(Toute pièce manquante implique le rejet du dossier)

☐ La fiche d'inscription complétée ;

☐ Un curriculum vitae ;

☐ La photocopie recto verso d'une pièce d'identité en cours de validité (la carte d'identité ou le passeport pour les ressortissants de l'UE, un titre de séjour pour les ressortissants hors UE) ;

☐ La photocopie recto-verso du permis de conduire hors période probatoire, conforme à la législation en vigueur et en état de validité ;

☐ La photocopie de l'attestation (ou carte) préfectorale d'aptitude à la conduite, ou du « cerfa » (après examen médical conformément à l'Article R 221-10 du code de la Route (médecin agréé par la préfecture) ;

☐ Le certificat médical de vaccinations recto-verso conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France ;

☐ Le certificat médical non contre-indication à la profession d'ambulancier à faire remplir par un médecin agréé* par l'ARS (absence de problèmes locomoteurs, psychiques, d'un handicap incompatible avec la profession : handicap visuel, auditif, amputation d'un membre) ;

☐ Les photocopies du carnet de santé ou de vaccinations et le résultat de la sérologie de l'hépatite B si la vaccination est complète ;

☐ Le formulaire « Transmission des données » ;

☐ La copie du titre ou diplôme mentionné à l'article 8 de l'arrêté (cf. Notice d'information paragraphe 3 .1) ;

Merci de préciser le titre ou diplôme : **……..**

☐ La copie d'un diplôme étranger permettant d'accéder à des études universitaires : Attestation d'équivalence obligatoire auprès d'ENIC-NARIC ;

☐ L'attestation de l'employeur et les photocopies des bulletins de salaire couvrant une période d'**au moins un an** en continu durant les trois dernières années ;

☐ La photocopie de l'AFGSU (Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence) ;

☐ Un chèque à l'ordre du « Trésorier Principal du C.H.U. » de 55 €, montant des frais d'inscription (**pas d'espèces**).

Pièce non obligatoire

☐ La photocopie du dernier certificat de vaccinations contre la Covid-19 si vous êtes concerné(e)

Ce document est propriété du CHU de Caen - Toute utilisation, reproduction, modification est soumise à accord du propriétaire.

PÔLE DES FORMATIONS PARAMÉDICALES
Institut de **F**ormation d'**A**mbulanciers
Secrétariat : 02.31.56.83.19

Certificat de conformité aux obligations vaccinales des étudiants/élèves en filières de santé.

OBLIGATOIRE / Recommandé

Vaccinations obligatoires	Dates
HÉPATITE B	1ère injection : 2ème injection : 3ème injection : Injection(s) complémentaire(s) éventuelle(s) : Sérologie de contrôle réalisée le : Ac anti HBs = Ac anti HBc = (obligatoires si Ac anti-HBs < 100)
DIPHTERIE-TETANOS-POLIOMYÉLITE **+/- Coqueluche**	Date des trois dernières injections : - - - **Et** date de la dernière injection avec valence anticoquelucheuse :
Recommandées mais non obligatoires :	
COVID-19 NB : événement=vaccination ou Covid maladie avec preuve	1er événement : 2ème événement : 3ème événement :
Le BCG est non obligatoire depuis 2019 ; Un Tubertest de moins de 3 mois est recommandé à l'entrée dans le cursus (recommandation HCSP) Ou un Quantiféron (non remboursé, tarif variable), sur ordonnance	BCG : Dernier tubertest (doit dater de **moins de 3 mois**) : • Réalisé le : • Résultat (en mm) :
Rougeole – Oreillons – Rubéole	1ère injection : 2ème injection :
Méningite C	Nom du vaccin : Date :
Varicelle (Maladie ou vaccination)	Année :

Je soussigné(e), Docteur……...

Certifie que Mme, M.……né(e)le……/……../……..
A reçu les vaccinations suscitées,

Fait à …… le……../……/…….. Signature et cachet du médecin :

Ce document est propriété du CHU de Caen - Toute utilisation, reproduction, modification est soumise à accord du propriétaire.

PÔLE DES FORMATIONS PARAMÉDICALES
Institut de **F**ormation d'**A**mbulanciers
Secrétariat : 02.31.56.83.19

Recommandations vaccinales étudiants/élèves en filières de santé.

- Les vaccinations suivantes sont **OBLIGATOIRES** :

HEPATITE B

L'arrêté du 2 août 2013 impose la vérification de l'immunisation et de l'absence d'infection par le VHB pour tous les étudiants et personnels de santé relevant de la vaccination obligatoire contre le VHB. En cas d'absence de vaccination antérieure, le schéma vaccinal recommandé chez l'adulte comporte 3 doses (schéma complet : M0, M1 à M2, M6). Les anticorps anti-HBs, seront idéalement mesurés quatre à huit semaines après la 3e dose de primo-vaccination. En cas de non-réponse à la primo vaccination (anticorps anti HBs < 10 UI/L), l'administration d'une à trois doses additionnelles de vaccin est indiquée.

DIPHTERIE-TETANOS-POLIOMYELITE

La primo vaccination a été réalisée dans l'enfance. Un rappel vaccinal à l'adolescence puis des rappels vaccinaux à l'âge adulte sont ensuite prévus à 25 ans et à 45 ans, à 65 ans puis tous les 10 ans.

- Les vaccinations suivantes vous sont **RECOMMANDÉES** :

En tant que professionnel de santé :
COVID-19 (suspension de l'obligation vaccinale le 13 mai 2023) ;
BCG : la vaccination n'est plus obligatoire depuis 2019 ;
Cependant, le HCSP recommande la réalisation d'un Tubertest de moins de 3 mois lors de l'entrée dans la structure.
Il est aussi possible de réaliser un Quantiféron (dosage sanguin en laboratoire), sur ordonnance, non remboursé, tarif variable.

Coqueluche

Un rappel anticoquelucheux est recommandé pour les professionnels de santé n'ayant pas reçu de rappel depuis l'âge de 18 ans et/ou dont le dernier rappel date de plus de 5 ans.
Le but de la vaccination des professionnels est de protéger les personnes non immunisées contre la survenue d'une coqueluche grave au contact des professionnels infectés.

Grippe

La vaccination antigrippale est recommandée pour tous les professionnels de santé. Elle est à réaliser à partir du mois d'octobre.
Il faut compter environ 15 jours entre le moment de la vaccination et le moment où l'on est protégé contre la grippe saisonnière.

Au même titre que la population générale : **Rougeole Oreillons Rubéole**

Il est recommandé de mettre à jour le statut vaccinal avec deux doses de vaccin trivalent (rougeole-oreillons-rubéole) pour toute personne née après 1980, en respectant un délai de deux mois entre les deux doses, quels que soient les antécédents vis-à-vis des trois maladies.

Varicelle

Si vous n'avez pas contracté la varicelle antérieurement, la vaccination vous est recommandée.

Méningocoque C

La vaccination est recommandée avec une dose unique de vaccin méningococcique C pour toutes les personnes âgées de 12 mois à 24 ans révolus, n'ayant pas reçu de primovaccination antérieure.

Infections à Papillomavirus Humain (HPV)

Dans le cadre du rattrapage vaccinal, la vaccination est recommandée pour les jeunes femmes et les jeunes hommes entre 15 et 19 ans révolus selon un schéma à 3 doses.
NB : Les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) peuvent bénéficier d'un rattrapage vaccinal jusqu'à 26 ans révolus.
D'autres vaccinations peuvent être recommandées en fonction de votre situation.
Pour plus d'informations sur les vaccins et les recommandations vaccinales : *https://vaccination-info-service.fr/*

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**

SSE : Service de Santé Etudiante

Ce document est propriété du CHU de Caen - Toute utilisation, reproduction, modification est soumise à accord du propriétaire.

PÔLE DES FORMATIONS PARAMÉDICALES
Institut de **F**ormation d'**A**mbulanciers
Secrétariat : 02.31.56.83.19

CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE - INDICATION A LA PROFESSION D'AMBULANCIER

Je soussigné(e), ……. **Médecin Agréé**, certifie avoir examiné

M. Mme .....

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

Lui permettant :

☐ D'intégrer un institut de formation d'ambulanciers
☐ De suivre les stages inhérents à la formation
☐ D'exercer le métier d'ambulancier

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

Signature et cachet du Médecin Agréé

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

[1] Arrêté du 11 avril 2022 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'ambulancier et aux conditions de formation de l'auxiliaire ambulancier

Ce document est propriété du CHU de Caen - Toute utilisation, reproduction, modification est soumise à accord du propriétaire.

PÔLE DES FORMATIONS PARAMÉDICALES
Institut de **F**ormation d'**A**mbulanciers
Secrétariat : 02.31.56.83.19

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***

Ce document est propriété du CHU de Caen - Toute utilisation, reproduction, modification est soumise à accord du propriétaire.

PÔLE DES FORMATIONS PARAMÉDICALES
Institut de **F**ormation d'**A**mbulanciers
Secrétariat : 02.31.56.83.19

TRANSMISSION DES DONNÉES

Je soussigné(e), (Nom Prénom) _____

candidat (e) pour l'admission en Institut de Formation d'ambulanciers, session de janvier 2026 :

☐ Déclare être informé(e) que :

- Les informations (personnelles, administratives et relatives à ma scolarité) recueillies par l'institut font l'objet d'un traitement informatique ayant pour objectif de gérer mon inscription, ma formation ainsi que mon dossier.
- Certaines de ces données sont transmises à la Région Normandie afin d'organiser la consolidation des données qualitatives, quantitatives et financières relatives à la formation professionnelle et à des fins d'analyse et de gestion de mon compte personnel de formation (CPF).
- Ces données sont conservées pendant 120 mois après la fin de ma formation par l'IFA.
- Conformément à la loi Informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée, je bénéficie d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux informations qui me concernent et que je peux exercer auprès de la Région Normandie.

Fait à _____, le ____ / ____ / _____

Lu et approuvé

Ce document est propriété du CHU de Caen - Toute utilisation, reproduction, modification est soumise à accord du propriétaire.

PÔLE DES FORMATIONS PARAMÉDICALES
Institut de **F**ormation d'**A**mbulanciers
Secrétariat : 02.31.56.83.19

Ce document est propriété du CHU de Caen - Toute utilisation, reproduction, modification est soumise à accord du propriétaire.

PÔLE DES FORMATIONS PARAMÉDICALES
Institut de **F**ormation d'**A**mbulanciers
Secrétariat : 02.31.56.83.19

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

CANDIDAT(E) :

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 :** .....

Attestation conforme à l'annexe VI de l'arrêté du 11 avril 2022

Ce document est propriété du CHU de Caen - Toute utilisation, reproduction, modification est soumise à accord du propriétaire.