

FICHE D'INSCRIPTION

Candidat(e) dispensé(e) de sélection :

Nom de naissance : _____

Prénom : _____

Nom d'usage (s'il y a lieu) : _____

Né(e) le : _____

Lieu de naissance et n° département : _____

Nationalité : _____

Diplôme : _____

Adresse : _____

Tél. : _____

Adresse-mail : _____

J'autorise l'institut à publier mes nom et prénom sur Internet pour la diffusion des résultats de la sélection

OUI ☐

NON ☐

Candidature pour l'entrée au Campus Paramédical du CHU de Caen Normandie
(Filière ambulancier-ère, session du 11 janvier 2027)

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 :/...../..... Place par ordre d'inscription : N°.....

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) ;
- ☐ L'attestation de formation d'auxiliaire-ambulancier(ère) ;
- ☐ 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)

Obligations vaccinales des étudiants/élèves en filières de santé

Je soussigné(e), Docteur.....

Certifie que Mme, M.né(e)le...../...../.....

A reçu les vaccinations suscitées,

Fait à le...../...../.....

Signature et cachet du médecin :

Obligations vaccinales des étudiants/élèves en filières de santé

Vaccinations obligatoires	Dates
HÉPATITE B Noms des vaccins : Adulte : Engerix B20 ou HBVax Pro 10, Twinrix Enfant : Engerix B10, HB Vax Pro 5, Hexyon, Vaxelis, Infanrix hexa (DTPC, Hib, HB)	1 ^{ère} injection : 2 ^{ème} injection : 3 ^{ème} injection : Injection(s) complémentaire(s) éventuelle(s) : ET Sérologie de contrôle réalisée le : Ac anti HBs = Ac anti HBc = (obligatoires si Ac anti-HBs < 100) Résultat antigènes HBs :
DIPHTERIE-TETANOS-POLIOMYÉLITE +/- Coqueluche Noms des vaccins : DTP : Revaxis DTPCoq : Infanrix tétra, quinta, hexa ; Tétravac/coq, Pentavac/coq, Hexyon, Vaxelis (DTPC, Hib, HB) Repevax ; Boostrix Tétra <i>Le dernier vaccin contenant la valence coqueluche doit dater de moins de 5 ans (recommandation)</i>	Primo vaccination (3 ou 4 injections) : Rappel 6 ans : Rappel 11-13 ans : Autres dates : Et date de la dernière injection avec valence anticoquelucheuse :
Rougeole – Oreillons – Rubéole Noms des vaccins : ROR, Priorix, MMR Vax Pro	1 ^{ère} injection : 2 ^{ème} injection :
Recommandées mais non obligatoires :	
Varicelle Noms des vaccins : Varivax, Varilrix	Maladie : Ou vaccination (x2) :
Méningite ACWY (nom du vaccin, 1 dose): Noms des vaccins : Nimenrix, Menquadfi, Menvéo	
Méningite B (2 doses) : Noms des vaccins : Bexsero, Trumenba	- -
Human Papilloma Virus : Noms des vaccins : Gardasil 9 (ou 4), Cervarix	- - -
BCG ; Tubertest ou Quantiféron (dates)	

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

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**

TRANSMISSION DES DONNÉES

Je soussigné(e), (Nom Prénom) _____

Candidat (e) pour l'admission en janvier 2027 au Campus Paramédical du CHU de Caen Normandie,
filiale ambulancier-ère :

☐ 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

**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