

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

CANDIDAT(E) :

NOM DE NAISSANCE : _____

Prénom : _____

NOM D'USAGE (s'il y a lieu) : _____

Date de naissance : _____

Lieu de naissance et n° département : _____

Nationalité : _____

Adresse : _____

Tél. : _____

Partie réservée à l'administration

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

(Voir au dos la liste des pièces à fournir)

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

☐ **Curriculum Vitae**

☐ **Photocopie recto verso de votre pièce d'identité** *en cours de validité* **(une carte d'identité ou un passeport** pour les ressortissants de l'UE, un **titre de séjour** pour les ressortissants hors UE)

☐ **Photocopie recto verso du permis de conduire hors période probatoire** conforme à la réglementation en vigueur et en état de validité

☐ **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

☐ **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.

☐ Les photocopies du carnet de santé ou de vaccinations et du résultat de la sérologie de l'hépatite B si la vaccination est complète (3 injections).

☐ **Certificat médical de non contre-indication à la profession d'ambulancier** à faire remplir par un médecin agréé* par l'ARS

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.

Pièce médicale non obligatoire

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

Coût de la formation : **1215 €** *non assujettis à la TVA.*

Mode de paiement ou de financement de la formation :

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

☐ Paiement personnel par chèque (le chèque devra être envoyé avec le dossier de rentrée et après confirmation téléphonique que votre dossier est retenu).

☐ Paiement personnel et souhaite payer en plusieurs échéances.

☐ Pris(e) en charge par un organisme habilité ou par l'employeur (précisez l'organisme ou l'employeur) : (Rayez la mention inutile. Merci de joindre l'attestation ou l'accord de prise en charge).

.....

➤ Si la demande de prise en charge est en cours, précisez :

Nom-prénom et coordonnées de la personne chargée du dossier de demande de financement

(Tél. et/ou adresse-mail) :

.....

.....

☐ Autre, à préciser :

La formation **n'est plus éligible au CPF** depuis le 1^{er} janvier 2022 pour une durée indéterminée.

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 :
<i>Si Ac anti HBs <100, la sérologie HB doit être complétée (avec Ac anti HBc)</i> 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 antioquelucheuse :
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
- ☐ D'exercer le métier d'ambulancier

A , le

Signature et cachet du Médecin Agréé

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**