PÔLE DES FORMATIONS PARAMÉDICALES
Institut de **F**ormation d'**A**mbulanciers
Tél. 02-31-56-83-19

FICHE D'INSCRIPTION

CANDIDAT(E) :

NOM DE NAISSANCE **:** _____

Prénom : _____

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

Né(e) le : _____

Lieu de naissance et n° département : _____

Nationalité : _____

Diplôme obtenu le plus élevé : _____

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*** ☐

SÉLECTION POUR L'ENTRÉE A L'IFA (Session du **19 janvier 2026**)

Parcours complet ☐ Parcours partiel ☐

Partie réservée à l'administration

Date d'envoi ou de dépôt du dossier :

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

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

☐ La fiche d'inscription complétée ;

☐ Un Curriculum Vitae et une lettre manuscrite de motivations non agrafés ;

☐ 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 d'ambulance, ou du cerfa, après examen médical effectué dans les conditions définies 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 de 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 du résultat de la sérologie de l'hépatite B si la vaccination est achevée (3 injections) ;

☐Le formulaire «Transmission des données » ;

☐ Selon la situation du candidat, la copie des originaux de ses diplômes ou titres traduits en français ;

☐ Le cas échéant, la copie de ses relevés de résultats et appréciations ou bulletins scolaires ;

☐ Pour les ressortissants hors Union européenne, une attestation du niveau de langue française requis B2 ou tout autre document permettant d'apprécier la maitrise de la langue française ;

☐ **Selon la situation du candidat*, l'attestation de suivi du stage* d'observation** dûment remplie par l'établissement d'accueil et à remettre au plus tard le jour de l'entretien, ou ***l'attestation de l'employeur*** pour les candidats ayant exercé au moins un mois, en continu ou en discontinu, comme auxiliaire ambulancier ou comme conducteur d'ambulance dans les trois dernières années avec la ou les fiches de paye correspondantes ;

☐ **Selon la situation professionnelle du candidat et si attestation en cours de validité**, la photocopie de l'AFGSU (Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence) **(non obligatoire pour les autres candidats)** ;

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

Uniquement pour les candidats concernés

☐ **Si pas de diplôme requis pour être dispensé(e) de l'admissibilité),** le document manuscrit relatant (au choix du candidat) et en lien avec le métier (2 pages maximum non agrafées),

- Soit une situation personnelle ou professionnelle vécue
- Soit son projet professionnel

☐ **Selon la situation du candidat**, les attestations de travail accompagnées éventuellement des appréciations et/ou recommandations de l'employeur (ou des employeurs) en complément du document manuscrit ;

☐ Les candidats peuvent joindre tout autre justificatif valorisant un engagement ou une expérience personnelle en lien avec la profession d'ambulancier en complément du document manuscrit ;

Pièce non obligatoire

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

Le document manuscrit relatant, au choix du candidat, soit une situation personnelle ou professionnelle vécue, soit son projet professionnel en lien avec les attendus de la formation (cf. Notice d'information, paragraphe ***2.1***), n'excédant pas 2 pages, pour les candidats sans diplôme requis pour être dispensés de l'admissibilité (cf. Notice d'information, paragraphe ***3.1***)
Les candidats dispensés de l'admissibilité sont dispensés du document manuscrit.

Les candidats **peuvent joindre** tout autre justificatif valorisant un engagement ou une expérience personnelle en lien avec la profession d'ambulancier.
Selon la situation, les candidats peuvent aussi joindre les attestations de travail accompagnées éventuellement des appréciations et/ou recommandations de l'employeur (ou des employeurs).

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

NE RIEN INSCRIRE

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

Situation personnelle ou professionnelle vécue ou projet professionnel en lien avec les attendus de la formation. Ce document n'excède pas deux pages.

NOM et PRÉNOM DU CANDIDAT : **……..**

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

TRANSMISSION DES DONNÉES

Je soussigné(e), (Nom Prénom) _____

candidat (e) à la sélection pour l'admission en janvier 2026 en Institut de Formation d'ambulanciers :

☐ 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
Tél. 02-31-56-83-19

ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR POUR LES PERSONNES AYANT EXERCÉ AU MOINS UN MOIS EN QUALITÉ D'AUXILIAIRE AMBULANCIER OU CONDUCTEUR D'AMBULANCE

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					
BILAN					

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.

PÔLE DES FORMATIONS PARAMÉDICALES
Institut de Formation d'Ambulanciers
Tél. 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 Formation d'Ambulanciers
Tél. 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 Formation d'Ambulanciers
Tél. 02-31-56-83-19

DEMANDE DE STAGE

ARRÊTÉ DU 11 AVRIL 2022, ARTICLE 6

« *Pour se présenter à l'entretien d'admission, les candidats doivent réaliser un stage d'observation dans un service hospitalier en charge du transport sanitaire ou dans une entreprise de transport sanitaire* […], *pendant une durée de 70 heures*.
Ce stage est réalisé de façon continue sur un seul lieu de stage. »

Entité organisatrice : l'Institut de Formation d'Ambulanciers (I.F.A) du CHU de Caen

L'INSTITUT

L'I.F.A. s'engage à organiser le stage de 70 heures et à fournir une convention tripartite, sous réserve que la demande soit envoyée dans les délais impartis, soit **jusqu'au 20 octobre 2025** (cachet de la poste faisant foi).

LE OU LA CANDIDATE

M.☐ Mme ☐

Nom : .....Date de naissance : .....

Prénom :.....Lieu de naissance : .....

Adresse :.....

.....

.....

Tel : ..... Courriel : .....

☐ Souhaite que l'IFA organise un stage d'observation

Région, ville ou établissement(s) souhaité(s)(e) : .....

.....

.....

Période(s) de stage souhaitée(s) si vous travaillez : .....

☐ Je m'engage à m'inscrire à la sélection d'entrée à l'I.F.A. du CHU de CAEN.

☐ Je m'engage à fournir à l'établissement d'accueil la copie de l'assurance couvrant la responsabilité civile sur toute la durée du stage.

☐ Je m'engage à fournir à l'institut la copie de l'assurance couvrant la responsabilité civile sur toute la durée du stage.

☐ Je joins un **chèque** à l'ordre du trésorier principal du CHU d'un montant de **10 euros** au montant des frais d'inscription et/ou d'organisation du stage, non remboursables en cas d'abandon. **Pas d'espèces**. 10 euros encaissés après le démarrage du stage.

Fait à CAEN, le : ..... Signature :

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

PÔLE DES FORMATIONS PARAMÉDICALES
Institut de Formation d'Ambulanciers
Tél. 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 Formation d'Ambulanciers
Tél. 02-31-56-83-19

ATTESTATION DE SUIVI DU STAGE D'OBSERVATION

CANDIDAT(E) :

Nom : ..... Nom marital : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Code postal : ..... Ville : .....

Tel. : ..... Mail : .....

DATES DU STAGE :

Du ..... **au** ..... **Nombre d'heures effectuées :** .....

ENTREPRISE

Nom : .....

N° Siret : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Nom et fonction du responsable du suivi du stage d'observation du candidat :

.....

APPRÉCIATION du CANDIDAT (mettre une croix dans la colonne choisie et motivez impérativement votre choix dans la case observations)

CRITÈRES	Insuffisant	Moyen	Bon	Très bon	Observations
Aptitudes physiques (agilité, résistance, port de charges, ergonomie)					
Aptitudes relationnelles (communication avec les membres de l'équipe, relation avec les patients)					
Motivation professionnelle					
Exactitude, rigueur					
Maitrise des caractéristiques spécifiques d'un véhicule sanitaire					
BILAN					

CACHET et signature du responsable de l'entreprise :

Date : .....

Attestation conforme à l'annexe IV 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.