



FORMATION AMBULANCIER

-Session 20-

Septembre 2021

DOSSIER D'INSCRIPTION

ADRESSE POSTALE

IFMS
Centre Hospitalier
3 Quai de l'hôpital – BP 229
89306 JOIGNY Cedex

LIEU DE FORMATION INSTITUT DE FORMATIONS AUX METIERS DE LA SANTE

Place Cassini
1 avenue d'Hanover
89300 JOIGNY

Tél : 03.86.92.33.66

E-MAIL : ifms@ch-joigny.fr

SITE INTERNET : ifmsjoigny.com

Clôture des inscriptions / Retour des dossiers :

Ouverture des inscriptions le 29 mars 2021

Clôture des inscriptions le 11 juin 2021

Résultats affichés le 25 juin 2021

Les dossiers incomplets ou reçus hors délais ne seront pas traités.

Formation

Capacité d'accueil :

12 personnes **

** À confirmer selon le nombre de report de la session précédente

** Personne en apprentissage « hors quota »

Conditions d'inscription

Arrêté du 26 janvier 2006 et de l'arrêté du 18 avril 2007 relatif aux conditions de formation de l'auxiliaire ambulancier et au diplôme d'état ambulancier

Formation complète, être titulaire :

D'un permis de conduire catégorie B conforme à la réglementation en vigueur et en état de validité,

à savoir supérieur à 3 ans – ou 2 ans si conduite accompagnée avec attestation de l'auto-école

à la date de clôture des dossiers. Ne pas être titulaire d'un permis probatoire.

Formation modulaire:

Des dispenses de modules de formation pourront être attribuées pour des titulaires de diplômes paramédicaux

Conditions d'admission

L'organisation de l'épreuve d'admission pour l'ensemble des candidats inscrits, sont aménagées selon les modalités suivantes : Sélection sur la base d'un examen de dossier et d'une pièce complémentaire.

Pour répondre aux attendus de la formation concernée, une pièce complémentaire est demandée par l'institut de formation. Cet examen du dossier et de la pièce complémentaire jointe est noté sur 20 points. Sont admis en formation les candidats les mieux classés, ayant obtenu une note égale ou supérieure à 10 sur 20 dans la limite des places disponibles pour la rentrée en formation ambulancier

SELECTION SUR ETUDE DE DOSSIER avec pièce complémentaire :

«Sur la base du référentiel de formation comportant 8 compétences à acquérir (=8 modules), vous développerez pour chacun de ces modules vos attentes pour cette formation puis vous exposerez vos motivations pour exercer le métier d'ambulancier. Vous pouvez utiliser votre expérience professionnelle ou personnelle pour argumenter votre projet professionnel. »

LA FORMATION

La formation conduisant au diplôme d'ambulancier comporte 630 heures* d'enseignement théorique et clinique réparties ainsi :

- ▶ Enseignement en Institut de formation : 455 heures* (13 semaines)
- ▶ Enseignement en stage clinique et en stage entreprise : 5 semaines* (175 heures).

Les modules de formation correspondent à l'acquisition des huit compétences du diplôme :

Module 1 : Dans toute situation d'urgence, assurer les gestes adaptés à l'état du patient. Enseignement et validation de l'AFGSU 1 de niveau 1 et 2 (105 heures*) + 35 heures* de stage dans un service d'urgence.

Module 2 : Apprécier l'état clinique du patient (70 heures*) + 35 heures* de stage en SAMU ou SMUR avec passage en salle d'accouchement si possible ou stage optionnel supplémentaire en service d'urgence.

Module 3 : Respecter les règles d'hygiène et participer à la prévention de la transmission des infections (35 heures*).

Module 4 : Utiliser les techniques préventives de manutention et les règles de la sécurité pour l'installation et la mobilisation du patient (70 heures*) + 35 heures* de stage.

Module 5 : Etablir une communication adaptée au patient et à son entourage (70 heures*).

Module 6 : Assurer la sécurité du transport sanitaire (35 heures*) + 70 heures* de stage en entreprise de transport sanitaire.

Module 7 : Rechercher, traiter et transmettre les informations pour assurer la continuité des soins (35 heures*).

Module 8 : Organiser les activités professionnelles dans le respect des règles et des valeurs de la profession (35 heures*).

Sont déclarés reçus au diplôme d'Etat Ambulancier les candidats titulaires de l'AFGSU de niveaux 1 et 2 qui ont validé l'ensemble des compétences du diplôme

(*MODIFICATION POSSIBLE)

CONSTITUTION DU DOSSIER D'INSCRIPTION

Conformément à l'arrêté du 26 janvier 2006 et de l'arrêté du 18 avril 2007 relatif aux conditions de formation de l'auxiliaire ambulancier et au diplôme d'état ambulancier

- ▶ La fiche d'inscription dûment complétée.
- ▶ Le dossier médical également complété et signé par un médecin agréé ARS. Si vous n'êtes pas dans l'Yonne, vous devez joindre la liste des médecins agréés de votre département à votre dossier d'inscription.
- ▶ La photocopie recto/verso du **permis de conduire catégorie B conforme à la réglementation en vigueur et en état de validité**, à savoir **+ de 3 ans ou 2 ans si conduite accompagnée** avec attestation de l'auto-école à la date de clôture des dossiers. Ne pas être titulaire d'un permis de conduire probatoire.
- ▶ 1 photocopie recto/verso de votre carte d'identité en cours de validité.
- ▶ 1 photographie d'identité récente (noter votre nom et prénom au dos)
- ▶ La pièce complémentaire
- ▶ La photocopie des diplômes
- ▶ Un curriculum vitae et une lettre de motivation
- ▶ L'autorisation d'authentification du diplôme.
- ▶ La photocopie recto/verso de l'attestation préfectorale de **conduite des ambulances délivrée par la Préfecture de votre département sur présentation du document CERFA « CERTIFICAT MEDICAL »** que vous vous procurerez : à la préfecture de votre département site internet <http://www.yonne.gouv.fr/Demarches-administratives/Permis-de-conduire/Le-controle-medical-de-l-aptitude-a-la-conduite>. (Ce document est à faire remplir par le **médecin agréé par la Préfecture** de votre département).
- ▶ 4 timbres au tarif en vigueur **20gr.**
- ▶ 1 enveloppe format A4 timbrée au tarif recommandé (**250gr**) avec le formulaire d'accusé de réception **rempli** (vos nom et adresse dans le cadre « destinataire » et l'adresse de l'institut : IFMS, 3 quai de l'Hôpital, BP 229, 89306 JOIGNY Cedex dans le cadre « expéditeur ». Cette enveloppe servira à vous adresser votre dossier d'admission.
- ▶ Un chèque de **100 €** de frais d'inscription à l'ordre du TRESOR PUBLIC.
Ces droits d'inscription restent acquis, même en cas de désistement ou d'absence aux épreuves de sélection.

LE DOSSIER D'INSCRIPTION DOIT ÊTRE RETOURNÉ AU PLUS TARD LE 11 JUIN 2021

Cachet de la poste faisant foi

- ▶ Soit déposé au secrétariat de l'Institut de Formations (ouvert du lundi au vendredi de 9 h à 16 h)
1 Avenue d'Hanover – Place Cassini - 89300 JOIGNY
- ▶ Soit envoyé par courrier (recommandé avec accusé de réception) à :
Institut de Formations –CENTRE HOSPITALIER - 3 Quai de l'hôpital – BP 229 - 89306 JOIGNY Cedex

TOUT DOSSIER D'INSCRIPTION INCOMPLET, ARRIVÉ APRES LA CLOTURE OU NE COMPORTANT PAS LE CHEQUE D'INSCRIPTION, NE SERA PAS PRIS EN CONSIDÉRATION.

DOSSIER MEDICAL

OBLIGATIONS REGLEMENTAIRES POUR L'ENTREE EN INSTITUT DE FORMATION AMBULANCIER

Vous souhaitez suivre la formation d'ambulancier. Par conséquent, comme le stipule l'article 13 de l'arrêté du 26 janvier 2006 modifié, vous devez présenter LORS DE VOTRE INSCRIPTION :

- ✓ Une attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulance après examen médical effectué dans les conditions définies à l'article R221-10 du code de la route : document CERFA ;
- ✓ Un certificat médical de vaccination conforme à la réglementation en vigueur à faire remplir par votre médecin traitant.
- ✓ Un certificat médical rédigé par un médecin agréé par l'ARS attestant que le candidat ne présente de contre-indication physique et psychique à l'exercice de la profession.

Ces certificats doivent dater **de moins de 1 an avant la rentrée.**

Seuls seront acceptés les documents ORIGINAUX fournis par l'Institut.

L'admission définitive dans l'Institut de Formations d'Ambulancier est subordonnée à la production de ces documents.

NB : En cas de contre-indication à l'une des vaccinations obligatoires, votre dossier d'admission sera soumis à l'arbitrage du Médecin Inspecteur Départemental ou Régional de la Santé.

* Le médecin agréé doit figurer sur la liste ARS départementale. S'il ne s'agit pas de l'Yonne, la liste des médecins agréés vous sera fournie par l'Agence Régionale de Santé du département dans lequel vous ferez faire le certificat. Vous devrez joindre à votre dossier la liste donnée par l'ARS de votre département prouvant que le médecin signataire du certificat est bien agréé.

Adresse postale :
Centre Hospitalier - IFMS
3 Quai de l'Hôpital
BP 229
89306 JOIGNY CEDEX



CERTIFICAT MEDICAL DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES POUR L'EXERCICE DE LA PROFESSION D'AMBULANCIER A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Je soussigné.e DOCTEUR - Nom Prénom :

Adresse :Téléphone : __ / __ / __ / __ / __

CERTIFIE QUE M , Mme , Mlle

Nom de naissance :(2)

Nom d'époux.se.....(2)

Prénoms.....(2) Né(e) le __ / __ / ____.

Pour la vaccination contre l'hépatite, se référer aux conditions définies par le Ministère de la Santé - voir les recommandations ARS page suivante :

LA. LE CANDIDAT.E	OUI	NON
EST A JOUR de ses vaccinations contre la diphtérie, le tétanos, la		
A REÇU 3 vaccinations contre l'hépatite B		
A PROCÉDÉ au contrôle de sa sérologie Hépatite B		
EST IMMUNISÉ.E contre l'hépatite B selon les recommandations ARS		
EST RÉPONDEUSE.EUR à la vaccination contre l'Hépatite B		
A ÉTÉ VACCINÉ.E contre la tuberculose		
A PRATIQUÉ un test tuberculinique depuis moins de trois mois		
Date du test tuberculinique (IDR) : __ / __ / ____ Résultat :		

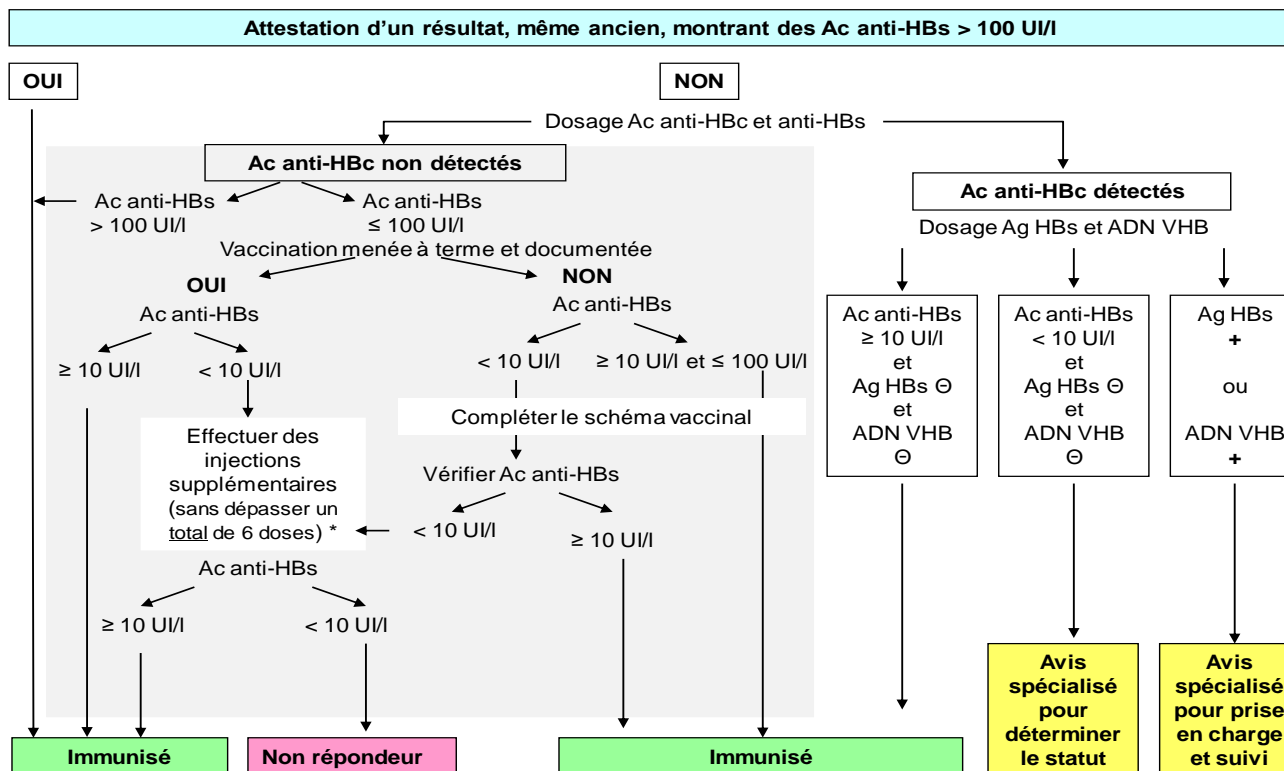
Fait àLe __ / __ / 20__.

Signature et cachet du médecin :

La. Le candidat.e qui n'est pas à jour ne pourra effectuer son stage d'orientation professionnelle ni suivre la formation.

Nota bene : Selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour ces professionnels de santé, il est par ailleurs recommandé d'être immunisé contre la coqueluche, la rougeole, la rubéole, la varicelle et la grippe saisonnière.

Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 et dont les conditions sont fixées par l'arrêté du 2 août 2013



* Sauf cas particulier voir 4° de l'annexe 2 de l'arrêté

Légende : Ac : anticorps ; Ag : antigène ; VHB : virus de l'hépatite B

Textes de référence

- Articles L.3111-1, L.3111-4 et L.3112-1 du code de la santé publique (CSP)
- Arrêté du 15 mars 1991 fixant la liste des établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins dans lesquels le personnel exposé doit être vacciné, modifié par l'arrêté du 29 mars 2005 (intégration des services d'incendie et de secours)
- Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiques
- Arrêté du 6 mars 2007 relatif à la liste des élèves et étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des autres professions de santé pris en application de l'article L.3111-4 du CSP
- Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux (Titre III)
- Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L.3111-4 du CSP

Calendrier vaccinal en vigueur (cf. Site du ministère chargé de la santé : <http://www.sante.gouv.fr/vaccinations-vaccins-politique-vaccinale.html>)

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE À L'EXERCICE DE LA PROFESSION D'AMBULANCIER À REMPLIR PAR LE MEDECIN AGRÉÉ PAR L'ARS

Je soussigné.e, Docteur....., Médecin agréé par l'ARS, (1)

Certifie avoir examiné ce jour M , Mme , Mlle

Nom de naissance :(2)

Nom d'époux.se.....(2)

Prénoms.....(2) Né(e) le __ / __ / ____.

J'ATTESTE QUE LA.LE CANDIDAT.E (2 cases à cocher)

☞ Présente ... ou Ne présente pas ...

... des contre-indications à la conduite à la conduite d'ambulance (Article R.221.10 du Code de la Route) – remplir également le document CERFA

☞ Présente ... ou Ne présente pas ...

... des problèmes locomoteurs, psychiques, de handicap incompatible avec l'exercice de la profession d'ambulancier – handicap visuel, auditif, amputation d'un membre... - Article 1^{er} de l'arrêté du 26 janvier 2006 modifié relatif aux conditions de formation –

Fait àLe __ / __ / 20__.

SIGNATURE et CACHET DU MEDECIN AGRÉÉ PAR L'ARS OBLIGATOIRES :

(1) **Figurant sur la liste départementale des médecins agréés** – à fournir par le candidat hors Yonne.

(2) **Nom et prénom en caractères d'imprimerie.**



AUTORISATION POUR L'AUTHENTIFICATION DU DIPLOME

Vous êtes titulaire d'un diplôme. Afin de valider votre inscription, l'Institut de Formations doit procéder à la vérification de la validité de votre diplôme auprès de l'académie ou de l'instance qui vous l'a délivré. Pour ce faire, nous vous remercions de remplir ci-dessous et nous le retourner avec votre dossier d'inscription et la copie de votre diplôme.

Je soussigné(e),, autorise l'Institut de Formations du Centre Hospitalier de JOIGNY, à procéder à la vérification de la validité de mon diplôme auprès de ¹

AUTORISATION DE DIFFUSION DES RESULTATS

LORS DES EPREUVES DE SELECTION AMBULANCIER

A l'issue des épreuves de sélection d'ambulancier, l'institut de formation de l'Yonne, est susceptible de diffuser les résultats sur leur site Internet.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, nous avons besoin de votre accord.

Je soussigné(e), Mme, M.,¹, candidat(e) au concours d'entrée d'ambulancier

autorise n'autorise pas, la diffusion des informations dans le cadre cité ci-dessus.

Pour faire valoir ce que de droit.

Fait le __ / __ / ____ à

Signature :

¹Rayer la mention inutile

¹ Noter les références -nom, adresse et téléphone- de l'académie (pour les diplômes scolaires) ou de l'instance (exemple : DRJSCS pour les diplômes médico-sociaux) qui vous a délivré votre diplôme.





ANNEXE 1: ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR POUR LES AUXILIAIRES AMBULANCIERS

Attestation conforme à l'annexe II de l'arrêté du 26 janvier 2006

ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR POUR LES PERSONNES AYANT EXERCE AU MOINS UN MOIS EN QUALITE D'AUXILIAIRE AMBULANCIER

CANDIDAT

Nom de naissance: Nom d'époux(se):

Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville.....

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Adresse de messagerie :

ENTREPRISE D'ACCUEIL

Période d'exercice professionnel : Du/..... au/..... 201.....

Nom de l'entreprise :

N° Siret :

Coordonnées de l'entreprise :

Nom du responsable du suivi du stage de découverte du candidat :

Fonction dans l'entreprise.....

APPRÉCIATIONS 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 détaillée					

Date de l'évaluation : __ / __ / 20 __ CACHET ET SIGNATURE du responsable

d'entreprise.....





ACCUSE DE RECEPTION D'INSCRIPTION EN FORMATION AMBULANCIER

À remplir par le candidat :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Adresse mail :

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

LISTE DES PIÈCES :	OUI	NON	COMMENTAIRES	
Fiche d'inscription				
Photographie d'identité				
Photocopie de la pièce d'identité valide				
Photocopie du permis de conduire valide				
Copie de l'attestation préfectorale de permis de conduire un véhicule de transport sanitaire				
Diplôme				
Autorisation d'authentification du diplôme et des résultats				
Pièce complémentaire				
Curriculum vitae				
Lettre de motivation				
Règlement d'inscription de 100 €				
4 timbres affranchis au tarif 20gr				
1 enveloppe, format A4 renforcée affranchie au tarif recommandé AR 250gr				
Certificat médical d'aptitude par médecin ARS				
Vaccinations	En cours	A jour	Signature médecin ARS	Commentaires

Votre demande d'inscription est validée : OUI : NON : En attente :

Vous devez impérativement envoyer les pièces manquantes pour le :

Date :

Cachet de l'Institut :

