



## DOSSIER D'INSCRIPTION AUXILIAIRE AMBULANCIER

### ADRESSE POSTALE

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

### LIEU DE FORMATION

IFMS JOIGNY  
Place Cassini  
Quartier Abescat  
89300 JOIGNY

**Tél : 03.86.92.33.66**

**E-MAIL : [ifms@ch-joigny.fr](mailto:ifms@ch-joigny.fr)**

**SITE INTERNET : [ifmsjoigny.com](http://ifmsjoigny.com)**

**INSTITUT DE FORMATION AUX METIERS DE LA SANTE**

**FILIERES AMBULANCIERS – AIDES-SOIGNANTS – AUXILIAIRES DE PUERICULTURE**

**FORMATIONS CONTINUES – SECRETAIRE ASSISTANTE MEDICO-SOCIALE**

ADRESSE POSTALE : 3 QUAI DE L'HOPITAL – BP 229 – 89306 JOIGNY CEDEX

LIEU DE FORMATION : QUARTIER ABESCAT -1 AVENUE D'HANOVER – 89300 JOIGNY

TEL: 03-86-92-33-66 FAX : 03-86-92-32-91

**Courriel** : ifms@ch-joigny.fr **Site** : ifmsjoigny.com





## **FICHE INSCRIPTION** **AUXILIAIRE AMBULANCIER**

Mme     M.

NOM DE NAISSANCE .....

NOM D'USAGE .....

PRÉNOM(S) .....

SITUATION FAMILIALE .....

NAISSANCE DATE ..... / ..... / ..... LIEU ET DEPARTEMENT .....

NATIONALITÉ .....

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE .....

ADRESSE .....

.....

CODE POSTAL ..... VILLE .....

***(En cas de changement d'adresse, prévenir l'I.F.M.S.)***

☎ PORTABLE .....

☎ DOMICILE .....

ADRESSE MAIL .....@ .....

DATE D'OBTENTION DU PERMIS DE CONDUIRE : ..... / ..... / .....

### **Adresse mail obligatoire et lisible (pour l'envoi du dossier d'inscription)**

Prise en charge financière :

Personnelle     Pôle emploi : (Précisez identifiant) .....

Autre : (Précisez) .....

Employeur : (Nom et adresse) .....

.....

✓ Fournir une prise en charge financière de votre employeur lors du retour de dossier.

✓ Si vous réglez vous-même la formation, elle devra être payée à la réception du titre de paiement du trésor public (échancier possible sur demande).

Je soussigné(e), .....

atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés dans ces documents.

A ..... le .....

Signature

Signature du représentant légal (pour les personnes mineures) : nom, prénom et lien de parenté

**INSTITUT DE FORMATION AUX METIERS DE LA SANTE**

**FILIERES AMBULANCIERS – AIDES-SOIGNANTS – AUXILIAIRES DE PUERICULTURE**

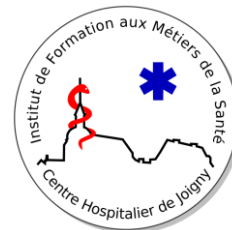
**FORMATIONS CONTINUES – SECRETAIRE ASSISTANTE MEDICO-SOCIALE**

ADRESSE POSTALE : 3 QUAI DE L'HOPITAL – BP 229 – 89306 JOIGNY CEDEX

LIEU DE FORMATION : QUARTIER ABESCAT -1 AVENUE D'HANOVER – 89300 JOIGNY

TEL: 03-86-92-33-66 FAX : 03-86-92-32-91

**Courriel** : ifms@ch-joigny.fr **Site** : ifmsjoigny.com





## 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
- Un Curriculum Vitae **ET** une lettre de motivation manuscrite
- Une 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 dépôt du dossier. Ne pas être titulaire d'un permis de conduire probatoire
- Une photocopie recto/verso de votre carte d'identité en cours de validité
- Une photographie d'identité récente (noter votre nom et prénom au dos)

Le document CERFA « PERMIS DE CONDUIRE – AVIS MEDICAL » que vous vous procurerez :  
→ à la mairie ou la préfecture de votre département  
→ sur le site <https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr>

Ce document est à faire remplir par le **médecin agréé par la Préfecture** de votre département pour qu'elle vous délivre le document d'autorisation de conduite des ambulances. Fournir la liste des médecins agréés de votre département – hors Yonne

- Une photocopie recto/verso de l'attestation préfectorale de **conduite des ambulances délivrée par la Préfecture de votre département**
- Le certificat médical d'aptitude ET de vaccinations** rempli par un médecin agréé par l'ARS, Agence Régionale de Santé
- 1 enveloppe format A4 – format 21 cm x 29,7 cm **mentionnant l'adresse du Candidat**
- Timbres valeur **RAR** avec Formulaire Recommandé avec Accusé de Réception **rempli** :  
↳ **Cadre Destinataire** : Adresse du Candidat à renseigner  
(Timbres + Formulaire à glisser dans l'enveloppe format A4)
- Un chèque de 100 € de frais de gestion de dossier à l'ordre du TRESOR PUBLIC.  
**(Non remboursables, même en cas de désistement ou d'absence à la formation).**

### ATTENTION

Certaines vaccinations sont obligatoires pour exercer la profession : Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Hépatite B, Tuberculose. Vous devrez prendre rendez-vous avec votre médecin traitant afin de régulariser vos vaccinations. Pour information : les consultations auprès des médecins agréés ne sont pas remboursées.

**Tout dossier incomplet sera retourné à l'intéressé(e)**



## **DEVIS**

### **FORMATION D'AUXILIAIRE AMBULANCIER**

La formation d'auxiliaire ambulancier est d'une **durée de 70 heures**

**Pour cette session**, les frais de formation s'élèvent à :

- ✓ 100 € de frais de gestion de dossier (non remboursables)
- ✓ 750 € de frais de scolarité pour le module de 70 heures



# DOSSIER MEDICAL

## OBLIGATIONS REGLEMENTAIRES POUR L'ENTREE EN INSTITUT DE FORMATION AUX METIERS DE LA SANTE

Vous souhaitez suivre une formation d'aide-soignant, d'auxiliaire de puériculture, d'ambulancier ou d'auxiliaire ambulancier, par conséquent, vous devez présenter LORS DE VOTRE INSCRIPTION :

- ✓ 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 Formation aux Métiers de la Santé est subordonnée à la production de ces documents.**

**Si vous n'êtes pas à jour dans vos vaccinations, vous ne pourrez suivre les stages pratiques, ce qui remettra en cause votre formation et ne vous permettra pas d'être diplômé-e.**

**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 MÉDICAL DE VACCINATIONS OBLIGATOIRE A L'EXERCICE DE LA PROFESSION A FAIRE REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Je soussigné, Docteur .....

Certifie avoir examiné ce jour : M , Mme

Nom de naissance (de famille).....(2)

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

Fait à ..... Le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

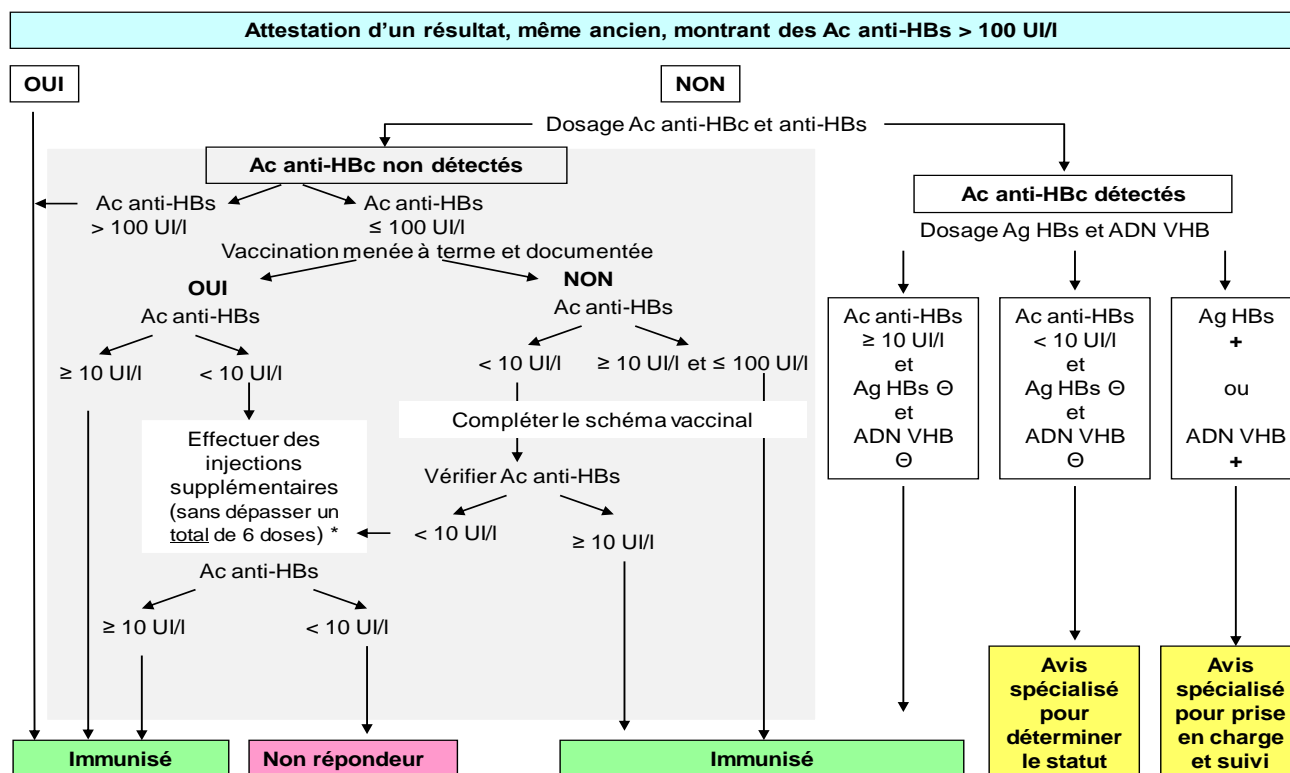
**SIGNATURE et CACHET DU MEDECIN OBLIGATOIRES :**

**LA. LE CANDIDAT.E QUI N'EST PAS A JOUR NE POURRA 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 CONTROLE DE L'IMMUNISATION CONTRE L'HEPATITE B DES PERSONNES MENTIONNEES A L'ARTICLE L.3111-4 ET DONT LES CONDITIONS SONT FIXEES PAR L'ARRETE 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 A L'EXERCICE DE LA PROFESSION**

- Aide-Soignant                       Auxiliaire de Puériculture                       Ambulancier  
 Auxiliaire Ambulancier

### **A REMPLIR PAR UN MEDECIN AGREE PAR L'ARS**

Je soussigné, Docteur....., Médecin agréé ARS, (1)

Certifie avoir examiné ce jour :            M ,    Mme

Nom de naissance (de famille).....(2)

Nom d'usage, si différent.....(2)

Prénoms.....(2)            Né(e) le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

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

PRESENTE ...            ou             NE PRESENTE PAS ...  
... de contre-indications physique ou psychologique à l'exercice de la profession

QU'IL OU ELLE EST IMMUNISE-E CONTRE L'HEPATITE B, sérologies  
contrôlées, résultats selon le schéma joint selon les directives de l'ARS page précédente

Fait à ..... Le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

**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 département 89. **Attention**, comme le stipule d'article 4 du décret n°88-386 du 19 avril 1988 relatif aux conditions d'aptitude physique des agents de la fonction publique hospitalière, **les médecins agréés appelés à examiner des candidats aux emplois de la fonction publique hospitalière dont ils sont médecins traitants sont tenus de se récuser.**

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