



DOSSIER D'INSCRIPTION FORMATION AUXILIAIRE AMBULANCIER

Session du 03 au 17 Avril 2023
AFGSU 2 du 18 au 20 Avril 2023

**Pour envoyer votre dossier
et/ou vos courriers**

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

**Pour vous former et nous
rendre visite**

IFMS
Place Cassini
1 avenue d'Hanover
89300 JOIGNY

Tél : 03.86.92.33.66

E-MAIL : ifms@ch-joigny.fr

SITE INTERNET : ifmsjoigny.com

FORMATION AUXILIAIRE AMBULANCIER

Arrêté du 11 avril 2022 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'ambulancier et aux conditions de formation de l'auxiliaire ambulancier (Article 2).

L'admission des candidats est déterminée en fonction de leur ordre d'inscription par dépôt de l'ensemble des pièces mentionnées en dernière page.

1. L'AUXILIAIRE AMBULANCIER

L'auxiliaire ambulancier est habilité à assurer la conduite du véhicule sanitaire léger et de l'ambulance. Il peut également être l'équipier de l'ambulancier dans l'ambulance.

Le professionnel titulaire du poste d'auxiliaire ambulancier doit disposer :

- d'un permis de conduire hors période probatoire, conforme à la réglementation en vigueur et en état de validité ;
- de l'attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulance après examen médical effectué dans les conditions définies à l'[article R. 221-10 du code de la route](#) ;
- d'un certificat médical de non-contre-indications à la profession d'ambulancier délivré par un médecin agréé ;
- d'un certificat médical de vaccinations conformément à l'[article L. 3111-4 du code de la santé publique](#) ;
- de l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2.
- d'une attestation de **formation de 70 heures avec évaluation des compétences acquises.**

2. LA FORMATION

Cette formation porte sur l'hygiène, les principes et valeurs professionnelles, la démarche relationnelle envers les membres de l'équipe et les patients, les principes d'ergonomie et les gestes et postures adaptés lors des mobilisations, des aides à la marche, des déplacements et des portages ou brancardages, et les règles du transport sanitaire.

Cette formation est délivrée par les instituts de formation autorisés pour la formation au diplôme d'Etat d'ambulancier.

Lorsque le directeur de l'institut de formation constate, en accord avec l'équipe pédagogique ayant réalisé la formation de 70 heures (en totalité), que les compétences acquises ne permettent pas d'exercer en tant qu'auxiliaire ambulancier, l'attestation de formation n'est pas délivrée.

Cette décision est motivée par écrit et notifiée à la personne ayant suivi la formation ;

AUXILIAIRE AMBULANCIER FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Nom de naissance :

Nom d'épouse :

Prénoms :

Date de naissance : __ / __ / ____

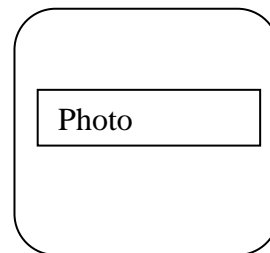
Lieu de naissance :

Département ou pays de naissance :

Situation familiale :

N° Sécurité Sociale :

Date d'obtention du permis de conduire : __ / __ / ____



ADRESSE	AUTRE RESIDENCE pendant les études
Adresse	Adresse
Code Postal – Ville	Code Postal – Ville
Téléphone portable :	
Téléphone fixe :	
Adresse mail@.....	

FINANCEMENT DE LA FORMATION :

Demandeur d'emploi (Numéro d'identifiant Pôle-Emploi obligatoire) :

Auto-Financement (Echéancier possible au trésor public - joindre le justificatif)

Employeur (Joindre attestation de prise en charge)

Nom, Adresse :

Autres (Préciser) :

Je certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Date : __ / __ / ____

Signature :

Les informations recueillies par l'IFMS font l'objet d'un traitement informatique destiné à assurer la gestion administrative des candidats. L'Agence régionale de Bourgogne, le Conseil Régional de Bourgogne, Pôle emploi et les 2 IFMS du groupement Nord Yonne sont destinataires d'informations nécessaires à l'accomplissement de leur mission. Ces données informatiques font l'objet de différentes enquêtes publiques. Conformément à la loi « Informatiques et Libertés », vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser à l'IFMS.

ENGAGEMENT DE FINANCEMENT FORMATION AUXILIAIRE AMBULANCIER

Je soussigné(e)

M'engage à payer :

1. Les frais de formation d'auxiliaire ambulancier d'un montant de :
 750 € (sept cent cinquante euros) pour les frais de formation
2. Les frais de formation des Gestes et Soins d'Urgences de niveau 2 d'un montant de :
 120 € (cent vingt euros) tarif étudiant
 500 € (cinq cents euros) tarif employeur ou financeur

NB : La signature du présent engagement de payer ne fait pas obstacle à une demande de prise en charge totale ou partielle auprès d'un organisme tiers.

Date : __ / __ / ____

Signature

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 **AU PLUS TARD LE JOUR DE VOTRE ENTREE EN FORMATION** :

- ✓ 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.

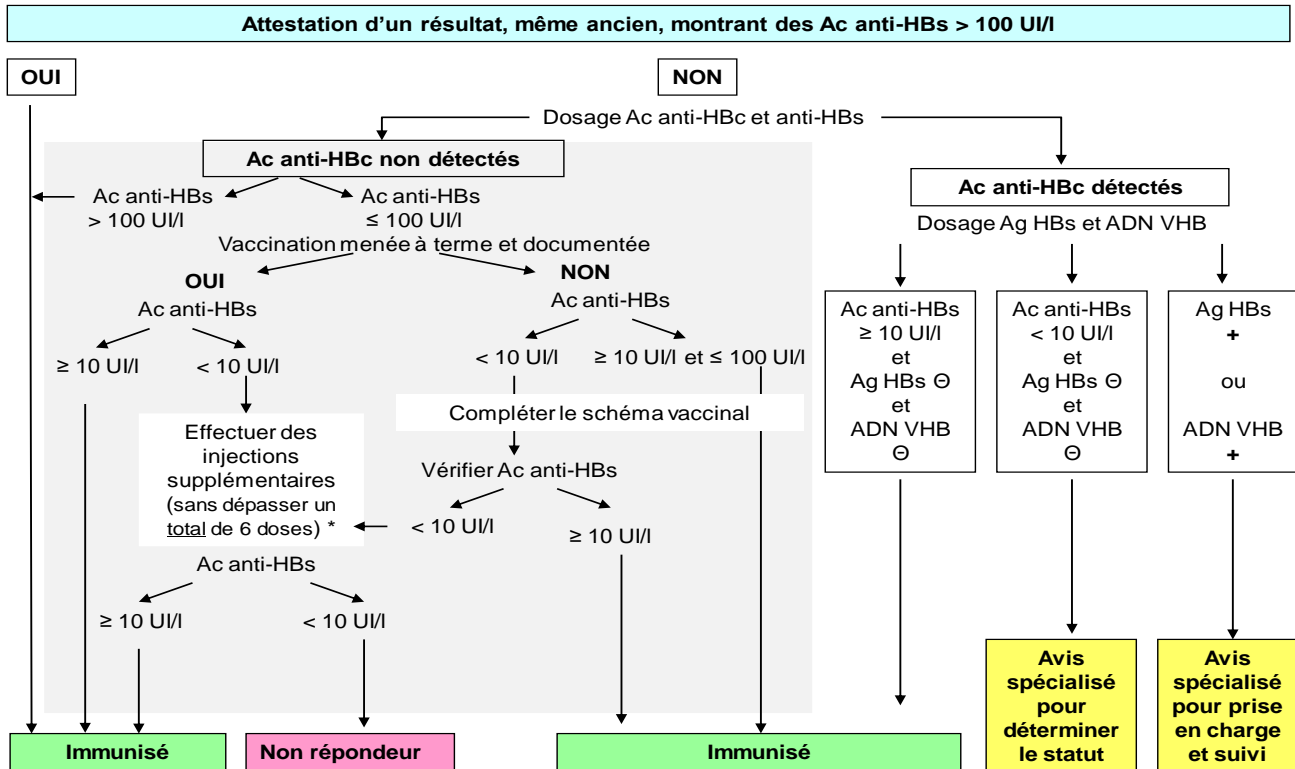
Si vous n'êtes pas à jour dans vos vaccinations, vous ne pourrez suivre les stages pratiques, ce qui remettra en cause votre formation et ne vous permettra pas d'être diplômé-e.

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

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 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
EST A JOUR de ses vaccinations contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite		
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 RÉPONDUSE.EUR à la vaccination contre l'Hépatite B		
EST VACCINÉ.E contre la Covid 19 (joindre le justificatif)		
A ÉTÉ VACCINÉ.E contre la tuberculose		
A PRATIQUÉ un test tuberculinique depuis moins de trois mois		
Date du test tuberculinique (IDR) : __ / __ / ____ Résultat :		

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.

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)

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.**

AUTORISATION D'UTILISATION DE L'IMAGE

L'Institut de Formations souhaite utiliser des photos et vidéos sur lesquelles vous pourriez apparaître pour :

- ✓ les mettre en ligne sur le réseau Intranet du Centre Hospitalier,
- ✓ dans le cadre des évènements marquants de sa vie institutionnelle,
- ✓ illustrer des activités pédagogiques,
- ✓ communiquer sur ses activités dans les médias locaux.

Dans le respect de la législation quant au droit à l'image et au droit du respect à la vie privée (article 226-1 du Code Pénal et loi n°78-17 du 6 janvier 1978), nous avons besoin de votre accord.

Je soussigné(e), M, Mme ¹

Autorise N'autorise pas

... la diffusion de mon image dans le cadre cité ci-dessus, et ce, pour la durée :

d'une année scolaire des cinq années à venir

Ceci pour faire valoir ce que de droit.

Date : __ / __ / ____

Signature

¹ Rayer la mention inutile.

ELEVES EN SITUATION DE HANDICAP

<p>Vous êtes en situation de handicap et vous souhaitez savoir si votre handicap est compatible avec la formation choisie</p> <p>Vous êtes en situation de handicap et vous avez des questions concernant la formation</p>	<p>Prendre rendez-vous avec la direction de l'IFMS : Tél : 03.86.92.33.66 Mail : ifms@ch-joigny.fr</p> <p>Ou</p> <p>Contactez la délégation régionale de l'AGEFIPH : Tél : 0800111009 Lien : https://www.agefiph.fr</p> <p>Ou</p> <p>Si vous êtes inscrit à Pôle Emploi, un conseiller pourra vous renseigner sur les démarches à effectuer</p> <p>Ou</p> <p>Contactez la MDPH de l'Yonne à Auxerre : Tél : 03.86.72.89.72 Mail : mdphy@yonne.fr Lien : https://www.mdp89.fr/formulaire/cpntact</p> <p>Ou</p> <p>Contactez CAP Emploi 89 : Tél : 03 86 52 45 11 Lien : https://www.capemploi-89.com/contact.html</p>
--	---

CONSTITUTION DU DOSSIER D'INSCRIPTION

LE DOSSIER DOIT ÊTRE DÉPOSÉ soit au secrétariat de l'Institut de Formations (ouvert du lundi au vendredi de 9 h à 16 h), soit envoyé par courrier

AU PLUS TARD 30 JOURS AVANT LE DEBUT DE FORMATION

TOUT DOSSIER D'INSCRIPTION INCOMPLET, NE SERA PAS PRIS EN CONSIDÉRATION.

NE PAS COCHER RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

- La fiche de renseignements dûment complétée.
- 1 photographie d'identité récente (noter votre nom et prénom au dos)
- 1 photocopie recto/verso de votre carte d'identité en cours de validité.
- 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.
- 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-contrôle-médical-de-l'aptitude-a-la-conduite>. (Ce document est à faire remplir par le **médecin agréé par la Préfecture** de votre département).
- Attestation de prise en charge, complétée et signée (**Obligatoire**)
- Autorisation de l'utilisation de l'image, complétée et signée
- 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. (Au plus tard le jour de votre entrée en formation)
- Un pass vaccinal Covid-19
- 1 enveloppe grand format, renseignée à votre adresse, affranchie en tarif recommandé (AR) et un formulaire d'accusé de réception rempli et glissé à l'intérieur. (Pour l'envoi des certificats)
- Chèque de **100€** de frais de gestion de dossier à l'ordre du Trésor Public (non remboursable même en cas d'absence à la formation).

Date de réception :

Commentaires :