



## **FORMATION AMBULANCIER(E)** **Session AOUT 2023**

### **DOSSIER D'INSCRIPTION**

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

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

## CALENDRIER SESSION AOUT 2023

### 1. Clôture des inscriptions / Retour des dossiers :

**Au plus tard le 30/06/2023**

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

### 2. Concours d'admission

Etudes de dossiers :	Du 03/07 au 05/07/2023 *
Résultats de l'étude de dossiers :	Le 07/07/2023 *
Entretien oral d'admission :	Du 17/07 au 19/07/2023 *
Résultats affichés :	Le 21/07/2023 *
Stage d'observation professionnelle : Attestation de suivi de stage en annexe	A remettre au jury de l'épreuve orale *

### 3. Formation

Début de formation :	Le 28 Août 2023 *
Fin de formation :	Le 02 Février 2024 *
Capacité d'accueil :	12 personnes **

*\*Dates indicatives se référer à vos convocations*

*\*\* À confirmer selon le nombre de reports de la session précédente*

## FICHE D'INSCRIPTION AMBULANCIER(E)

Mme       M.

NOM DE NAISSANCE .....

NOM D'USAGE .....

PRÉNOM(S) .....

SITUATION FAMILIALE .....

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

NATIONALITÉ .....

NUMERO SÉCURITÉ SOCIALE : .....

ADRESSE .....

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

TELEPHONE : .....

ADRESSE MAIL (OBLIGATOIRE) : .....@ .....

TRAVAILLEUR HANDICAPÉ :      oui                       non

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

AUXILIAIRE AMBULANCIER pendant un an et plus                      oui                       non

AUXILIAIRE AMBULANCIER pendant au moins un mois                      oui                       non

### **NIVEAU ET DERNIER DIPLOME OBTENU :**

SÉRIE OU INTITULÉ : .....

DATE D'OBTENTION : .....

### **PARCOURS DE FORMATION :**

- Parcours Complet
- Parcours passerelle DEAS
- Parcours passerelle DEAP
- Parcours passerelle Autres
- Parcours passerelle titres 1er, II, III et V du livre III de la 4<sup>ème</sup> partie du code de la santé publique

### FINANCEMENT DE LA FORMATION :

- Demandeur d'emploi (Numéro d'identifiant Pôle-Emploi obligatoire) : .....
- Auto-Financement (Echéancier possible au trésor public - joindre le justificatif)
- Continuité de scolarité (joindre le certificat)
- Employeur (Joindre attestation de prise en charge)
- Nom, Adresse : .....
- .....
- Autres (Préciser) : .....

### RENSEIGNEMENTS DEMANDEUR D'EMPLOI :

Date d'inscription Pole Emploi : -- / -- / --

Durée d'inscription : moins de 6 mois  6 à 11 mois  12 à 23 mois  2 ans et +

Indemnisé : oui  non

Date de fin d'indemnisation : -- / -- / --

Bénéficiaire du RSA : oui  non

### AUTORISATION DE PUBLICATION DES RESULTATS :

Autorise  N'autorise pas (joindre un courrier)

*De diffuser les résultats de sélections sur le site Internet de l'IFMS et la diffusion de mon nom dans les résultats du jury final sur les sites de l'IFMS et de la DREETS (Directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités). Conformément à la loi « Informatique et Libertés » n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, nous avons besoin de votre accord.*

### DROIT A L'IMAGE :

Autorise  N'autorise pas

*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 pour la diffusion de votre image dans le cadre cité ci-après : L'Institut de Formations souhaite utiliser des photos et vidéos sur lesquelles vous pourriez apparaître pour : mettre en ligne sur le réseau Intranet du Centre Hospitalier, dans le cadre des événements marquants de sa vie institutionnelle, illustrer des activités pédagogiques, communiquer sur ses activités dans les médias locaux.*

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

Je certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Date : \_\_ / \_\_ / 20 \_\_

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.*

## ÉPREUVES DE SÉLECTION

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

### 1. PRÉ-REQUIS

- ⇒ Admission sur concours
- ⇒ Aucune condition de diplôme n'est requise
- ⇒ Être titulaire du permis B en cours de validité depuis 3 ans ou 2 ans en conduite accompagnée
- ⇒ Fournir une 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
- ⇒ Fournir un certificat médical de non contre-indication à la profession d'ambulancier délivré par un médecin agréé par l'Agence Régionale de Santé
- ⇒ Fournir un certificat médical avec les vaccinations à jour

La sélection des candidats est effectuée par un jury de sélection sur la base d'un dossier et d'un entretien destinés à apprécier les connaissances, les aptitudes et la motivation du candidat à suivre la formation au Diplôme d'Etat d'Ambulancier.

### 2. ÉPREUVE D'ADMISSIBILITÉ – ETUDE DE DOSSIER

L'ensemble du dossier d'admissibilité est apprécié au regard des attendus de la formation, noté sur 20 points par un binôme d'évaluateurs composé d'un Ambulancier Diplômé d'Etat en activité professionnelle ou d'un chef d'entreprise de transport sanitaire titulaire du diplôme d'Etat d'Ambulancier, et d'un formateur permanent ou d'un directeur en institut de formation d'ambulanciers. Une note inférieure à 10 est éliminatoire.

Le dossier comprend les pièces demandées en dernière page (**cf. constitution du dossier d'inscription**).

Attendus	Critères
Intérêt pour le domaine de l'accompagnement et de l'aide à la personne (adulte et/ou enfant)	Connaissances dans le domaine sanitaire, médico-social, social ou sociétal Connaissance du métier
Qualités humaines et capacités relationnelles, aptitude physique	Aptitude à faire preuve d'attention à l'autre, d'écoute et d'ouverture d'esprit
	Aptitude à entrer en relation avec une personne adulte, à collaborer et à travailler en équipe
	Aptitude aux activités physiques
Aptitudes en matière d'expression écrite, orale	Maîtrise du français et du langage écrit et oral
	Pratique des outils numériques
Capacités organisationnelles	Aptitudes à s'organiser, à prioriser les activités, autonomie dans le travail

### **Sont dispensés de cette épreuve :**

- ✓ Les titulaires d'un titre ou diplôme homologué au niveau 4 (BAC) ou enregistré à ce niveau au répertoire national de certification professionnelle, délivré dans le système de formation initiale ou continue français
- ✓ Les titulaires d'un titre ou diplôme du secteur sanitaire ou social homologué au minimum au niveau 3, délivré dans le système de formation initiale ou continue français
- ✓ Les titulaires d'un titre ou diplôme étranger leur permettant d'accéder directement à des études universitaires dans le pays où il a été obtenu
- ✓ Les candidats ayant été admis en formation d'auxiliaires médicaux
- ✓ Les auxiliaires ambulanciers ayant exercé pendant un mois au minimum, en continu ou en discontinu, durant les trois dernières années et remplissant l'une de ces quatre conditions doivent fournir l'attestation d'employeur (annexée)

### **3. STAGE D'OBSERVATION**

Stage d'observation d'une durée de 70 heures à effectuer avant l'entretien oral d'admission. Ce stage est évalué par l'entreprise d'accueil. A l'issue du stage, le responsable du service ou de l'entreprise remet obligatoirement au candidat une attestation de suivi de stage (annexée) qu'il remet aux examinateurs lors de l'entretien d'admission.

### **Sont dispensés de ce stage :**

- ✓ Les auxiliaires ambulanciers ou les conducteurs d'ambulance ayant exercé pendant un mois au minimum, en continu ou en discontinu, durant les trois dernières années et doivent fournir l'attestation d'employeur (annexée)
- ✓ Les sapeurs-pompiers de Paris ou les marins pompiers de Marseille justifiant d'une expérience professionnelle de 3 ans (fournir justificatif)

### **4. ÉPREUVE D'ADMISSION – ENTRETIEN ORAL**

L'entretien d'admission est évalué par un ou plusieurs groupes du jury d'admission, composés chacun d'un directeur d'un institut de formation ou son représentant issu de l'équipe pédagogique et d'un chef d'entreprise de transports sanitaires titulaire du Diplôme d'Etat d'Ambulancier ou d'un Ambulancier Diplômé d'Etat en exercice depuis au moins 3 ans.

D'une durée de 20 minutes maximum, l'entretien d'admission est noté sur 20 points. Il comprend une présentation orale de 5 minutes du candidat en lien avec son stage d'observation, lorsqu'il est réalisé ou son parcours professionnel antérieur lorsqu'il en est dispensé (8 points), suivie d'un entretien de 15 minutes avec le jury (12 points). Une note inférieure à 8/20 est éliminatoire.

**Cette épreuve a pour objet :** D'évaluer la capacité du candidat à s'exprimer et à ordonner ses idées pour argumenter de façon cohérente ; D'apprécier les aptitudes et la capacité du candidat à suivre la formation ; D'apprécier le projet professionnel du candidat et sa motivation.

### **Sont dispensés de cette épreuve :**

- ✓ Les auxiliaires ambulanciers ayant exercé au moins un an en continu dans les 3 dernières années et titulaire d'un diplôme du secteur sanitaire ou social homologué au minimum au niveau 3 \*
- ✓ Les auxiliaires ambulanciers ayant exercé au moins un an avec ou sans diplôme niveau 4

## 5. RÉSULTATS

**Les résultats seront affichés et consultables sur le site internet de l'Institut.**

Deux listes de classement sont établies :

- ✓ Une liste principale, en fonction du nombre de places dans l'Institut
- ✓ Une liste complémentaire consultée en cas de désistement de candidats de la liste principale

**ATTENTION** : Chaque candidat est informé personnellement par courrier de ses résultats.

Vous disposez d'un délai de sept jours ouvrés pour confirmer par écrit votre inscription (sur liste principale ou sur liste complémentaire).

Au-delà de ce délai, vous êtes présumé avoir renoncé à votre admission et votre place est proposée au candidat inscrit en rang utile sur la liste complémentaire.

**NB** : L'admission n'est valable que pour l'année au titre de laquelle la sélection est organisée.

Des reports d'entrée en formation peuvent être accordés par la Directrice de l'IFMS où le candidat est admis, sur demande de celui-ci et sous certaines conditions (sur présentation d'un justificatif)

- Soit, de droit, en cas de congé pour cause de maternité, de rejet de bénéficiaire de la promotion professionnelle ou sociale, de rejet d'une demande de congé formation, de rejet d'une demande de mise en disponibilité ou pour la garde d'un enfant de moins de quatre ans ;
- Soit, de façon exceptionnelle, sur la base des éléments apportés par le candidat justifiant de la survenance d'un événement important empêchant de débiter sa formation.

## PLAN DE FORMATION AMBULANCIER(E) (Devis pour les organismes financeurs)

Frais de gestion et de dossier	: 100 €
Date d'entrée	: 28 août 2023*
Date de sortie	: 02 février 2024*
Durée de la formation	: 801 heures – 23 semaines *
Durée hebdomadaire	: 35 heures / semaine
Enseignement théorique	: 16 semaines – 556 heures *
Stages	: 7 semaines – 245 heures *
<i>*Dates prévisionnelles</i>	
Coût de la formation	: 4 600 € TTC (Tarif 2022) *

*Pour toutes les personnes n'ayant pas de financeur, le montant de la formation doit être réglé, directement, au trésor public de Sens, sur présentation de ce devis signé. Les demandes d'échéancier doivent être également faites au trésor public accompagnées du devis signé, d'un RIB et votre attestation pôle emploi ou contrat de travail.*

Valérie CROSIER  
Directrice

Bon pour accord

le



Pour les parcours passerelles et partiels, contactez l'IFMS pour un devis.



## ENGAGEMENT DE FINANCEMENT DE LA FORMATION AMBULANCIER

Je soussigné(e) : .....

**M'engage à payer par Auto-Financement** (Echéancier possible au trésor public joindre le justificatif)  
**et/ou par mon Employeur** (signature et tampon obligatoire)

Nom, Adresse : .....

.....

Téléphone : .....

Mail : .....

Les frais de formation ambulancier d'un montant de :

- 4 600 € (quatre mille six cents euros) pour un parcours complet.
- 2 175€ (deux mille cent soixante-quinze euros) pour un parcours passerelle DEAS.
- 2 900€ (deux mille neuf cent euros) pour un parcours passerelle DEAP/DEAVS/TPAVF/DEAES.
- 725€ (sept cent vingt-cinq euros) pour un parcours passerelle titulaires de l'un des diplômes permettant l'exercice de l'une des professions inscrites aux titres 1er, II, III et V du livre III de la 4ème partie du code de la santé publique.

**Je suis Demandeur d'emploi ou en Continuité de scolarité (joindre certificat)**

- 184 € (cent quatre-vingt-quatre euros) de Frais de scolarité.

**Autres (Préciser) :** .....

.....

.....

Date : \_\_ / \_\_ / 20 \_\_

Signature : (Tampon si employeur)



# 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.**

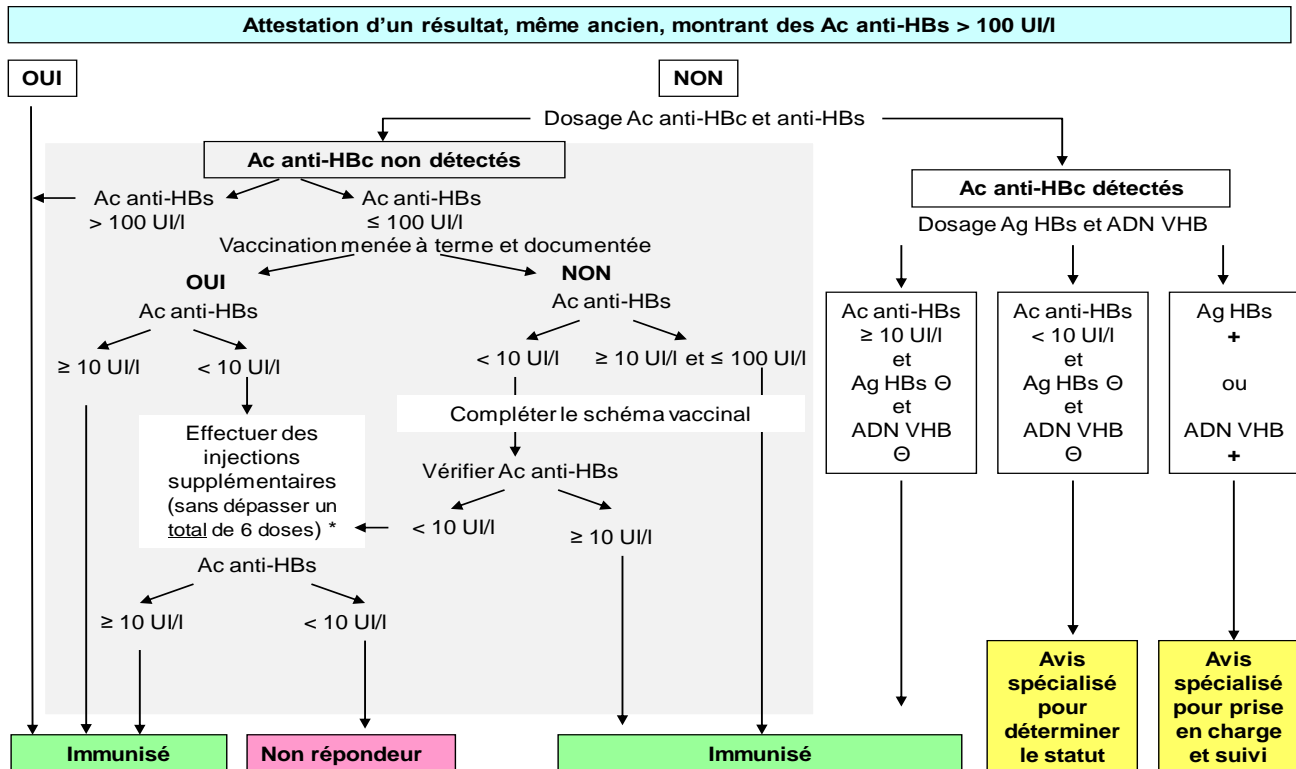
**NB** : En cas de contre-indication à l'une des vaccinations obligatoires, votre dossier d'admission sera soumis à l'arbitrage du Médecin Inspecteur Départemental ou Régional de la Santé.

\* 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
<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>EST VACCINÉ.E contre la Covid 19 (joindre le justificatif)</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.

## 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 AGREÉ 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.

## ELEVES EN SITUATION DE HANDICAP

Vous êtes en situation de handicap et vous souhaitez savoir si votre handicap est compatible avec la formation choisie

Vous êtes en situation de handicap et vous avez des questions concernant la formation

Prendre rendez-vous avec la **direction de l'IFMS** :  
Tél : 03.86.92.33.66  
Mail : [ifms@ch-joigny.fr](mailto:ifms@ch-joigny.fr)

Ou

Contactez la délégation régionale de l'**AGEFIPH** :  
Tél : 0800111009  
Lien : <https://www.agefiph.fr>

Ou

Si vous êtes inscrit à **Pôle Emploi**, un conseiller pourra vous renseigner sur les démarches à effectuer

Ou

Contactez la **MDPH de l'Yonne** à Auxerre :  
Tél : 03.86.72.89.72  
Mail : [mdphy@yonne.fr](mailto:mdphy@yonne.fr)  
Lien : <https://www.mdp89.fr/formulaire/cpntact>

Ou

Contactez **CAP Emploi 89** :  
Tél : 03 86 52 45 11  
Lien : <https://www.capemploi-89.com/contact.html>

## NIVEAU DE LANGUE FRANCAISE B2

L'utilisateur de la langue au niveau B2 a un niveau avancé. Il comprend le contenu essentiel de sujets concrets ou abstraits dans un texte complexe, y compris une discussion technique dans sa spécialité. Il communique avec spontanéité et aisance avec un locuteur natif. Il s'exprime de façon claire et détaillée sur une grande gamme de sujets, il émet un avis sur un sujet d'actualité et expose les avantages et les inconvénients de différentes possibilités.

Pour les ressortissants hors Union Européenne, une attestation du niveau de langue français B2 est requise.

L'utilisateur de la langue au niveau B2 est autonome. Il est capable d'établir une **communication aisée et spontanée**. Il possède un répertoire lexical large et peut choisir une expression adéquate pour introduire ses commentaires. Il produit un discours clair, bien construit et sans hésitation qui montre l'utilisation maîtrisée des structures.

### Les centres d'examen à proximité :

CIEF Centre International d'Etudes Françaises Maison de l'Université BP 87874 - 21078 Dijon Cedex Tél : 03-80-39-35-60 <a href="mailto:aline.prudent@u-bourgogne.fr">aline.prudent@u-bourgogne.fr</a>	Université Sorbonne Nouvelle - Paris 3 Service FCP3 / DELF DALF 13 rue Santeuil 75005 Paris Tél : 01 45 87 40 00 <a href="mailto:delfdalf.fcp3@saorbonne-nouvelle.fr">delfdalf.fcp3@saorbonne-nouvelle.fr</a>
---	---

### Les centres préparant à l'examen à proximité :

GRETA 89 – Antenne Auxerre 14 boulevard Lyautey – BP 80053 89010 AUXERRE Cedex Tél : 03 86 72 10 40 <a href="mailto:isabelle.mazieres@ac-dijon.fr">isabelle.mazieres@ac-dijon.fr</a>	CIEF Centre International d'Etudes Françaises Maison de l'Université BP 87874 - 21078 Dijon Cedex Tél : 03-80-39-35-60 <a href="mailto:aline.prudent@u-bourgogne.fr">aline.prudent@u-bourgogne.fr</a>	Université Sorbonne Nouvelle Paris 3 Service FCP3 / DELF DALF 13 rue Santeuil 75005 Paris Tél : 01 45 87 40 00 <a href="mailto:delfdalf.fcp3@saorbonne-nouvelle.fr">delfdalf.fcp3@saorbonne-nouvelle.fr</a>
---	--	---



## **ANNEXE 1 : AUTORISATION POUR L'AUTHENTIFICATION DU DIPLÔME**

Vous êtes titulaire d'un diplôme, l'Institut de Formation aux Métiers de la Santé 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 <sup>1</sup> .....

Pour faire valoir ce que de droit.

Fait le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ à .....

Signature :

---

<sup>1</sup> 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.



## ATTESTATION DE SUIVI DU STAGE D'OBSERVATION

Attestation conforme à l'annexe IV de l'arrêté du 11 avril 2022

### A faire parvenir impérativement aux évaluateurs lors de l'entretien d'admission

#### CANDIDAT

Nom de naissance : ..... Nom marital.....

Prénom : .....

Adresse : .....

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

Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : .....

Adresse de messagerie : .....

#### ENTREPRISE D'ACCUEIL

Date du stage : Du ..... / ..... au ..... / ..... / .....

Nom de l'entreprise : .....

N° Siret : .....

Coordonnées de l'entreprise : .....

Nom du responsable du suivi du stage d'observation du candidat : .....

Fonctions dans l'entreprise.....

#### 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					
Maîtrise des caractéristiques spécifiques d'un véhicule sanitaire					
<b>BILAN</b>					

Date de l'évaluation : ...../...../.....

CACHET ET SIGNATURE du responsable de l'entreprise

## 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 ...../..... 20.....

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
<b>Aptitudes physiques</b> (agilité, résistance, port de charges, ergonomie)					
<b>Motivation professionnelle</b>					
<b>Exactitude, rigueur</b>					
<b>Maîtrise d'un véhicule sanitaire</b>					
<b>BILAN</b>					

Date de l'évaluation : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ CACHET ET SIGNATURE du responsable  
 d'entreprise.....

**A faire parvenir impérativement pour les épreuves orales.**

## **GUIDE RÉDACTIONNEL DU PROJET PROFESSIONNEL**

Dans ce document, vous devrez décrire une situation professionnelle ou personnelle en lien avec la profession d'ambulancier.

Elle doit permettre au jury d'admission d'apprécier vos connaissances concernant la formation mais également concernant le métier d'ambulancier.

### **Modalités d'écriture**

- ✓ Ce document doit -être manuscrit ;
- ✓ Il ne doit pas excéder 2 pages ;
- ✓ Vous devrez respecter l'anonymat des lieux et des personnes concernées par la situation que vous allez décrire ;
- ✓ Vous porterez une attention particulière à l'écriture, l'orthographe, la ponctuation et la syntaxe ;
- ✓ Gardez en tête que celui qui vous lit, ne vous connaît pas et ne connaît pas la situation présentée, c'est pour cela que votre texte doit être compréhensible pour tous.

### **Contenu du texte**

Pour réaliser ce document, il vous est demandé de vous appuyer sur :

- Une situation personnelle vécue (ex ; accompagnement d'un proche ou d'une connaissance, prise en charge d'un proche ou d'une connaissance par une équipe ambulancière ou paramédicale ou par une unité SMUR, une expérience de bénévolat au sein d'une structure d'assistance et/ou d'aide à la personne) ;

**OU**

- Une situation professionnelle vécue (ex : prise en charge et/ou prise en soin d'une personne, surveillance d'une personne durant le transport, accompagnement d'une personne lors d'un examen, hospitalisation, transfert...) ;

**OU**

- Votre projet professionnel (en établissant un état des lieux de vos connaissances et des compétences acquises durant votre carrière professionnelle et en faisant les liens entre vos connaissances/compétences avec celles attendues pour exercer la profession d'ambulancier (voir page5).

A la lecture, le jury d'admission doit pouvoir identifier dans cet écrit les attendus nationaux (voir page5).

## Plan attendu

### Si vous présentez une situation personnelle ou professionnelle vécue

- ✓ **Une introduction** qui présente une description rapide de la situation ainsi que les raisons du choix de cette situation.
- ✓ **Un développement dans lequel vous devez :**
  - Expliquer la situation en détails ;
  - Décrire l'activité exercée au moment de la situation ;
  - Décrire ce que vous avez vu et/ou fait et ce que vous avez ressenti ;

Précisez quel a été votre rôle dans cette situation et essayer de faire ressortir les capacités ou compétences que cela vous a permis d'acquérir.

- ✓ **Une conclusion dans laquelle vous expliquez ce que la situation présentée vous a apporté.**

### Si vous présentez un projet professionnel

Construire un projet professionnel, c'est se projeter dans le métier pour lequel vous concourez (ambulancier). Pour cela vous devrez :

- ✓ Faire le point sur l'ensemble de votre parcours (stage, activité professionnelle, loisirs, vies associatives, sport, voyages, formations...)
- ✓ Décrire les éléments de votre parcours, les connaissances et les savoirs acquis ;
- ✓ Identifier les compétences techniques, relationnelles, les capacités et les habiletés que vous avez développées ;
- ✓ Exposer les qualités personnelles que vous possédez ;
- ✓ Expliquer votre choix dans cette (nouvelle) orientation ;
- ✓ Expliquer ce que la formation va pouvoir vous apporter ;

## **CONSTITUTION DU DOSSIER D'INSCRIPTION** **LE DOSSIER DOIT ÊTRE DÉPOSÉ AU PLUS TARD LE 30 JUIN 2023**

### **NE PAS COCHER RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION**

- La fiche d'inscription dûment complétée
- 2 photocopies recto/verso de votre carte d'identité en cours de validité
- 1 photographie d'identité récente (noter votre nom et prénom au dos)
- Pour les ressortissants hors Union Européenne, une attestation de niveau de langue Française est requise (Niveau B2)
- Attestation de sécurité sociale
- La photocopie de l'Attestation Formation Gestes et Soins d'Urgence de niveau 2 (s'il y a lieu)
- Un curriculum vitae
- Une lettre de motivation manuscrite
- Un document manuscrit relatant, soit une situation personnelle ou professionnelle vécue, soit votre projet professionnel en lien avec les attendus de la formation. Ce document n'excède pas deux pages (cf. page5 et guide)
- La copie des diplômes ou titres traduits en Français, ou la copie de vos bulletins scolaires.
- L'autorisation d'authentification du diplôme (Annexe 1)
- Attestations de travail, accompagnées éventuellement des appréciations et/ou recommandation de l'employeur et pour les auxiliaires ambulanciers en activité l'Attestation employeur (annexée)
- Tout autre justificatif valorisant un engagement ou une expérience personnelle (associative, sportive...) en lien avec la profession d'ambulancier
- Le dossier médical également complété et signé par un médecin agréé ARS. (Au plus tard le jour de votre entrée en formation).
- La photocopie recto/verso du **permis de conduire catégorie B conforme à la réglementation en vigueur et en état de validité**, (hors période 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 (Ce document est à faire remplir par le **médecin agréé par la Préfecture** de votre département)
- Engagement de Financement
- Dernière notification Pôle Emploi (Obligatoire pour les demandeurs d'emplois)
- Un chèque de **100 €** de frais de gestion de dossiers à l'ordre du TRESOR PUBLIC.  
**Ces droits restent acquis, même en cas de désistement ou d'absence aux épreuves de sélection.**

Les pièces suivantes, vous seront demandées ultérieurement :

- Un chèque d'un montant de 184€ à l'ordre du Trésor Public comme participation aux frais de scolarité. (Si vous [bénéficiez d'une prise en charge par le Conseil Régional et/ou Pôle Emploi](#))
- Un chèque d'un montant de 20€ à l'ordre du Trésor Public comme participation aux frais de documentations (portefolio et référentiel)
- Une enveloppe cartonnée grand format, renseignée à votre adresse, affranchie et un formulaire d'accusé de réception rempli et glissé à l'intérieur (pour l'envoi du diplôme)

Date de réception :