

Institut de Formation des Ambulanciers

Auxiliaire Ambulancier

Dossier d'INFORMATION et d'INSCRIPTION à retourner complet à :

IFA06 – CHU Nice
Fondation BELLET – 10 Avenue BANCO
06 300 NICE

Tél. : 04 92 03 21 27 Fax : 04 92 03 21 29
Mail : institut-formation-ambulancier@chu-nice.fr

Tout dossier incomplet ou non conforme sera refusé.

Les inscriptions se font par courrier. Sans information préalable, vous êtes inscrit sur la session ayant de la place à la date ou vous déposez votre dossier.

- + Formation à temps plein.
- + Validée par une ATTESTATION délivrée par l'IFA06 (Institut de Formation des Ambulanciers)
- + Remise aux personnes ayant :
 - Suivi l'intégralité de la formation
 - 70h00 (2 semaines de 35h00)
 - dans le respect du règlement en vigueur à l'IFA06.
 - Réussi aux différentes épreuves validant la formation.
 - Acquitté les frais d'inscription et de formation.
- + Le programme contient 5 modules répartis comme suit : Gestes d'Urgence, Hygiène et prévention, Ergonomie, Sécurité des transports sanitaires, Règles et valeurs Professionnelles.

Le coût de la formation (sous réserve de modification)

- 800,00 € quel que soit le mode de financement (financé ou non)
- Si vous êtes salarié, renseignez-vous auprès de votre employeur (OPCA, FONGECIF, Pôle Emploi, ...)

Conditions d'accès

+ Avoir le permis de conduire

- Pour prétendre à la formation, vous devez être en possession du permis de conduire de **catégorie B**.
- Depuis plus de 3 ans le jour de l'inscription dans le cas d'un apprentissage traditionnel à la conduite.
 - Depuis plus de 2 ans le jour de l'inscription si apprentissage par conduite accompagnée (dans ce cas, fournir une attestation de la préfecture ou de l'auto-école).
 - Il est indispensable d'avoir terminé la période probatoire (n'être plus dans l'obligation de mettre le « A »).

+ L'attestation ambulance (Carnet Médical du conducteur ou aussi appelé « permis blanc »)

Établi, dans un 1^{er} temps, par un **MEDECIN AGREE** par la **PREFECTURE** de votre département de résidence et après un examen médical défini par l'Article R. 127 du Code de la Route.

Procédure :

http://www.alpes-maritimes.gouv.fr/content/download/22316/194720/file/Demande_Carnet_Medical.pdf

La liste des médecins agréés par la préfecture des Alpes-Maritimes se trouve sur le lien suivant :

http://www.alpes-maritimes.gouv.fr/content/download/8897/102115/file/Liste%20MEDECINS_VILLE_19.01.17.pdf

CERFA n° 14880_01* :

http://www.droitissimo.com/sites/default/files/formulaires/cerfa_14880-01_Permis_conduire-Avis_medical.pdf

Démarches après la visite médicale :

http://www.alpes-maritimes.gouv.fr/content/download/22317/194724/file/Demarches_Apres_Visite_Medicale_Janvier2018.pdf

- La photocopie du certificat médical provisoire (*document Cerfa N°14880-01 – valable 2 mois) est autorisée lors de l'inscription (sous réserve de nous fournir après réception la photocopie de l'attestation définitive et ceci avant la fin de la validité du 1^{er} certificat).
- Il est de votre responsabilité de faire parvenir à la Préfecture l'exemplaire qui lui est destiné afin de recevoir l'attestation définitive (cf. procédure préfectorale).

Être à jour de ses vaccins

Arrêté du 6 mars 2007 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'Article L. 3111-4 du code de la Santé Publique

La vaccination contre l'Hépatite B est obligatoire. **Dans le cadre d'une 1^{ère} procédure de vaccination, les 3 premières injections sont obligatoires avant l'inscription.** Conformément à la procédure au lien suivant :

<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1528.pdf>

- D'autres vaccins sont obligatoires conformément au lien ci-dessous :

<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1571.pdf>

 **Le Certificat d'aptitude** à la Profession et à la formation d'Ambulancier et d'Auxiliaire Ambulancier doit être établi par un **MEDECIN AGRÉÉ** par l'Agence Régionale de Santé.

- La liste des médecins agréés par l'A.R.S. est sur le lien suivant :

<https://www.paca.ars.sante.fr/listes-des-medecins-agrees-en-region-paca>

 **Le certificat de vaccinations** (cf. documents joints)

- Il doit être établi par un médecin

 **Détenir une assurance responsabilité civile.**

Documents à fournir

Attention : La présence de tous les éléments constitutifs du dossier (documents, etc) est obligatoire pour que l'inscription soit validée.

- 1 photocopie (recto verso) de votre PERMIS de CONDUIRE Cat. B
- 1 photocopie de la VALIDATION AMBULANCE « permis blanc » (définitive ou provisoire)
- 1 photocopie de votre ATTESTATION DE SECURITE SOCIALE
En cours de validité (inférieure à 6 mois au jour de l'inscription)
- 1 photocopies de :
votre CARTE D'IDENTITE en cours de validité (recto-verso).
Ou : du PASSEPORT en cours de validité
du TITRE de SEJOUR avec photo et en cours de validité (pour les résidents hors C.E.E).
- 1 CURRICULUM VITAE
- 1 LETTRE DE MOTIVATION manuscrite
- La FICHE D'INSCRIPTION COMPLETE
- Le QUESTIONNAIRE de SITUATION
- Les CERTIFICATS médicaux : APTITUDE et VACCINATIONS
- La photocopie de l'attestation d'assurance Responsabilité Civile (nominative)
- 2 TIMBRES (tarif en vigueur)
- 2 TIMBRES (tarif en vigueur pour un envoi en recommandé avec accusé de réception)
- 2 Formulaires POSTAUX pour ENVOI en Recommandé avec A.R. (papier de couleur jaune)
- 1 PHOTOS d'identité.
- 1 Chèque de 80,00 Euros correspondant aux droits d'inscription (sous réserve de modification).
Chèque bancaire ou postal – à l'ordre de : *IFA – Régie des recettes*
Ce chèque reste acquis à l'IFA (il ne peut pas être rendu, quel que soit le motif d'annulation).

FICHE D'INSCRIPTION

Auxiliaire Ambulancier

INFORMATION CNIL : Les informations mentionnées dans ce document feront l'objet d'un traitement automatisé. Conformément à l'article 27 de la Loi n°78 du 6/01/1978, chaque candidat bénéficie du droit d'accès au fichier informatique établi par le CRIH pour les informations le concernant.

RESERVE A L'ADMINISTRATION Inscription initiale à la session de :

NOM : Nom marital :

Prénom : Date de Naissance : / / Âge :

Lieu de Naissance : Nationalité : Sexe : F M
Ville + N° du département (ou nom du pays si hors de France)

N° de sécurité sociale : /

ADRESSE (actuelle et valide pour la réception des courriers) :

.....

Code postal : Ville :

Téléphone fixe : / / / / Téléphone portable : / / / /

E.mail (en lettres majuscules) :@.....

SITUATION FAMILIALE :

Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Autres :

Concubinage (équivalent) Veuf(ve) Nbre d'enfants à charge :

Nom et N° de téléphone de la personne à prévenir en cas d'urgence :

Mr / Mme : Tél. : / / /

Dernière classe fréquenté : Diplôme(s) scolaire(s) obtenu(s) :

PERMIS de CONDUIRE :

PERMIS B N° : Date d'obtention : / /

Attestation (validation) Ambulance N° : Date d'obtention : / /

Je soussigné

atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche.

Fait à NICE, le : / /

Signature :

NOM d'usage (marital) :

Nom de naissance : Prénoms :

Date de naissance : / / Âge :

1a - Êtes-vous salarié(e) ou employé(e) actuellement : Oui Non

Si oui, êtes-vous en : CDD CDI en intérim

Si oui, êtes-vous Auxiliaire ou conducteur Ambulancier ? : Oui Non

Si oui, depuis quelle date à temps plein ? : / /

Nom et adresse de votre employeur :

1b

Avez-vous demandé un congé individuel de formation ? : Oui Non

Si oui, avez-vous une prise en charge de la formation ? : Oui Non

Si oui, quel est l'organisme financeur ? : OPCA FONGECIF Autres :

Date de la demande ? :/...../.....

Date de la réponse ? : / /

2 - Êtes-vous en reconversion professionnelle (réinsertion) ? : Oui Non

Si oui, avez-vous une prise en charge ? : Oui Non

Si oui, de quel corps professionnel ? : Armée Gendarmerie Autres

3 - Êtes-vous inscrit(e) au Pôle Emploi ? : Oui Non

Si oui, quel est votre numéro PE (identifiant) :

(joindre un justificatif)

L'adresse de votre agence PE :

Le conseiller en charge du dossier :

3b - Êtes-vous indemnisé par le Pôle Emploi ? : Oui Non

Si oui, comment ? :

(joindre un justificatif)

3c - Êtes-vous indemnisé(e) par une autre structure que Pôle Emploi ? : Oui Non

(Mairie, Ministère, Centre Hospitalier, ...)

Si oui, laquelle ? :

(joindre un justificatif)

4 - Êtes-vous inscrit(e) dans une Mission Locale ? : Oui Non

Si oui, quel votre identifiant ? :

(joindre un justificatif)

5 - Êtes-vous bénéficiaire ou ayant droit du RSA ? : Oui Non

Si oui, quel est votre numéro d'allocataire ? :

(joindre un justificatif)

6 - Êtes-vous reconnu(e) travailleur handicapé(e) ? : Oui Non

Si oui, dans quelle catégorie ? :

(joindre un justificatif)

7 - Financez-vous personnellement la formation ? : Oui Non

Certificat de Vaccinations

(durée de validité égal à 3 mois)

Établi conformément à l'instruction N° DGS/RI1/RI2/2014/21 du 21/01/2014 et l'Arrêté du 02/08/2013 : NOR : AFSP1320695A

Docteur Nom et Prénom (1) :

Titre et qualification (1) : certifie que Mme*ou Mr*

Nom et Prénom (1) :

Né(e) le : (1) à (1)

candidat à la formation d'Ambulancier (DEA) ou d'Auxiliaire Ambulancier a été vacciné :

(1) **Contre la Diphtérie, le Tétanos et la Poliomyélite**

Nom du vaccin	Date (du dernier rappel)	N° du Lot

(1) **Par le BCG (Vaccin anti-tuberculeux) et IDR à la tuberculine récente (obligatoire)**

Vaccin intradermique ou Monovax®	Date (du dernier Vaccin)	N° du Lot
IDR à la Tuberculine	Date	Résultats (en mm)

(1) **Contre l'Hépatite B** selon les conditions définies au verso, est considéré(e) comme :

Immunisé(e) contre l'hépatite B : OUI* NON*

Non répondeur(se) à la vaccination : OUI* NON*

(1) **Est donc à jour des vaccinations obligatoires pour les professionnels de santé.**
(Conformément aux Art. L.3111-2 à L.3111-4 et L.3112-1 du Code de la Santé Publique)

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.

Fait à : _____, le :

Signature et cachet du médecin

(1) à cocher et à compléter **impérativement**

* rayez la mention inutile

Veillez à présenter votre carnet de santé, celui de vaccinations et tout document permettant d'établir ce certificat avec objectivité.

<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1528.pdf> - différents schémas de vaccinations contre l'Hépatite B

Algorithme pour le contrôle de l'immunisation des professionnels de santé.

Attestation d'un résultat, même ancien, montrant des Ac anti HBs > 100UI/L							
NON							
Dosage Ac anti HBc et anti HBs							
Ac anti HBc non détectés				Ac anti HBc détectés			
<<<<<<<<< Ac anti HBs > 100 UI/L	Ac anti HBs ≤ 100UI/L			Dosage Ag HBs et ADN VHB			
Vaccination menée à terme et documentée				Ac anti HBs ≥ 10UI/L et Ag HBs – et ADN VHB –	Ac anti HBs < 10UI/L et Ag HBs – et ADN VHB –	Ag HBs + ou ADN VHB +	
OUI		NON					
Dosage Ac anti HBs							
≥ 10 UI/L	≤ 10 UI/L		< 10 UI/L	≥ 10 UI/L et ≤ 100 UI/L			
Effectuer des injections supplémentaires (sans dépasser un total de 6 doses)*		Compléter le schéma vaccinal					
		Vérifier Ac anti HBs					
		< 10 UI/L	≥ 10 UI/L				
		Dosage anti HBs					
		≥ 10 UI/L	≤ 10 UI/L				
IMMUNISÉ		Non répondeur					IMMUNISÉ
						Avis spécialisé pour déterminer le statut	Avis spécialisé pour prise en charge et suivi

*Sauf cas particulier, voir 4*de l'annexe 2 de l'Arrêté **Légende :** Ac = anticorps ; Ag = antigène ; VHB = virus de l'HépatiteB

Certificat Médical d'aptitude
(durée de validité égal à 3 mois)

**A la profession et à la formation d'Ambulancier
et/ou d'Auxiliaire Ambulancier**

Établi conformément à l'Arrêté du 26 janvier 2006 modifié relatif aux conditions de formation de l'Auxiliaire Ambulancier et au Diplôme d'Ambulancier – NOR : SANP0620487A

Je soussigné(e), Docteur (1)

Agréé par l'A.R.S. sous le N°(1), certifie avoir examiné ce jour :

Mme*, Mr*(1).....

Né(e) le : (1) à (1)

Et atteste que celle(celui)-ci :

(1) **Ne présente aucune contre-indication à la profession d'AMBULANCIER**

Conformément aux articles 1 et 6 de l'Arrêté du 26 janvier 2006 modifié :
« Absence de problèmes locomoteurs, psychiques, d'un handicap incompatible avec la profession (handicap visuel, auditif, amputation d'un membre...). »

Fait à : _____, le :

Cachet et signature du Médecin agréé

(1) A cocher et/ou à compléter impérativement

Veillez à présenter votre carnet de santé et tout document permettant d'établir ce certificat avec objectivité.