

Nom de naissance: \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Nom d'usage : \_\_\_\_\_

## **DOSSIER D'INSCRIPTION**

### **Formation Ambulancier**

**RENTREE PREVUE LE**  
**LUNDI 5 FEVRIER 2023**

### **ATTENTION**

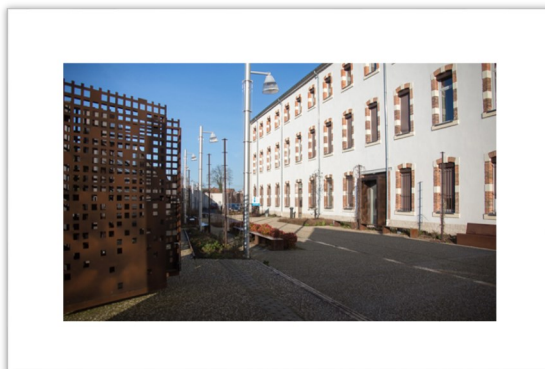
***Toutes les pièces demandées dans ce dossier devront parvenir au secrétariat de  
l'IFA de NEVERS***

À défaut de réception de tous les documents demandés dans les délais requis, vous serez considéré(e)  
comme ayant renoncé à votre place, qui sera alors attribuée à un(e) autre candidat(e).

*(Envoi par voie postale en AR à l'IFA de Nevers, 15 rue du Donjon—58000 NEVERS)*



# NOTICE D'INFORMATION



## FORMATION AMBULANCIER

### Important :

**La participation à la formation s'effectuera :**

A réception d'un dossier COMPLET (Bien prendre connaissance de la liste des pièces à fournir)

**Afin de répondre à vos questions, il est fortement conseillé de lire attentivement ce document.**

Institut géré par le Centre Hospitalier de l'Agglomération de Nevers.



REGION  
BOURGOGNE  
FRANCHE  
COMTE



# PRESENTATION DE LA FORMATION

Définition du métier (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) :

*« L'ambulancier est un professionnel de santé et du transport sanitaire.*

*L'ambulancier assure la prise en soin et/ou le transport de patients à tout âge de la vie sur prescription médicale, ou dans le cadre de l'aide médicale urgente, au moyen de véhicules de transport sanitaire équipés et adaptés à la situation et à l'état de santé du patient. Il peut réaliser des soins d'urgence relevant de l'urgence dans son domaine d'intervention.*

*Il peut également exercer des activités relatives au transport de produits sanguins labiles, d'organes, ou au transport d'équipes de transplantations.*

*Il exerce son activité au sein d'entreprises de transport sanitaire, d'établissements de soins, de services spécialisés d'urgence, en collaboration avec une équipe pluri professionnelle (médecins, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes ou tout autre professionnel de santé). »*

La formation **se déroule de février à décembre** selon une alternance de périodes en formation théorique et pratique en institut de formation et en milieu professionnel.

La formation en milieu professionnel proposée par l'institut, se réalise dans le secteur sanitaire et social, en établissement de santé ou médicosocial et en entreprise de transport sanitaire sur le département de la Nièvre ainsi que dans les départements limitrophes.

Un moyen de locomotion est nécessaire pour se rendre en stage.

Les frais de déplacement et autre frais (repas, hébergement ...) sont à la charge de l'élève.

L'évaluation des compétences acquises par l'élève est effectuée tout au long de sa formation selon les modalités d'évaluation définies à **l'Annexe III de l'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.**

## FRAIS DE FORMATION

Le coût de la formation varie selon l'institut, le statut de l'élève avant son entrée en formation, ainsi que la durée du cursus de formation.

**Frais de formation (pour un cursus complet):** 6000 € + 170 € de frais d'inscription à l'AFGSU niveau II soit un total de **6170 €.**

**Pour les cursus partiels :** Un devis nominatif peut être sollicité auprès du secrétariat de l'institut de formation des ambulanciers **sur demande écrite exclusivement.**

**En cas d'annulation de la formation, l'Institut de Formation d'Ambulanciers de Nevers se réserve le droit de facturer l'intégralité des frais de formation.**

# CONDITIONS D'INSCRIPTION

## PRÉ REQUIS

Pour accéder à la formation Ambulancier, vous devez avant l'entrée en formation :

- ⇒ Réaliser un stage d'observation de 70 heures dans un service hospitalier en charge du transport sanitaire ou dans une entreprise de transport sanitaire habilitée par le directeur d'institut.
- ⇒ Fournir une attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulance après visite médicale ;
- ⇒ Fournir un certificat médical de non contre-indication à la profession d'ambulancier délivrée par un médecin agréé \*;
- ⇒ Fournir un certificat médical de vaccination conformément à l'article L.3111-4 du code de la santé publique ;
- ⇒ Avoir terminé la période probatoire de votre permis de conduire qui est de 3 ans pour un apprentissage normal, ramené à 2 ans si vous avez suivi la conduite accompagnée.

\* Liste des médecins agréés disponible sur le site de l'ARS

## POUR RAPPEL

**ATTENTION** : Aux mêmes conditions qu'un jeune conducteur, une personne en renouvellement de permis quelque en soit le motif ne doit pas être soumise aux articles R413-5 et L-223-1 du Code de la Route.

**Article 413-5 du Code de la Route** : « Tout élève conducteur et, pendant le délai probatoire défini à l'article L223-1, tout conducteur titulaire du permis de conduire est tenu de ne pas dépasser les vitesses maximales suivantes :

1. 110 km/h sur les sections d'autoroutes où la limite normale est de 130 km/h ;
2. 100 km/h sur les sections d'autoroutes où cette limite est plus basse, ainsi que sur les routes à deux chaussées séparées par un terre-plein central;
3. 80 km/h sur les autres routes.

Tout conducteur mentionné au présent article doit, en circulation, apposer de façon visible, à l'arrière de son véhicule, un signe distinctif dont les conditions d'utilisation et le modèle sont fixés par arrêté conjoint du ministre de l'intérieur et du ministre chargé des transports

Le fait, pour tout conducteur, de ne pas respecter l'obligation de signalisation imposée par le présent article et les dispositions prises pour son application est puni de l'amende prévue pour les contraventions de la deuxième classe. »

**Article 223-1 du Code de la Route** : « A la date d'obtention du permis de conduire, celui-ci est affecté, pendant un délai probatoire de trois ans, de la moitié du nombre maximal de points. », soit 6 points

**Article R413-6 du Code de la Route** : Les dispositions de l'article R 413-5 ne sont pas applicables :

1. Aux conducteurs qui ont obtenu, après annulation ou perte de validité, un nouveau permis de conduire sans subir l'épreuve pratique ;
2. Aux conducteurs des véhicules militaires ;
3. Aux conducteurs des véhicules des unités d'instruction et d'intervention de la sécurité civile ;
4. Aux conducteurs des véhicules des formations de la sécurité civile mises sur pied dans le cadre des dispositions de l'ordonnance n°59-147 du 7 janvier 1959 portant organisation générale de la défense

# PROGRAMME DE FORMATION

- **Objectif** : Acquérir les compétences attendues du professionnel titulaire du poste d' Ambulancier
- **Durée** : 801 heures de formation réparties comme suit :
  - **556 heures de formation théorique** (dont 105 heures de formation destinées aux Gestes et Soins d'Urgence de niveau II)
  - **245 heures de formation clinique**
- **Horaires de formation (A titre indicatif)** : Du lundi au vendredi de 8 H 30 à 17 H 30
- **Programme** :
  - **BLOC 1** : Prise en soin du patient à tout âge de la vie dans le cadre de ses missions
  - **BLOC 2** : Réalisation d'un recueil de données cliniques et mise en œuvre de soins adaptés à l'état du patient notamment ceux relevant de l'urgence
  - **BLOC 3** : Transport du patient dans le respect des règles de circulation et de sécurité routière
  - **BLOC 4** : Entretien des matériels et installations du véhicule adapté au transport sanitaire en tenant compte des situations d'intervention
  - **BLOC 5** : Travail en équipe et traitement des informations liées aux activités de l'ambulancier, à la qualité et gestion des risques
- **Modalités d'évaluation** :
  - Evaluation des compétences assurée par l'institut de formation et par le tuteur de stage tout au long de la formation
- **Certification de formation** :
  - Présentation au jury d'attribution du diplôme d'Etat d'Ambulancier
  - Validation de l'ensemble des compétences acquises en formation théorique et pratique en milieu professionnel
  - Obtention de l'AFGSU niveau II

# INFORMATIONS PRATIQUES

- **DISPOSITIONS MATÉRIELLES**

Un ordinateur personnel ou une tablette, et une connexion à distance afin de pouvoir accéder à la plateforme pédagogique des instituts et aux enseignements en visioconférence sont vivement conseillés.

- **ADMINISTRATIF**

⇒ **Pièce d'identité :**

En 2014, la durée de la validité de la pièce d'identité est passée de 10 à 15 ans. La carte d'identité est prolongée automatiquement et reste valable 5 ans **si la personne était majeur au moment de sa délivrance et que la carte d'identité était encore valide le 1er janvier 2014.**

⇒ **Vaccinations :**

En cas d'absence de vaccination pour l'hépatite B, il est possible de faire pratiquer la vaccination accélérée (J0 - J7 - J21). Si les vaccinations ne sont pas à jour ou qu'aucune preuve d'immunisation contre l'hépatite B n'est fournie comme demandé dans ce dossier.

- **AIDES FINANCIÈRES**

Des prises en charge financières sont possibles selon votre situation.

Nous vous invitons à vous renseigner auprès des organismes suivants :

- ⇒ Organismes de fonds de formation (OPCO, CPF, Transitions Pro ...)
- ⇒ Pôle Emploi
- ⇒ L'employeur

- **ASSURANCE RISQUES PROFESSIONNELS ET RESPONSABILITÉ CIVILE**

⇒ **Sont couverts par la Sécurité Sociale :**

- Les accidents survenus en atelier ou laboratoire.
- Les accidents survenus en stage ainsi que durant le trajet pour se rendre en stage.
- Les maladies professionnelles et les risques de tuberculose.

**L'adhésion à une mutuelle individuelle est facultative mais recommandée.**

⇒ **Sont couverts par une société d'assurances souscrite par le Centre Hospitalier de l'Agglomération de Nevers :**

- Les accidents survenus durant le trajet du domicile à l'institut.
- Les accidents survenus en salle de cours.

La Police d'Assurance Générale « Responsabilité Civile » du Centre Hospitalier de l'Agglomération de Nevers, établissement support de l'Institut de Formation Ambulanciers, inclut les dommages que pourraient causer à des tiers lors de mises en situation.

**Néanmoins, chaque stagiaire doit souscrire une assurance personnelle :**

**« Responsabilité Civile Individuelle » couvrant l'année de formation, à renouveler tous les ans auprès de son assureur.**

# ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e),

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Atteste sur l'honneur avoir pris connaissance du contenu de la notice d'information concernant les modalités d'inscription à la formation Ambulancier.

Date : \_\_\_\_\_

L'intéressé(e)

*(Signature complétée de la mention « Lu et approuvé »)*



# ENGAGEMENT

## Règlement des frais de formation

Vous vous engagez sur la formation Auxiliaire Ambulancier dont le coût s'élève à un montant total de 6000 € + 170 € d'AFGSU, **soit un total de 6170 €**

L'entrée en formation sous-entend que vous avez organisé, avant l'inscription et l'entrée en formation, votre mode de financement (organisme de financement, autofinancement ...)

En cas de non prise en charge par un organisme financeur mais que vous entrez tout de même en formation, vous devrez vous acquitter des frais de formation conformément à la convention de formation signée. C'est pourquoi nous vous demandons de remplir l'engagement ci-dessous et nous le retourner signé avec votre dossier d'inscription.

-----

## ENGAGEMENT

### Règlement des frais de formation

Je soussigné(e),

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

M'engage à régler les frais de formation s'élevant à un montant total de 6000 € et de 170 € d'AFGSU, le cas échéant en cas de non prise en charge financière de la part d'un organisme.

Date : \_\_\_\_\_

L'intéressé(e),





# ATTESTATION EMPLOYEUR POUR LES PERSONNES AYANT EXERCÉ AU MOINS UN MOIS EN QUALITÉ DE CONDUCTEUR AMBULANCIER

Conforme à l'annexe II de l'arrêté du 26 janvier 2006

• **CANDIDAT :**

Nom de naissance: \_\_\_\_\_ Nom d'usage : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

• **PERIODE D'EXERCICE PROFESSIONNEL :**

Du \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Au \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

• **ENTREPRISE :**

Nom : \_\_\_\_\_

N° de SIRET : \_\_\_\_\_

Coordonnées:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Nom du responsable de l'entreprise : \_\_\_\_\_

• **APPRECIATIONS DE L'EMPLOYEUR :**

CRITERES	Insuffisant	Moyen	Bon	Très bon	Observations
Aptitudes physiques (Agilité, résistance, port de charges, ergonomie)					
Motivation professionnelle					
Exactitude, rigueur					
Maîtrise d'un véhicule sanitaire					
BILAN					

Cachet du responsable de l'entreprise :

Date :

# DOSSIER ADMINISTRATIF

Page 10 à 13

**DOSSIER ACCOMPAGNÉ DES PIÈCES SUIVANTES A RETOURNER DANS SON INTÉGRALITÉ  
AU PLUS TARD LE LUNDI 20 NOVEMBRE 2023**

**TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS ACCEPTÉ ET ENTRAÎNERA LA NON VALIDATION DE  
L'INSCRIPTION**

⇒ **Merci de bien prendre connaissance des documents page 10 à 13, ils contiennent toutes les informations nécessaires à la complétude de votre dossier. Ces informations pourront également répondre à un grand nombre de vos questions.**

**Vous devrez rendre, dûment complétés, toutes les pièces et documents demandés, soit :**

## **DOSSIER ADMINISTRATIF**

- Fiche de renseignements complétée
- Autorisation de reportage complétée et signée
- 1 photo d'identité (format standard), nom de naissance et prénom inscrits lisiblement au dos de la photo (stylo bille)
- Copie de la pièce d'identité, recto/verso, en cours de validité (hors permis de conduire), sur une feuille au format A4 (pas de découpage/collage s'il vous plaît)
- Copie de votre permis de conduire recto-verso , sur une feuille A4
- Copie de votre attestation responsabilité civile personnelle, à renouveler tous les ans
- Copie du diplôme d'AFGSU Niveau 2 (Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence) datant de moins de 4 ans, si vous en êtes titulaire
- Attestation d'inscription à Pôle Emploi le cas échéant
- Notification de refus ou d'ouverture de droit à Pôle Emploi le cas échéant
- Attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulance
- Certificat médical d'aptitude à la fonction d'Ambulancier (p.15)
- Certificat médical de vaccination (p.16)
- Photocopie de l'attestation de droits, justifiant de l'affiliation à l'Assurance Maladie
- Justificatif de prise en charge ( Si prise en charge par employeur ou organisme)
- Copie des diplômes obtenus

**DOCUMENT RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION, MERCI DE LE RETOURNER AVEC LE DOSSIER**

**Toute modification de coordonnées en cours de formation doit être  
impérativement signalée au secrétariat.**

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS

PHOTO  
IDENTITE  
A COLLER

Madame  Monsieur

Nom de naissance: \_\_\_\_\_ Nom d'usage : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ Département : \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_ Validité Carte Nationale d'Identité : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Situation de handicap : Oui Non **si oui, fournir un justificatif MDPH**

Situation familiale : \_\_\_\_\_

Adresse durant votre formation :

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Portable : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Fixe : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

N° Permis de conduire : \_\_\_\_\_

Date d'obtention : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Conduite accompagnée : Oui  Non

Diplôme(s) obtenu(s) : Sans diplôme  BEP/CAP  BEP Secteur sanitaire et social

BAC/BTN/BP  BAC + 2 ans  Autres : \_\_\_\_\_

Situation professionnelle actuelle :

En cours d'emploi : CDI  CDD  Intérim

Profession : \_\_\_\_\_

Nom et adresse de l'entreprise :

Demandeur d'emploi  N° identifiant Pôle Emploi : \_\_\_\_\_ Date d'inscription : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

(Réservé à l'IFA)

Date de réception du dossier

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ atteste sur  
l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus.

A \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Signature candidat:

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS

## PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Nom et Prénom Personne 1 : \_\_\_\_\_

Lien (père / mère / conjoint / autre à préciser) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Portable : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      Fixe : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nom et Prénom Personne 2 : \_\_\_\_\_

Lien (père / mère / conjoint / autre à préciser) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Portable : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      Fixe : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS DE PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE

Nom :

Prénom :

## TITRE D'INSCRIPTION

DIPLÔMES OBTENUS <i>(joindre obligatoirement une copie du/des diplômes obtenus)</i>	ANNÉE D'OBTENTION

### STATUT LE JOUR DE VOTRE ENTREE EN FORMATION

Demandeur d'emploi

• Date d'inscription au Pôle Emploi \_\_\_\_\_

• N° identifiant \_\_\_\_\_ Pôle Emploi

\_\_\_\_\_

• Percevrez-vous une indemnisation : Oui  Non   
Si oui, percevez-vous :  ARE  ASS  RSA

Salarié en activité :  CDI  CDD  INTÉRIM

Autre : \_\_\_\_\_

### FORMATION PRISE EN CHARGE PAR

Un Employeur

• Nom \_\_\_\_\_

• Adresse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• Téléphone \_\_\_\_\_

• Personne de contact au RH \_\_\_\_\_

• Adresse mail RH, service formation : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Financement personnel

**LE SIGNATAIRE ATTESTE LA SINCERITE DE TOUS LES RENSEIGNEMENTS PORTES SUR LE PRESENT DOCUMENT ET S'ENGAGE A NOUS INFORMER DE TOUT CHANGEMENT.**

Fait à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

Signature :

# AUTORISATION DE REPORTAGE

## et d'utilisation de l'image des élèves de l'IFA

Je soussigné(e),

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Accepte la prise et la publication de photos, sons et vidéos, sur tous supports papier ou numérique, connus ou inconnus, de communication du CHAN et de l'IFA (outils de formation, de communication interne ou grand public, ou sur un évènement à l'IFA et de tout autre besoin de communication institutionnelle du CHAN pour une durée d'utilisation de 5 ans à compter de ce jour.

Date : \_\_\_\_\_

L'intéressé(e)

*(Signature complétée de la mention « Lu et approuvé »)*

# DOSSIER MÉDICAL

à faire compléter et signer par un médecin agréé ARS

Pages 15 à 17

## Autres documents à fournir pour votre inscription :

Le dossier médical complet doit être apporté dans une enveloppe non fermée indiquant :

**DOSSIER MÉDICAL DE : NOM Prénom - date de naissance - adresse - téléphone**

**L'admission définitive à l'IFA est subordonnée à la réception, au plus tard le 20/11/2023, du dossier médical complet, comprenant :**

Certificat médical d'aptitude (page 15) à faire remplir par un médecin agréé.

Le médecin peut également fournir son propre support, néanmoins, la notion de « médecin agréé » et le tampon du praticien sont obligatoires. Sans ces deux notions, le certificat sera refusé.

Pour trouver la liste des médecins agréés, merci de vous rendre sur le site de l'ARS de votre Département ou sur le lien suivant pour la Nièvre :

<https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/medecins-agrees-4>

Attestation médicale de vaccination (page 16)

- diphtérie
- tétanos
- poliomyélite
- hépatite B
- BCG

Fiche de santé (page 17)

Preuve d'immunisation contre l'hépatite B :

Attention, nous avons besoin des résultats sérologiques :

- Résultat anti HBS OBLIGATOIRE
- Résultat anti HBC OBLIGATOIRE

Copie du carnet de santé (pages vaccinations)

Attention processus de vaccination très long,

dépôt **DOCUMENT RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION, MERCI DE LE RETOURNER AVEC LE DOSSIER** de la  
preuve d'immunisation au plus tard le jour de la rentrée

**INSTITUT DE FORMATION D'AMBULANCIER  
DU GHT DE LA NIEVRE**

15, rue du Donjon – 58000 NEVERS  
03 86 71 84 20 - chan.ifssec@ght58.fr  
[www.ifssec-nevers.fr](http://www.ifssec-nevers.fr)

**CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE  
A LA FONCTION D'AMBULANCIER**

Je, soussigné(e) Docteur \_\_\_\_\_  
médecin agréé par l'Agence Régionale de Santé de \_\_\_\_\_

Certifie avoir examiné ce jour :

Mr—Mme : \_\_\_\_\_

Demeurant : \_\_\_\_\_

Et j'atteste que : Le/La candidat(e) ne présente aucune(s) contre-indications à la profession d'ambulancier / Auxiliaire ambulancier.

Certificat établi à la demande de l'intéressé(e)

Cachet du médecin agréé

A \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_



Signature du médecin agréé



# ATTESTATION MÉDICALE DE VACCINATION

Article 44 de l'arrêté du 21 avril 2007 modifié relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux : « L'admission définitive dans un institut de formation préparant à l'un des diplômes visés à l'article 1<sup>er</sup> du présent arrêté est subordonnée :

- à la production, au plus tard le premier jour de la rentrée, d'un certificat établi par un médecin agréé attestant que l'étudiant ne présente pas de contre-indication physique ou psychologique à l'exercice de la profession ;
- à la production, au plus tard le jour de la première entrée en stage, d'un certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France.

Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L. 3111-4 du code de la Santé Publique. »

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ Docteur en médecine, certifie que (nom de naissance, nom d'usage, prénom) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ né(e) le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Est immunisé(e) contre : **BCG**

Est immunisé(e) contre : **DIPHTÉRIE – TÉTANOS – POLIOMYÉLITE**

	Injections	Spécialité	N° de lot	Dose	Date injection
<b>Diphtérie Tétanos Poliomyélite</b>	1 <sup>re</sup>				
	2 <sup>e</sup>				
	3 <sup>e</sup>				
	Rappel				
	Rappel				
	Rappel				
	Rappel				

Immunisé(e) contre : **HEPATITE**

	Injections	Spécialité	N° de lot	Dose	Date injection
<b>Hépatite B</b>	1 <sup>ère</sup>				
	2 <sup>ème</sup>				
	3 <sup>ème</sup>				
	4 <sup>ème</sup>				
	5 <sup>ème</sup>				
	6 <sup>ème</sup>				

En cas d'absence de vaccination, faire pratiquer la vaccination accélérée (J0 – J7 – J21)

⇒ **Dosage anticorps anti-HBs :**

Date : \_\_\_\_\_ Résultat : \_\_\_\_\_ UI/L

⇒ **Dosage anticorps anti-HBc :**

Date : \_\_\_\_\_ Résultat : \_\_\_\_\_ UI/L

MERCI DE BIEN  
RENSEIGNER LES DEUX  
DOSAGES CI-CONTRE

**Non répondeur à la vaccination**

Oui  Non

Fait à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

Signature :

Cachet :

# FICHE DE SANTÉ

NOM de naissance : \_\_\_\_\_ Nom d'usage : \_\_\_\_\_  
Prénom(s) : \_\_\_\_\_ Sexe :  F  M  
Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Ville de naissance : \_\_\_\_\_  
Situation familiale : \_\_\_\_\_

**JE DÉCLARE NE DISSIMULER AUCUN FAIT DE MALADIE**

## Antécédents :

### ♦ Familiaux :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### ♦ Personnels :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

♦ Maladies infantiles :  rubéole  oreillons  autres : \_\_\_\_\_

## Problème vertébral :

scoliose  rééducation  autres : \_\_\_\_\_

## Problème veineux :

varices

Accidents, si oui lesquels : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fait à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

Signature :

# NOUS CONTACTER

Les dossiers d'inscription sont à retourner à l'adresse suivante :

**Instituts de formation en soins infirmiers et d'aides-soignants de Nevers**

**Institut de Formation d'Ambulancier du GHT de la Nièvre**

15, rue du Donjon

58000 NEVERS

03.86.71.84.20

chan.ifssec@ght58.fr

## PLAN D'ACCÈS DE L'INSTITUT

