



Nom de naissance: _____ Prénom : _____
Nom d'usage : _____

DOSSIER D'INSCRIPTION

Formation Auxiliaire Ambulancier

Cochez la case correspondante :

(Les dates sont à titre indicatif)

- Session de décembre 2023
- Session de mars 2024
- Session de mai 2024

ATTENTION

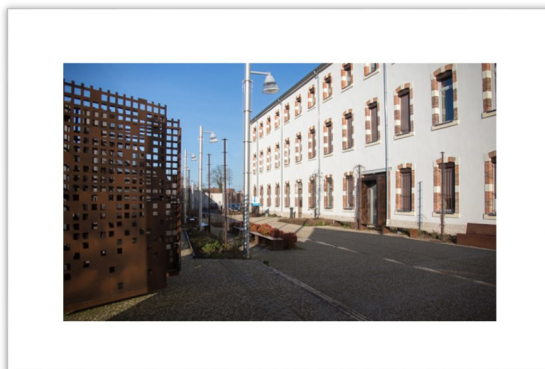
***Toutes les pièces demandées dans ce dossier devront parvenir au secrétariat de
l'IFA de NEVERS***

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 AUXILIAIRE AMBULANCIER

Important :

La participation à la formation s'effectuera :

1. A réception d'un dossier COMPLET (Bien prendre connaissance de la liste des pièces à fournir)
2. Par ordre de réception du dossier (La date d'enregistrement du dossier faisant foi)

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



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'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. »

L'institut de Formation d'Ambulanciers de Nevers organise 3 sessions par an de formation d'Auxiliaire Ambulancier de 15 places.

⇒ **Session 1** : Du 04/12/2023 au 18/12/2023

⇒ **Session 2** : Du 13/03/2024 au 29/03/2024

⇒ **Session 3** : Du 21/05/2024 au 06/06/2024

FRAIS DE FORMATION

- **Frais de formation** : 1200 € + 170 € de frais d'inscription à l'AFGSU 2, **soit un total de 1370 €.**
- **Devis** : Un devis nominatif peut être sollicité auprès du secrétariat de l'institut de formation des ambulanciers dans les conditions suivantes:
 - Réception par l'institut de formation d'un dossier **COMPLET**
 - 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 s'inscrire à la formation d'Auxiliaire Ambulancier, vous devez avant l'entrée :

- ⇒ 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 quel qu'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'Auxiliaire Ambulancier
- **Durée** : 91 heures de formation réparties comme suit :
 - 70 heures d'enseignement réparties en 7 unités d'apprentissage
 - 21 heures de formation aux Gestes et Soins d'Urgence de niveau II
- **Horaires de formation (A titre indicatif)** : Du lundi au vendredi de 8 H 30 à 17 H 30
- **Programme** :
 - 1. Préambule—Présentation des objectifs et étapes de la formation : **1 H**
 - 2. Evaluation de l'état clinique d'une personne : **10 H 30**
 - 3. Mise en œuvre des Gestes et Soins d'Urgence (AFGSU II) : **21 H**
 - 4. Prévention de la transmission d'infection : **7 H**
 - 5. Accompagnement à la mobilité des personnes
 - Mise en œuvre des mesures préventives de manutention : **21 H**
 - 6. Relation et communication avec les personnes et leur entourage : **10 H 30**
 - 7. Sécurité du transport sanitaire : **6 H 30**
 - 8. Transmission des informations et gestion administrative du dossier de transport : **9 H**
 - 9. Respect des règles et des valeurs de la profession : **3 H 30**
 - 10. Bilan et synthèse de formation : **1 H**
- **Modalités d'évaluation** :
 - Evaluation en continu en cours et en fin de formation
 - Mises en situation
 - Questionnaire de satisfaction
- **Validation de formation** :
 - Assiduité impérative pour les 91 H de formation
 - Evaluation en continu
 - Attestation de fin de formation
 - 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, le stagiaire ne pourra voir la délivrance de l'attestation de fin de formation.

- **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 la période de formation.

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 Auxiliaire 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 1200 € + 170 € d'AFGSU, **soit un total de 1370 €.**

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 1200 € 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 04 MARS (SESSION DE MARS) & LE LUNDI 06 MAI (SESSION DE MAI)**

**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
- CV actualisé
- 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

Autre (Précisez) : _____

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 de la preuve d'immunisation au plus tard le jour de la rentrée**

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

**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

**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^{er} 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
Diphtérie Tétanos Poliomyélite	1 ^{re}				
	2 ^e				
	3 ^e				
	Rappel				
	Rappel				
	Rappel				
	Rappel				

Immunisé(e) contre : **HEPATITE**

	Injections	Spécialité	N° de lot	Dose	Date injection
Hépatite B	1 ^{ère}				
	2 ^{ème}				
	3 ^{ème}				
	4 ^{ème}				
	5 ^{ème}				
	6 ^{ème}				

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 :

Institut de formation d'Ambulanciers de Nevers

15, rue du Donjon
58000 NEVERS
03.86.71.84.20
chan.ifssec@ght58.fr

PLAN D'ACCÈS DE L'INSTITUT

