

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

## DOSSIER D'INSCRIPTION Sélection d'entrée en formation

Formation Ambulancier  
***Rentrée d'août 2024***

### **ATTENTION**

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

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

**Aucun dossier ne sera accepté au-delà de la date limite d'inscription (Cachet de la poste faisant foi)**



# 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 sur 12 mois** selon une alternance de périodes en formation théorique et pratique en institut de formation, en milieu professionnel et chez l'employeur.

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 (ou de l'employeur en fonction des situations).

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

La formation conduisant au diplôme d'Etat d'Ambulancier est une formation professionnelle payante  
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 €**.

**Frais d'inscription aux épreuves de sélection** : 60€

**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'ACCES A L'EPREUVE DE SELECTION

Selon Article 3 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 « **La formation conduisant au diplôme d'Etat d'Ambulancier est accessible, sans conditions de diplôme, par les voies suivantes :**

1° La formation initiale dont la formation par apprentissage ;

2° La formation professionnelle continue ;

3° La validation, partielle ou totale, des acquis de l'expérience, dans les conditions fixées par un arrêté du ministère chargé de la santé

Le processus de sélection des candidats comprend une admissibilité sur dossier et un entretien d'admission (Liste des pièces à fournir page 7) .

⇒ L'entretien d'admission est évalué par un jury d'admission. Il est d'une durée de 20 minutes maximum et comprend une présentation orale de 5 minutes , suivi d'un entretien de 15 minutes avec le jury.

⇒ **Une note inférieure à 8/20 à cette épreuve est éliminatoire**

Les résultats du processus de sélection sont affichés à l'Institut de formation de Nevers et publié sur son site internet.

Si dans les dix jours suivant l'affichage, un candidat classé sur liste principale ou liste complémentaire n'a pas confirmé par écrit son souhait d'entrer en formation, il est présumé avoir renoncé à son admission ou à son classement sur liste complémentaire et sa place est proposée au candidat inscrit en rang utile sur cette dernière liste.

## **Sont dispensés de l'épreuve de sélection :**

- Les candidats titulaires d'un titre ou diplôme homologué au niveau 4 ou enregistré à ce niveau au répertoire national de certification professionnelle, délivré dans le système de formation initiale ou continue français ;
- Les candidats 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 candidats titulaires d'un titre ou diplôme étranger leur permettant d'accéder directement à des études universitaires dans le pays où il est obtenu ;
- Les candidats ayant été admis en formation d'auxiliaires médicaux.

**A noter que : Les personnes ayant été sélectionné à l'issue d'un entretien avec un employeur pour un contrat d'apprentissage sont dispensés de l'épreuve de sélection.**

Le directeur des instituts procède à leur admission directe en formation au regard des documents suivants :

- La copie de la pièce d'identité
- Une lettre de motivation avec description du projet professionnel de l'apprenti
- Un curriculum vitae
- Une copie du contrat d'apprentissage signé
- Le permis de conduire hors période probatoire
- L'attestation préfectorale
- Le certificat médical de non contre-indication

# PRÉ REQUIS

Pour se présenter à l'entretien d'admission, le candidat doit :

- **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.  
Les candidats sont libres sur le choix du lieu de stage et il doit être réalisé de façon continue sur un seul lieu de stage  
Les candidats ont la possibilité de contacter le secrétariat de l'Institut de Formation Ambulanciers de Nevers
- A l'issue du stage, le responsable du service ou de l'entreprise remet obligatoirement au candidat une attestation de suivi de stage (cf document page 10). **Cette attestation doit être remise à l'institut de formation** qui sera fournie comme pièce au dossier du candidat pour l'entretien d'admission.
- **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 du permis de conduire** qui est de 3 ans pour un apprentissage normal, ramené à 2 ans si vous avez suivi la conduite accompagnée ;
- **Fournir la totalité des pièces** demandées (voir détail page 7)

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

## Sont dispensés du stage d'observation :

- Le candidat ayant exercé au moins un mois, en continu ou discontinu, comme auxiliaire ambulancier, dans les trois dernières années ;
- Les candidats issus de la brigade des sapeurs-pompiers de Paris ou marins-pompiers de Marseille justifiant d'une expérience professionnelle de trois années.

# 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 soumis 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

# ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e),

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Atteste sur l'honneur avoir pris connaissance de l'ensemble des informations mentionnées dans le dossier d'inscription à l'épreuve de sélection.

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

L'intéressé(e)

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



# DOSSIER ADMINISTRATIF

Page 8 à 11

**DOSSIER ACCOMPAGNÉ DES PIÈCES SUIVANTES A RETOURNER DANS SON INTÉGRALITÉ  
AU PLUS TARD LE LUNDI 10 JUIN 2024**

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

⇒ **Merci de bien prendre connaissance des documents page 7 à 10, 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
- 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 (hors période probatoire) sur une feuille A4 pas de découpage/collage s'il vous plaît)
- Attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulance
- Certificat médical d'aptitude à la fonction d'Ambulancier (p.12)
- Certificat médical de vaccination (p.13)
- Lettre de motivation **manuscrite**
- Curriculum vitae A JOUR
- Document manuscrit relatant (selon votre choix) , soit une situation professionnelle ou personnelle vécue, soit votre projet professionnel en lien avec les attendus de la formation (Maximum 2 pages)
- Attestation du niveau de langue française requis B2 (Pour les ressortissants hors Union Européenne)
- Copie des diplômes obtenus, le cas échéant la copie de vos relevés de résultats et appréciations ou bulletins scolaire
- Attestation de suivi de stage d'observation
- Si en emploi, les attestations de travail accompagnées éventuellement des appréciations et/ou recommandations du ou des employeurs
- Le cas échéant, l'attestation employeur pour les personnes ayant exercé au moins un mois en qualité de conducteur ambulancier

**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

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:



# DIPLÔME(S) OBTENU(S)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sans diplôme       | <input type="checkbox"/> Brevet des collèges         |
| <input type="checkbox"/> CAP /BEP/ CFP      | <input type="checkbox"/> BTS / DUT                   |
| <input type="checkbox"/> Licence / Master 1 | <input type="checkbox"/> Diplôme 3ème cycle/Master 2 |
| <input type="checkbox"/> BAC / BT / BP      |  |
- 

## **Diplômes du secteur sanitaire et social :**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> BAC PRO ASSP 2011   | <input type="checkbox"/> BAC PRO SAPAT 2011                                      |
| <input type="checkbox"/> Diplôme ARM 2019  | <input type="checkbox"/> BAC PRO Conducteur de Transport<br>Routier Marchandises |
| <input type="checkbox"/> DEAS 2021   | <input type="checkbox"/> DEAP 2021   |
| <input type="checkbox"/> DEAS 2005   | <input type="checkbox"/> DEAP 2005   |
| <input type="checkbox"/> Titre Pro ADVF  | <input type="checkbox"/> Titre Pro ASMS  |
| <input type="checkbox"/> DEAES 2021  | <input type="checkbox"/> DEAES 2016  |
| <input type="checkbox"/> Titre Pro Conducteur Livreur<br>Sur Véhicule utilitaire léger | <input type="checkbox"/> CQP Assistant médical                                   |
|  | <input type="checkbox"/> Métiers d'Auxiliaires Médicaux *                        |
- 

## **Parcours professionnel spécifique :**

Auxiliaire Ambulancier ayant exercé au moins un mois

En continu sur les 3 dernières années

En discontinu

Auxiliaire Ambulancier ayant exercé au minima un an en continu sur les 3 dernières années

Sapeurs pompiers de Paris (*Justifiant d'une expérience professionnelle de 3 ans*)

Marins pompiers de Marseille (*Justifiant d'une expérience professionnelle de 3 ans*)

\* Infirmier, masseur-kinésithérapeute, orthoprothésiste, ergothérapeute, orthophoniste, opticien-lunetier, diététicien, psychomotricien, orthoptiste, manipulateur d'électroradiologie médicale, audioprothésiste, prothésiste et orthésiste)

# ATTESTATION DE SUIVI DU STAGE D'OBSERVATION

- **CANDIDAT :**

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

Prénom : \_\_\_\_\_

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

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

Téléphone : \_\_\_\_\_

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

- **DATE DU STAGE :**

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

- **ENTREPRISE :**

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

N° de SIRET : \_\_\_\_\_

Coordonnées: \_\_\_\_\_

Nom du responsable du suivi de stage : \_\_\_\_\_

Fonctions dans l'entreprise : \_\_\_\_\_

- **APPRECIATIONS DU CANDIDAT :** (Cochez la case correspondante)

| CRITERES   | Insuffisant | Moyen | Bon | Très bon | Observations |
|--|-------------|-------|-----|----------|--------------|
| Aptitudes physiques<br>(Agilité, résistance,<br>port de charges, ergo-<br>nomie) |             |       |     |          |              |
| Motivation profession-<br>nelle  |             |       |     |          |              |
| Exactitude, rigueur  |             |       |     |          |              |
| Maîtrise d'un véhicule<br>sanitaire  |             |       |     |          |              |
| BILAN  |             |       |     |          |              |

Cachet du responsable de l'entreprise :

Date :

# 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<br>(Agilité, résistance, port de charges, ergonomie) |             |       |     |          |              |
| Motivation professionnelle   |             |       |     |          |              |
| Exactitude, rigueur  |             |       |     |          |              |
| Maîtrise d'un véhicule sanitaire   |             |       |     |          |              |
| BILAN  |             |       |     |          |              |

Cachet du responsable de l'entreprise :

Date :

# DOSSIER MÉDICAL

à faire compléter et signer par un médecin agréé ARS

Pages 11 à 14

## 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 10/06/2024, du dossier médical complet, comprenant :**

Certificat médical d'aptitude (page 12) 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 13)

- diphtérie
- tétanos
- poliomyélite
- hépatite B
- BCG

Fiche de santé (page 14)

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](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<br/>Tétanos<br/>Poliomyélite</b> | 1 <sup>re</sup> |            |           |      |                |
|   | 2 <sup>e</sup>  |            |           |      |                |
|   | 3 <sup>e</sup>  |            |           |      |                |
|   | 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.ifsu.sec@ght58.fr

## PLAN D'ACCÈS DE L'INSTITUT

