

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

## DOSSIER D'INSCRIPTION

### Formation Auxiliaire Ambulancier

- ☐ Session de Mars 2026
- ☐ Session de Juin 2026
- ☐ Session de Novembre 2026

## ATTENTION

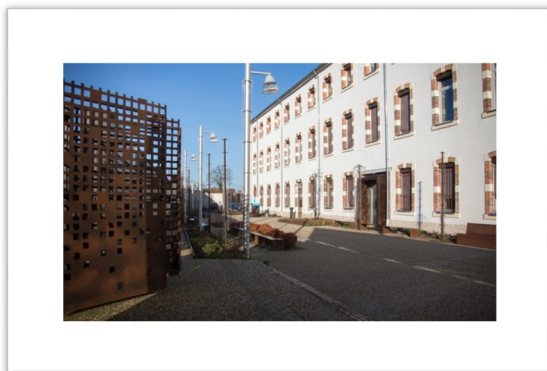
***Toutes les pièces demandées dans ce dossier devront parvenir au secrétariat de  
l'IFA de NEVERS***

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 ou dépôt en main propre 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 12 places.

⇒ **Session 1** : Du 02/03/2026 au 20/03/2026

⇒ **Session 2** : Du 10/06/2026 au 19/06/2026

⇒ **Session 3** : Du 23/11/2026 au 11/12/2026

## OBJECTIF DE LA FORMATION

Acquérir les compétences attendus du professionnel titulaire du poste d'auxiliaire ambulancier.

## FRAIS DE FORMATION

- **Frais de formation** : **1400 €.**
- **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**

**En cas d'annulation de la formation et du non-respect des conditions générales de vente par le candidat ou son financeur, 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 :

- ⇒ 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.
- ⇒ Pour les ressortissants hors U.E, fournir une attestation du niveau de langue française égal ou supérieur au niveau B2 + titre de séjour valide sur toute la période de formation
- ⇒ Pour pouvoir entrer en formation, le candidat doit signer le règlement intérieur de l'IFA. En cas de non-respect de celui-ci au cours de la session, il est mis fin à la formation sans remboursement des frais engagés par le candidat ou son financeur (*Règlement intérieur disponible sur notre site internet : IFSI-NEVERS.FR / Rubrique règlements intérieurs / IFA de Nevers*)

## 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

# DURÉE DE FORMATION

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

La formation sera réalisée en **groupe de 12 personnes** en présentiel dans les locaux de l'IFA de Nevers.

## PROGRAMME DE FORMATION

- **Horaires de formation (A titre indicatif)** : Du lundi au vendredi de 9 H 00 à 17 H 00

Intitulé	Durée
<b>Enseignements théoriques : 70 heures</b>	
1. Préambule / Présentation des objectifs et étapes de la formation	1 H
2. Evaluation de l'état clinique d'une personne	10H30
3. 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	10H30
7. Sécurité du transport sanitaire	6H30
8. Transmission des informations et gestion administrative du dossier de transport	9H
9. Respect des règles et des valeurs de la profession	3H30
10. Bilan et synthèse de formation	1H
<b>Formation aux Gestes et Soins d'Urgences (AFGSU II) : 21 heures</b>	
<b>TOTAL : 91 heures de formation</b>	

# MODALITÉS D'ÉVALUATION

- ⇒ Evaluation en continu en cours et en fin de formation
- ⇒ Mises en situation
- ⇒ Questionnaire de satisfaction

## VALIDATION DE LA FORMATION

- ⇒ Assiduité impérative pour les 91 H de formation
- ⇒ Respect du règlement intérieur
- ⇒ Evaluation en continu
- ⇒ Attestation stipulant la validation des compétences acquises pour exercer en tant qu'Auxiliaire-Ambulancier
- ⇒ Attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2 (AFGSU II)

**Article 2 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 (modifié par l'arrêté du 04/07/2024)** « Lorsque le directeur de l'institut de formation constate, en accord avec l'équipe pédagogique ayant réalisé la formation de 70 heures, que les compétences acquises ne permettent pas d'exercer en tant qu'auxiliaire-ambulancier, l'attestation de formation n'est pas délivrée. Cette décision est motivée par écrit et notifiée à la personne ayant suivi la formation. »

# 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.**

- **AIDES FINANCIÈRES**

Des prises en charge financières sont possibles selon votre situation.

Nous vous invitons à vous renseigner auprès des organismes suivants :

- ⇒ France Travail
- ⇒ 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 »)*





# COUPON RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Je soussigné(e),

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'Institut de Formation d'Ambulanciers de NEVERS et en accepte les termes.

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

Signature



# 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 € + 200 € d'AFGSU, **soit un total de 1400 €.**

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 200 € 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 profession- nelle					
Exactitude, rigueur					
Maîtrise d'un véhicule sanitaire					
BILAN					

Cachet du responsable de l'entreprise :

Date :

# DOSSIER ADMINISTRATIF

Page 11 à 15

**DOSSIER ACCOMPAGNÉ DES PIÈCES SUIVANTES A RETOURNER DANS SON INTÉGRALITÉ AU PLUS TARD  
LE LUNDI 02 FÉVRIER 2026**

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

⇒ **Merci de bien prendre connaissance des documents page 11 à 15, 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
- ☐ Coupon du règlement intérieur signé
- ☐ 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
- ☐ Attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulance (R.221-10 code de la route)
- ☐ Certificat médical d'aptitude à la fonction d'Ambulancier (p.15)
- ☐ Certificat médical de vaccination
- ☐ 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 France Travail le cas échéant
- ☐ Notification de refus ou d'ouverture de droit à France Travail le cas échéant
- ☐ 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
- ☐ Pour les ressortissants hors U.E, une attestation du niveau de langue française égal ou supérieur au niveau B2 + titre de séjour valide sur toute la période de formation

**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 France Travail : \_\_\_\_\_ 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 France Travail \_\_\_\_\_
- N° identifiant France Travail \_\_\_\_\_
- 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*

## 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 12/01/2026, du dossier médical complet, comprenant :**

☐ Certificat médical d'aptitude 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

- Diphtérie
- Tétanos
- Poliomyélite
- Hépatite B
- BCG

☐ Fiche de santé

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'AMBULANCIERS  
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<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 :

# NOUS CONTACTER

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

**Institut de formation en soins infirmiers de Nevers**

**Institut de formation d'aides-soignants de Nevers**

**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

