



RÉGION
**Nouvelle-
Aquitaine**



Dossier d'inscription Formation d'Auxiliaire Ambulancier

Début des inscriptions : 20/09/2024

Institut de Formation des Ambulanciers

**Centre Hospitalier Intercommunal de Mont de Marsan
et du Pays des Sources**

Site Sainte Anne

782, avenue de Nonères

40 024 Mont de Marsan Cedex

✉ : ifa@ght40.fr

☎ : 05.58.05.22.45

INFORMATIONS PRÉALABLES

- L'inscription est validée par la réception d'un **dossier lisible et dûment complété**.

TOUT DOSSIER INCOMPLET, NON CONFORME OU ENVOYÉ HORS DELAI SERA REFUSÉ

CALENDRIER de FORMATION¹

SESSION DE FORMATION DU 03/12 AU 19/12/2024 à Dax



PROCHAINE SESSION DE FORMATION DU 15 AU 31/07/2025 à Mont-de Marsan

INSCRIPTION

Modalités :

1. Remplir le dossier téléchargé sur le site du Centre Hospitalier Intercommunal de Mont-de-Marsan puis retourner le dossier dûment complété et en **version papier uniquement**

Accueil du public sur site (CMP):

- Du lundi au vendredi
- de 8h30 à 17h30

2. Retourner le dossier DÛMENT COMPLÉTÉ avant la date de clôture des inscriptions (cachet de la poste faisant foi) à l'adresse suivante :



Institut de Formation des Ambulanciers

Centre Hospitalier Intercommunal de Mont de Marsan et du Pays des Sources
Site Sainte Anne
782 Avenue de Nonères
40024 MONT DE MARSAN CEDEX

CAPACITÉ D'ACCUEIL

L'IFA se situe au cœur de l'hôpital Saint-Anne, à proximité du CFPS, au niveau du CMP (Centre MédicoPsychologique). Une délocalisation a été opérée au sein des locaux de Santé Service Dax. Il dispose d'une capacité d'accueil de **12 places**.

¹ Dates prévisionnelles sous réserve de modification

DISPOSITIONS GÉNÉRALES (arrêté du 11 avril 2022)²

1. Conditions d'accès à la formation

Le candidat **ne doit plus être assujéti à un permis probatoire** à la date d'entrée en formation. Aucune condition de diplôme n'est exigée pour présenter sa candidature à l'admission en formation.

2. Constitution du dossier

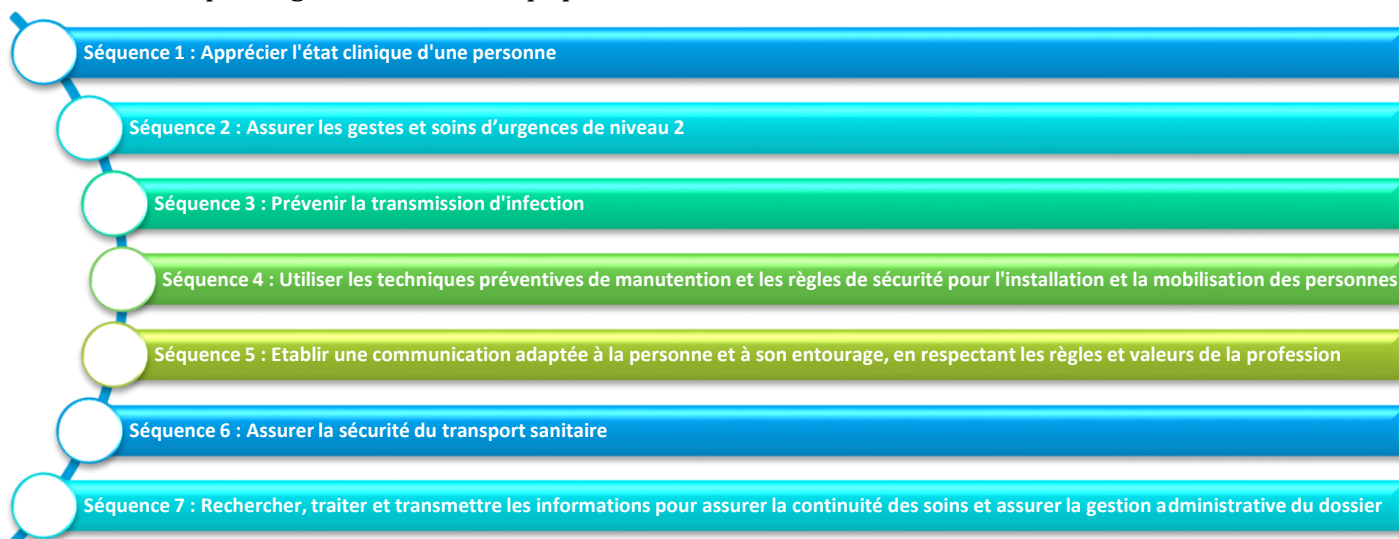
Les pièces à fournir sont :

- ☐ Une pièce d'identité;
- ☐ Le permis de conduire, hors période probatoire, conforme à la législation en vigueur et en état de validité
- ☐ L'attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulances après examen médical par un médecin agréé par la Préfecture **CERFA N°14880*02 – ANNEXE I**
- ☐ Un certificat médical de non contre-indication à la profession d'auxiliaire ambulancier délivré par un médecin agréé par l'ARS – **ANNEXE II**
- ☐ Un certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France – **ANNEXE III**
- ☐ La copie des pages de vaccinations de votre carnet de santé
- ☐ La copie de vos résultats de prise de sang ((Hépatite, Rougeole-Oreillons-Rubéole, Varicelle)
- ☐ Un *curriculum vitae*
- ☐ L'autorisation de droit à l'image et de diffusion des résultats complétée et signée - **ANNEXE IV**

LA FORMATION

1. Le déroulé de la formation :

OBJECTIF GENERAL : Conformément à l'arrêté du 11/04/2022 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'ambulancier et aux conditions de formation de l'auxiliaire ambulancier, la formation doit permettre aux apprenants d'acquérir les compétences nécessaires à l'exercice de la profession d'auxiliaire ambulancier : Il « 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. »



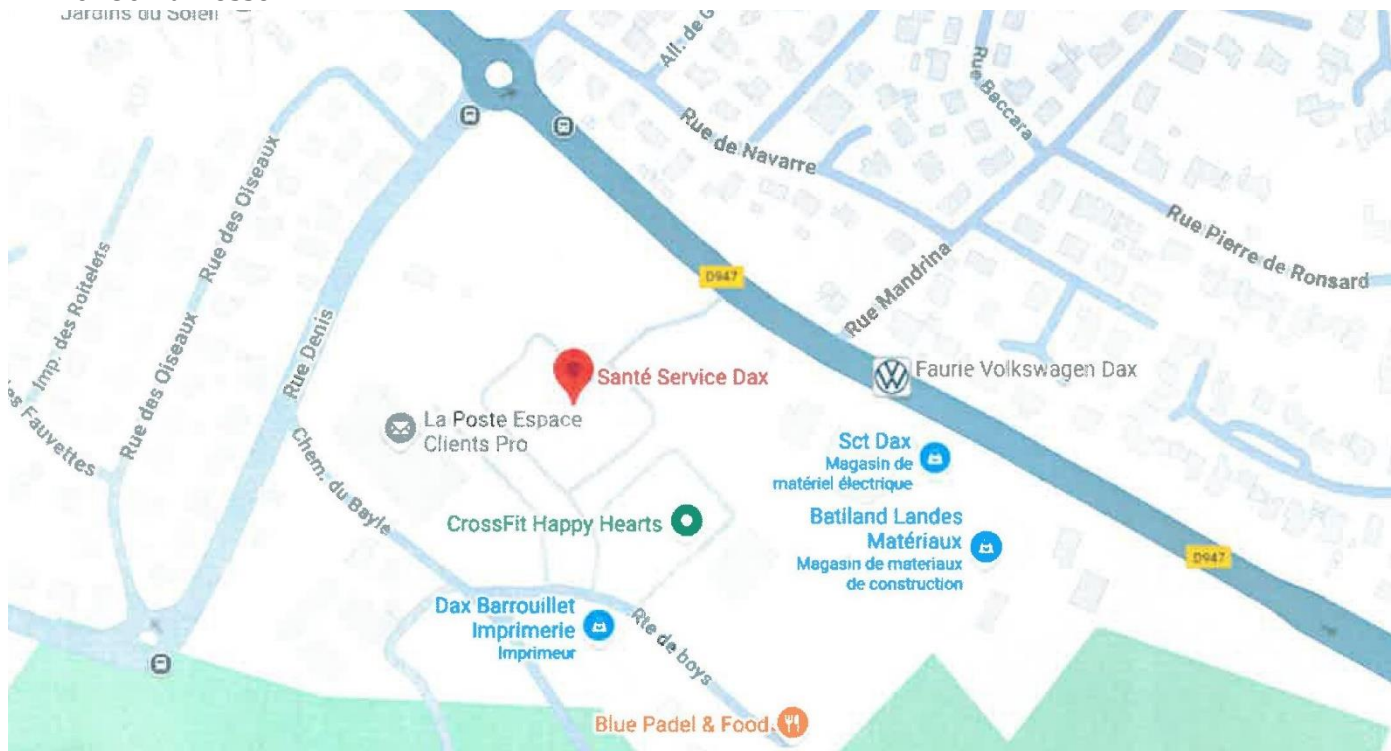
² Arrêté du 11 avril 2022 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'ambulancier et aux conditions de formation de l'auxiliaire ambulancier

2. Renseignements pratiques

- **Les horaires :** Les enseignements en Institut se déroulent du lundi au vendredi (semaine de 35 heures) selon les horaires suivants :
- 9h-12h
 - 13-17h

Tous les cours sont obligatoires.

- **Le lieu des enseignements théoriques :** Vous serez accueillis au **Santé Service - 22 Rte des Pyrénées, 40180 Narrosse.**



- **Les repas :** Ils peuvent être pris à l'extérieure ou avec repas personnels

3. Candidats en situation de handicap

Les candidats en situation de handicap peuvent demander, lors de leur inscription, des aménagements de scolarité.

4. Coût de la formation³

FRAIS PEDAGOGIQUES	1000€
---------------------------	--------------

Ces frais ne prennent pas en compte les frais connexes à la formation (hébergement, repas, transport). Le règlement des frais sera demandé à l'inscription à l'entrée en formation.

Prise en charge

- a. Les candidats doivent s'informer **auprès de Pôle Emploi et de la Mission Locale** pour connaître leurs droits
- b. Les salariés doivent s'informer de leurs droits **auprès de leurs employeurs.**

FICHE ADMINISTRATIVE

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS :

³ Sous réserve de modification

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénom(s) :

Date de naissance :Lieu de naissance :

Nationalité :

Sexe : ☐ Homme ☐ Femme

Situation familiale :

☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Pacsé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Concubinage

Nombre d'enfants à charge :

Adresse du domicile :

Complément d'adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Adresse mail :

Numéro de sécurité sociale :

EN CAS D'URGENCE :

Nom et prénom de la personne à prévenir :

Téléphone :

AFGSU (joindre impérativement la copie)

AFGSU

Êtes-vous titulaire de l'AFGSU ?

☐ Oui

☐ Non

Si oui,

☐ Niveau 1

☐ Niveau 2

Organisme de formation :

Numéro de diplôme (8 chiffres) : Année d'obtention :

SITUATION DE HANDICAP

RQTH :

☐ oui

☐ non

Souhaitez-vous un aménagement de l'entretien d'admission (tiers temps médical) :

☐ oui

☐ non

Si oui, vous trouverez les démarches à réaliser auprès de la MLPH :

<https://www.handicaplandes.fr/Les-aides-de-la-MLPH/Scolarisation>

Je certifie que les renseignements indiqués ci-dessus sont exacts

☐

Date et signature :

QUELLE EST VOTRE SITUATION À CE JOUR ?

OUI

NON

Êtes-vous salarié ?..... (Joindre une attestation d'employeur ou copie du contrat, signée et tamponnée par l'employeur)		
Êtes-vous salarié(e) du secteur public ?..... Si OUI, êtes-vous agent hospitalier ? Si OUI, quel est votre matricule ?.....		
Êtes-vous inscrit(e) à Pôle Emploi comme demandeur(se) d'emploi ?..... Si OUI, fournir une attestation Pôle Emploi avec votre numéro d'identification, signée et tamponnée (obligatoire) Indemnisé(e) ?		
Êtes-vous indemnisé(e) par une autre structure que Pôle Emploi ?..... Si oui, laquelle ? Si oui, fournir un justificatif, tamponné et signé.		
Êtes-vous inscrit(e) à la Mission Locale ?..... Si OUI, fournir une copie de votre fiche de liaison, tamponnée et signée (obligatoire)		
PRISE EN CHARGE DU COÛT DE LA FORMATION		
Êtes-vous en : - Reconversion professionnelle ?..... ☐ - Disponibilité de la fonction publique ?..... ☐ - Démission pour intégrer la formation ?..... ☐		
Avez-vous sollicité une prise en charge pour le financement de la formation ?.....		
Si OUI, auprès de quel organisme ? OPCO (lequel.....).... ☐ Employeur..... ☐		
Financez-vous personnellement votre formation ?.....		

Je certifie que les renseignements indiqués ci-dessus sont exacts. ☐

Je certifie ne faire l'objet d'aucune mesure de suspension ou de retrait de mon permis de conduire. ☐

Date et signature :

LES CERTIFICATS MÉDICAUX

1- **Certificat d'aptitude à la conduite d'ambulances** : prendre RDV pour une consultation médicale avec un **médecin agréé par la préfecture** de votre département de résidence.

➤ Pour les Landes :

[Attestation d'aptitude à la conduite \(art. R221-10 du code de la route\) - Certificat pour la conduite \(art. R221-10 du code de la route\) - Professions réglementées - Démarches - Les services de l'État dans les Landes](#)

Il faudra vous munir du feuillet **CERFA N°14880*02** en annexe I (page 8) du présent dossier d'inscription ou téléchargeable à l'adresse suivante : [Permis de conduire - Avis médical \(Formulaire 14880*02\) | Service-public.fr](#)

Ne pas nous transmettre l'original : il doit être envoyé à la préfecture, accompagné d'une photo d'identité, pour la demande d'attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulance.

2- **Certificat de non contre-indication à l'exercice de la profession d'ambulancier** : prendre RDV avec un **médecin agréé par l'Agence Régionale de Santé**.

➤ Pour les Landes :

<https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/medecins-agrees-11>

ATTENTION :

Ces consultations ne sont pas remboursées par la CPAM et sont donc à votre charge.

Certains médecins sont agréés à la fois par la préfecture et l'ARS. En prenant RDV avec ceux-ci, vous ne paierez qu'une seule consultation. Comptez entre 36 et 50€

3- **Certificat médical de vaccination, par un médecin généraliste.**

Vous trouverez ci-après des modèles des différents certificats médicaux à joindre au dossier d'inscription.

SCHEMA VACCINAL **OBLIGATOIRE**

Article L.3111-4 du Code de la Santé Publique :

« Une personne qui, dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention ou de soins, exerce une activité professionnelle l'exposant à des risques de contamination doit être immunisée contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite ».



Vaccinations obligatoires

- DTP (diphtérie-tétanos-poliomyélite) ou DTCoqPolio
- Hépatite B - schéma complet



Vaccinations fortement recommandées

- Coqueluche - ROR - Varicelle
- Méningocoque C
- Hépatite A
- Covid-19
- BCG

Pour toutes les vaccinations, en plus de la fiche médicale jointe ci-après des justificatifs ou photocopies du carnet de santé devront être fournis.

N'attendez pas l'entrée en formation, faites vérifier vos vaccins par un médecin car être correctement vacciné peut prendre plusieurs mois.

ANNEXE I – CERFA N°14880*02

Attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulances

cerfa N°14880*02

PERMIS DE CONDUIRE - AVIS MÉDICAL
(Art. R. 212-2, R. 221-10 à R. 221-14-1, R. 221-19 et R. 226-1 à R. 226-4 du Code de la route)
(Arrêté du 31 juillet 2012 modifié relatif à l'organisation du contrôle médical de l'aptitude à la conduite)

1 ETAT CIVIL ET COORDONNÉES DU DEMANDEUR À REMPLIR À L'ENCRE NOIRE, EN LETTRES MAJUSCULES SANS ACCENT NI RATURE

Nom de naissance : _____
(C'est le nom qui figure sur votre acte de naissance)

Prénom(s) : _____
(Dans l'ordre de l'état civil)

Nom d'usage (s'il y a lieu) : _____
(ex : nom d'époux(se))

Date de naissance : Jour _____ Mois _____ Année _____ Sexe : Femme ☐ Homme ☐ Téléphone portable (Recommandé) : _____

Commune de naissance : _____ Département ou Collectivité d'outre-mer : _____

Pays : _____
(Si vous êtes né(e) à l'étranger)

Adresse : N° de la voie _____ Extension : bis, ter, etc. _____ Type de voie : avenue, boulevard, etc. _____

Nom de la voie : _____

Complément d'adresse : _____
(Étage, escalier, appartement - Immeuble, bâtiment, résidence - Lieu-dit, Boîte postale, Commune déléguée)

Code postal : _____ Commune : _____

Courriel (Recommandé) : _____

2 Motif de la demande d'avis médical : ☐ Renouvellement périodique ☐ Nouvelle catégorie ☐ Suspension ☐ Après invalidation ou annulation ☐ Autre

Catégorie(s) de permis déjà détenue(s) :

AM	A1	A2	A	B1	B	BE	C1	C1E	C	CE	D1	D1E	D	DE
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Catégorie(s) de permis sur lesquelles porte l'avis médical :

A1	A2	A	B1	B	BE	C1	C1E	C	CE	D1	D1E	D	DE
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Activité(s) professionnelle(s) exercée(s) : ☐ Taxi ☐ VTC ☐ Ambulance ☐ Ramassage scolaire ☐ Transport public de personnes ☐ Transport public à moto ☐ Enseignant de la conduite

AVIS DU OU DES MÉDECINS

3 Modalités du contrôle médical : ☐ En cabinet médical ☐ En commission médicale primaire ☐ En commission médicale d'appel ☐ Autres : _____

3-1 Examens complémentaires demandés le _____ Examen psychotechnique réalisé le _____

4 Le(s) médecin(s) _____ et _____ agréé(s) par le(s) préfet(s) de (s) département(s) n° _____, après contrôle médical de l'intéressé(e), émettent conformément à la réglementation en vigueur et à la liste des affections médicales compatibles avec le maintien ou la délivrance du permis de conduire, l'avis médical suivant :

5 ☐ **APTE** pour la durée de validité fixée par la réglementation ☐ Groupe léger ☐ Groupe lourd
☐ **APTE TEMPORAIRE** pour une durée de validité limitée à _____ à réexaminer par la commission médicale : ☐ oui ☐ non Observations : _____
☐ **APTE** avec les restrictions ou dispenses suivantes : ☐ dispositif de correction et/ou protection de la vision ☐ autres
☐ **INAPTE** ☐ Groupe léger ☐ Groupe lourd

6 Après contrôle médical, le médecin agréé, consultant hors commission médicale : ☐ ne prononce pas d'avis et renvoie l'utilisateur devant la commission médicale primaire.

7 **DÉCLARATION EN CAS D'AVIS D'APTITUDE TEMPORAIRE, D'APTITUDE AVEC RESTRICTIONS OU D'INAPTITUDE**
Je soussigné(e), ☐ M. ☐ Mme _____ déclare avoir pris connaissance des motifs d'ordre médical qui ont entraîné l'avis d'aptitude temporaire, d'aptitude avec restrictions ou d'inaptitude à la conduite.

8 Fait le : _____ / _____ / _____
Signature de l'utilisateur (à l'issue du contrôle médical)
[Représentant légal si mineur]

Signature et cachet du ou des médecins

ANNEXE II - CERTIFICAT MÉDICAL

de non-contre-indication à l'exercice de la profession d'auxiliaire ambulancier

Je soussigné(e), Docteur....., **médecin agréé par l'Agence Régionale de Santé (A.R.S.)** certifie avoir examiné ce jour :

Monsieur ou Madame,

Né(e) le :

Demeurant au :

.....
.....
.....

J'atteste que le (la) candidat(e) ne présente **aucune contre-indication à l'exercice de la profession d'ambulancier ou d'auxiliaire ambulancier** (absence de problèmes locomoteurs, psychiques, d'un handicap incompatible avec la profession : handicap visuel, auditif, amputation d'un membre...).

Certificat établi à la demande de l'intéressé(e) pour faire valoir ce que de droit.

Fait à, le.....

Signature et cachet du médecin agréé.

NB : ce certificat est valable 3 mois.

ANNEXE III - CERTIFICAT MÉDICAL DE VACCINATION FORMATION D'AUXILIAIRE AMBULANCIER

- Inscription des étudiants en santé - Fiche médicale à valider par un médecin

Filière universitaire : NOM : NOM de naissance :
☐ Médecine
☐ Odontologie
☐ Pharmacie
☐ Sage-femme
ou Institut de formation : Prénom : Date de naissance : .. / .. /
Tél. : Email :
Année d'admission : Département de naissance : Code postal lieu de résidence :
Commune de naissance ou pays si né(e) à l'étranger :

Avant votre entrée en formation, vous devez apporter la preuve que vous êtes vacciné(e) contre différents risques infectieux. Si vous n'êtes pas à jour des vaccinations obligatoires, vous ne serez pas autorisé(e) à aller en stage. Les tableaux suivants devront être complétés par votre médecin sauf si le carnet de vaccination électronique a été créé sur www.mesvaccins.net et validé par un professionnel de santé. Cette fiche devra être communiquée, avec les résultats**, en même temps que votre dossier d'inscription (article L3111.4 du Code de la Santé Publique).

Si carnet de vaccination électronique créé et validé par un professionnel de santé : code de partage

Le médecin n'a rien de plus à compléter. Joindre uniquement les résultats demandés sous pli confidentiel.

Diphtérie-Tétanos-Polio (dTP)* / Diphtérie-Tétanos-Polio-Coqueluche (dTPca)

Rappel dTPca si un vaccin coquelucheux n'a pas été administré dans les 5 dernières années (respecter un délai de 1 mois après le dernier dTP). Lors des rappels à âge fixe (25, 45 et 65 ans), sera réalisé systématiquement un dTPca.

Dernier rappel dTP => Date : .. / .. / Nom : Dernier rappel dTPca => Date : .. / .. / Nom :

Hépatite B*

Joindre les résultats sérologiques quelle que soit la date**

Rappel des conditions d'immunisation :

- 1) Ac anti-HBs > 100 UI/l (quels que soient l'historique vaccinal et l'ancienneté des résultats)
- 2) Ac anti-HBs > 10 UI/l et Ac anti-HBc négatif (si schéma vaccinal complet)

Les différents schémas complets :

- soit classique (3 doses) : 2 doses à 1 mois d'intervalle, la 3^{ème} au moins 5 mois après la 2^{ème} dose
- soit à l'adolescence (de 11 à 15 ans) : 2 doses espacées de 6 mois } avec un vaccin contre l'hépatite B dosé à 20 µg
- soit accéléré (à titre exceptionnel) : 3 doses en 21 jours, rappel à 1 an
- Première dose => Date : .. / .. / Nom :
- Deuxième dose => Date : .. / .. / Nom :
- Troisième dose => Date : .. / .. / Nom :
- Injections supplémentaires => Date : .. / .. / Nom :
- => Date : .. / .. / Nom :
- => Date : .. / .. / Nom :

Covid-19 (VACCINATION CONSEILLÉE NON OBLIGATOIRE DEPUIS LE 13 MAI 2023)

Antécédent de COVID => Date : .. / .. / Première dose => Date : .. / .. / Deuxième dose => Date : .. / .. / Rappel => Date : .. / .. /

Rougeole-Oreillons-Rubéole (ROR)

Personnes nées avant 1980 :

- ☐ Antécédent de rougeole => Date : .. / .. /
- ☐ Pas d'antécédent de rougeole ou doute => vaccination 1 dose recommandée sans contrôle sérologique préalable

Personnes nées depuis 1980 :

- ☐ vaccination 2 doses recommandées quels que soient les ATCD

Schéma vaccinal :

- Première dose => Date : .. / .. / Nom :
- Deuxième dose => Date : .. / .. / Nom :

Varicelle

- ☐ Antécédent de maladie
- ☐ Pas d'antécédent ou doute

Si pas d'antécédent ou doute => Sérologie à faire
Joindre le résultat**

Si sérologie négative => Vaccination recommandée

- Première dose => Date : .. / .. / Nom :
- Deuxième dose => Date : .. / .. / Nom :

Méningocoque C

Vaccination recommandée jusqu'à l'âge de 24 ans inclus => Date : .. / .. / Nom :

Tuberculose (vaccination non obligatoire à compter du 1^{er} avril 2019)

Je, soussigné Dr _____ certifie que les renseignements inscrits ci-dessus sont exacts.

Fait le :

Signature et cachet du praticien :

* Obligatoire

** Nous vous rappelons que tous les éléments demandés doivent être joints sous pli confidentiel.

ANNEXE IV – AUTORISATION DE DROIT À L'IMAGE ET DIFFUSION DES RÉSULTATS

AUTORISATION DE DROIT À L'IMAGE et DIFFUSION DES RÉSULTATS

Objet : Droit à l'image

Je, soussigné(e),

Nom : Prénom :

Autorise, à titre gratuit, l'IFA de Mont de Marsan, à utiliser mon image prise dans le cadre de ma formation pour promouvoir l'IFA (projet pédagogique, rapport d'activité, site du CFPS).

Je peux me rétracter à tout moment, sur simple demande écrite à la directrice de l'IFA.

Je m'engage à ne pas tenir responsable la structure précitée ainsi que ses représentants et toute personne agissant avec sa permission pour ce qui relève de la possibilité d'un changement de cadrage, de couleur et de densité qui pourrait survenir lors de la reproduction.

Ce contrat est reconduit de manière tacite chaque année. La présente autorisation est personnelle et incessible et ne s'applique qu'aux supports explicitement mentionnés.

Je déclare avoir 18 ans ou plus et être compétent(e) à signer ce formulaire en mon propre nom. J'ai lu et compris toutes les implications de cette autorisation.

Je déclare également avoir pris connaissance que les informations recueillies dans mon dossier d'inscription à l'IFA font l'objet d'un traitement informatisé.

☐ J'accepte que mon identité paraisse à la publication des résultats sur le site internet,

☐ Je refuse que mon identité paraisse à la publication des résultats sur le site internet.

Conformément à la loi informatique et libertés, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ces droits et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser à l'IFA - CHI de Mont de Marsan et du Pays des Sources - 782, avenue de Nonères - 40 024 MONT DE MARSAN CEDEX

Fait à : Le :

Signature :