



RÉGION
**Nouvelle-
Aquitaine**



**Dossier d'inscription
Formation d'Auxiliaire Ambulancier**

Début des inscriptions : 07/11/2023

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 15/07 AU 31/07/2024



PROCHAINE SESSION DE FORMATION DU 23/09 AU 09/10/2024

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).

Il dispose d'une capacité d'accueil de **20 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'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*

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. »

Séquence 1 : Apprécier l'état clinique d'une personne

Séquence 2 : Assurer les gestes et soins d'urgences de niveau 2

Séquence 3 : Prévenir la transmission d'infection

Séquence 4 : Utiliser les techniques préventives de manutention et les règles de sécurité pour l'installation et la mobilisation des personnes

Séquence 5 : Etablir une communication adaptée à la personne et à son entourage, en respectant les règles et valeurs de la profession

Séquence 6 : Assurer la sécurité du transport sanitaire

Séquence 7 : Rechercher, traiter et transmettre les informations pour assurer la continuité des soins et assurer la gestion administrative du dossier

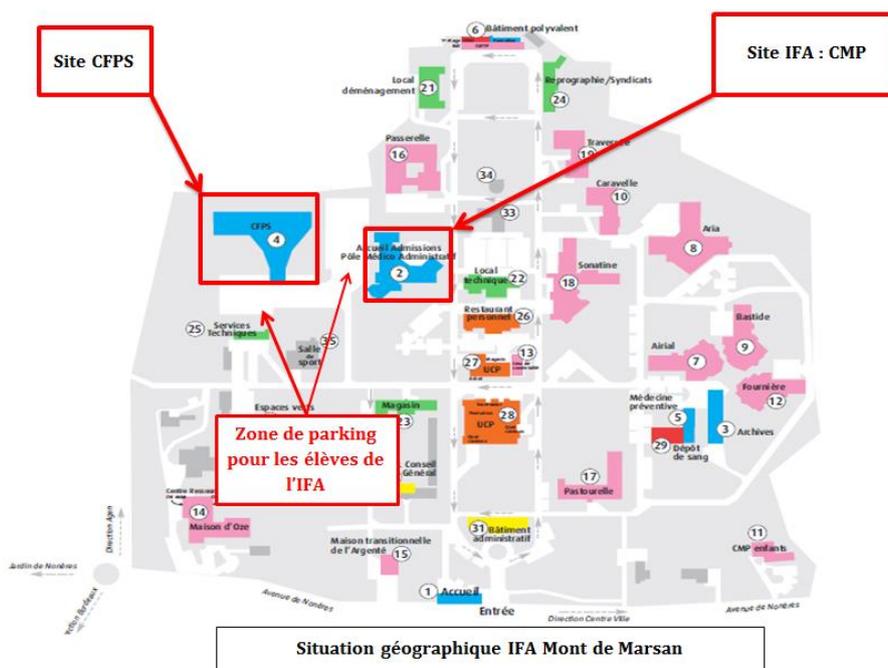
² Arrêté du 11 avril 2022 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'ambulancier et aux conditions de formation de l'auxiliaire ambulancier

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 **pôle médico-administratif du site Sainte-Anne**. Vous devrez vous garer sur le parking du CFPS (cf. plan ci-dessous)



- **Les repas :** Ils peuvent être pris au self de l'hôpital (tarif CROUS 3€30) ou au lieu de convivialité du CFPS s'il est apporté par l'élève.

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

850€

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**.

³ Sous réserve de modification

FICHE ADMINISTRATIVE

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS :

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 ?..... <input type="checkbox"/> - Disponibilité de la fonction publique ?..... <input type="checkbox"/> - Démission pour intégrer la formation ?..... <input type="checkbox"/>		
Avez-vous sollicité une prise en charge pour le financement de la formation ?.....		
Si OUI, auprès de quel organisme ? OPCO (lequel.....).... <input type="checkbox"/> Employeur..... <input type="checkbox"/>		
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 :

<https://www.aaaep.fr/medecins-agrees-permis-de-conduire-landes-40.html>

Il faudra vous munir du feuillet **CERFA N°14880*02** (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 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.

SCHÉMA 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 les résultats de la sélection, 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

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 COORDONNEES DU DEMANDEUR À REMPLIR À L'ENCRE NOIRE, EN LETTRES MAJUSCULES SANS ACCENT NI RATURE

Nom de naissance

Prénom(s)

Nom d'usage (s'il y a lieu)

Date de naissance

Commune de naissance

Pays

Adresse

Complément d'adresse

Code postal

Courriel (Recommandé)

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

(Dans l'ordre de l'état civil)

(ex : nom d'époux(se))

Jour Mois Année
 Sexe : Femme Homme
 Téléphone portable (Recommandé)

Département ou Collectivité d'outre-mer

(Si vous êtes né(e) à l'étranger)

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

Nom de la voie

(Étage, escalier, appartement - Immeuble, bâtiment, résidence - Lieu-dit, Boîte postale, Commune déléguée)

Commune

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
<input type="checkbox"/>														

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

A1	A2	A	B1	B	BE	C1	C1E	C	CE	D1	D1E	D	DE
<input type="checkbox"/>													

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 _____ et à réexaminer par la commission médicale : oui non
 APTE avec les restrictions ou dispenses suivantes :
 dispositif de correction et/ou protection de la vision
 autres
 INAPTE Groupe léger Groupe lourd

Observations :

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.

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

IFA Mont de Marsan - 782, avenue de Nonères - 40 000 Mont de Marsan

Mail : ifa@ght40.fr - Tel : 05.58.05.22.45 - Ref. : DIF.AA.07.24

8

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



Réalisation : département communication
ARS Nouvelle-Aquitaine (2023)

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

Filière universitaire : NOM : NOM de naissance :
 Médecine
 Odontologie
 Pharmacie
 Sage-femme
Prénom : Date de naissance : .. / .. /
Tél. : Email :
ou Institut de formation : Département de naissance : Code postal lieu de résidence :
Année d'admission : 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 dTcaP => 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.