



RÉGION
**Nouvelle-
Aquitaine**



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

Début des inscriptions : 05/01/2026

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 09/06/2026 au 25/06/2026



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 **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

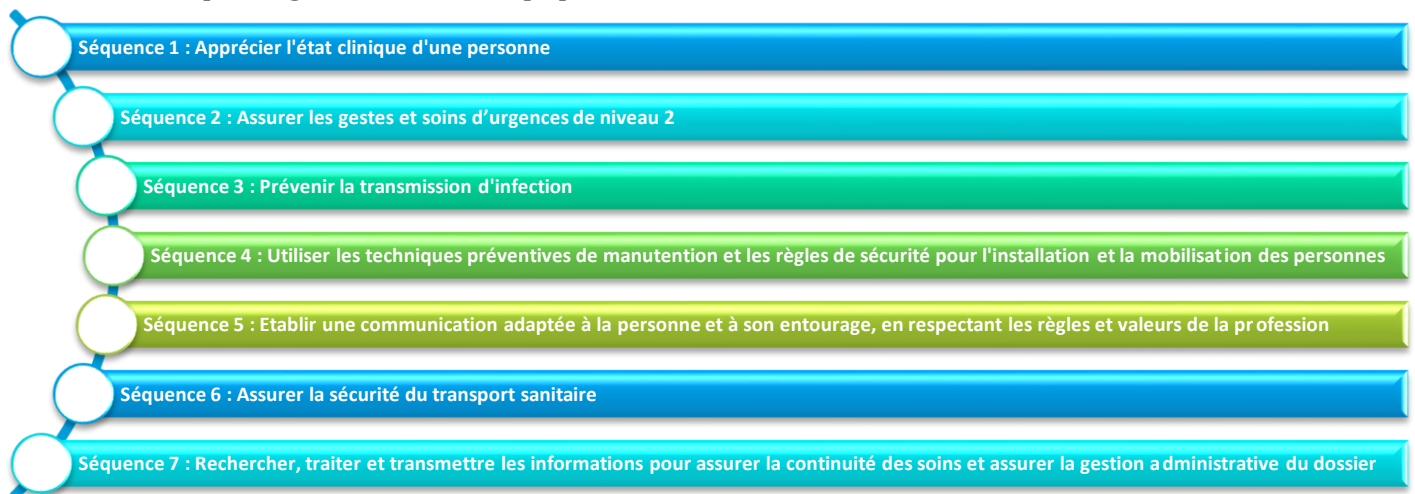
Les pièces à fournir sont :

- Une pièce d'identité;
- Pour les ressortissants hors Union Européenne, un titre de séjour valide « étudiant » ou « autorisé à travailler » à l'entrée en formation.
- 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

FICHE ADMINISTRATIVE

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS :

Nom d'usage : _____

Nom de naissance : _____

Prénom(s) : _____

Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____

Adresse du domicile : _____

Complément d'adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone portable : _____ Adresse mail : _____

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 : _____

DEMANDE D'AMÉNAGEMENTS DE LA FORMATION RELATIVE À UNE SITUATION DE HANDICAP ET/OU UNE MALADIE INVALIDANTE

Madame GARCIA, référente handicap de l'IFA est joignable à l'adresse :

handicfps@ch-mdm.fr

Il vous est demandé de la contacter au moment de votre admission si vous souhaitez bénéficier d'aménagement comme par exemple un tiers temps ou une mise en forme spécifique des cours ou tout autre accompagnement.

Vous devez compléter⁴ la partie ci-dessous et joindre les documents demandés.

Je sollicite un aménagement : Oui Non



⁴ Cochez la proposition correspondante

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 ?		
Êtes-vous inscrit(e) à Pôle Emploi comme demandeur(se) d'emploi ? <i>Si OUI, fournir une attestation Pôle Emploi avec votre numéro d'identification, signée et tamponnée (obligatoire)</i>		
Indemnisé(e) ?		
Êtes-vous indemnisé(e) par une autre structure que Pôle Emploi ? Si oui, laquelle ? <i>Si oui, fournir un justificatif, tamponné et signé.</i>		
Êtes-vous inscrit(e) à la Mission Locale ? <i>Si OUI, fournir une copie de votre fiche de liaison, tamponnée et signée (obligatoire)</i>		
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 ?		

NB : Aucune inscription ne sera prise en compte en l'absence d'engagement d'un financement valide et contractualisé

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 :

[Liste des médecins agréés des 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.

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 ». ⁵



Vaccinations obligatoires

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



Vaccinations fortement recommandées

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

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.

⁵ Des évolutions sont susceptibles d'intervenir en 2026 sous réserve d'un avis de la Haute Autorité de Santé : Forte probabilité d'extension de l'obligation vaccinale à la rougeole (quatrième trimestre 2026). Possibilité d'extension à la vaccination antigrippale, sous réserve de l'avis de la HAS.

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 (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.

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 _____ 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.

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



Filière universitaire : <input type="checkbox"/> Médecine <input type="checkbox"/> Odontologie <input type="checkbox"/> Pharmacie <input type="checkbox"/> Sage-femme ou Institut de formation :	NOM : Prénom : Tél. : Département de naissance : Code postal résidence :	NOM de naissance : Date de naissance : / / Email : 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 différentes maladies. 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 un médecin. Cette fiche devra être communiquée, avec les résultats** sérologiques réalisés (au minimum anticorps anti-HBs et anticorps anti-HBc), en même temps que votre dossier d'inscription selon les modalités décrites par l'établissement.

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

Faire un rappel dTPCa si un vaccin coquelucheux n'a pas été administré dans les 5 dernières années.
Puis rappels dTPCa à âge fixe (25, 45 et 65 ans).

Dernier rappel dTP	Dernier rappel dTPCa
Date : / /	Date : / /
Nom :	Nom :

Hépatite B*

Conditions d'immunisation valides :

Ac anti-HBs > 100 UI/l (quels que soient l'historique vaccinal et l'ancienneté des résultats)

Ac anti-HBs ≥ 10 UI/l et Ac anti-HBc négatif et schéma vaccinal complet

Autres situations : cf. Mémo « Professionnel de santé en charge des vaccinations des étudiants en santé »

Schémas complets valides :

- 3 doses (2 doses à au moins 1 mois d'intervalle, 3e dose au moins 5 mois après la 2e)
- Schéma accéléré (adultes) : 3 doses en 21 jours puis rappel à 1 an
- Schéma administré dans l'adolescence (entre 11 et 15 ans) : 2 doses espacées de 6 mois d'un vaccin dosé à 20 µg

Veuillez patienter
nous boostons
votre système
immunitaire

ETUDIANT EN SANTE

Fiche médicale à valider par un médecin



#JeMeVaccine

#JeNousProtège



Joindre résultats de sérologie et indiquer les dates de vaccination (quels que soient les résultats de sérologie) :**

- Première dose => Date : / / Nom :

- Deuxième dose => Date : / / Nom :

- Troisième dose => Date : / / Nom :

- Injections supplémentaires :

Date : / / Nom :

Date : / / Nom :

Date : / / Nom :

Rougeole Oreillons Rubéole (ROR)

Personnes nées depuis 1980 : 2 doses recommandées, à 1 mois d'intervalle quels que soient les antécédents pour ces 3 maladies (ou 3 doses si 1^{ère} dose de vaccin reçue avant l'âge de 12 mois)

Personnes nées avant 1980 : 1 dose si pas d'antécédent rougeole ou doute (sans contrôle sérologie préalable).

Personnes nées depuis 1980

Première dose : Date : / / Nom :

Deuxième dose : Date : / / Nom :

Personnes nées avant 1980

Antécédent rougeole : Oui / Non

Si Non : Date vaccination : / / Nom :

Varicelle

Vaccination avec 2 doses en absence d'antécédent varicelle (ou doute) et sérologie négative

Antécédent varicelle : Oui / Non

Si Non :

Sérologie positive : *Joindre le résultat***

Sérologie négative : dates des vaccinations :

Première dose : Date : / / Nom :

Deuxième dose : Date : / / Nom :



Infections invasives à méningocoques (IIM) ACWY et B

ACWY : 1 dose recommandée entre 11 et 14 ans avec un rattrapage jusqu'à 24 ans inclus en population générale
B : 2 doses entre 15 et 24 ans en population générale
Date vaccination Men ACWY : / / Nom :
Première dose Men B : / / Nom :
Deuxième dose Men B : / / Nom :

Tuberculose

Vaccination : non obligatoire depuis le 1er avril 2019

IDR (Intra Dermo Réaction) : Il n'est pas obligatoire de disposer d'un résultat d'IDR.
Toutefois, le médecin pourra proposer à l'étudiant, en l'absence d'examen de référence, de réaliser ce test (ou une IGRA, préférentielle chez les sujets vaccinés par le BCG) car le résultat peut servir de référence en cas de contage ultérieur et de détection d'ITL, particulièrement chez les étudiants originaires de zones d'endémie ou de forte circulation et étant en France depuis moins de 5 ans. À noter, la réalisation d'IDR est à éviter dans le mois suivant une vaccination ROR.

Si existence d'un résultat d'IDR connu, même ancien, et mesuré en mm, celui-ci doit être indiqué avec la date de réalisation.

Si informations disponibles, indiquer :
Date de la vaccination :
Date dernière IDR et résultat (en mm) :
Date IGRA de référence et résultat :

* Vaccination obligatoire
** Preuves d'immunisation jointes sous pli confidentiel

Je, soussigné(e) Dr certifie que les renseignements inscrits ci-dessus sont exacts.

Fait le :/..../.....

Signature et cachet du praticien :



Bonne question ! Car c'est indispensable pour mon inscription.

Vous envisagez d'exercer un métier dans le domaine de la santé ? Pour cela, il est indispensable que vous soyez vaccinés.

La vaccination est utile pour soi mais aussi pour protéger les autres, notamment les personnes les plus fragiles. Ainsi, la vaccination vous protège contre certaines maladies infectieuses et protégera également les patients auprès desquels vous interviendrez.

Attention : n'attendez pas les résultats des concours, faites vérifier vos vaccins par un professionnel de santé habilité à vacciner (médecin, pharmacien, sage-femme, infirmier) car être correctement vacciné peut prendre plusieurs mois.

Comment savoir si vous êtes à jour ?

Pour savoir si vous êtes à jour dans vos vaccins, créez votre carnet de vaccination numérique sur www.mesvaccins.net. Des alertes vous seront envoyés lors des prochains rappels !

Voici la liste des vaccinations pour les étudiants des professions médicales et paramédicales à faire selon calendrier vaccinal en vigueur (https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinal-2025.pdf) :

Diphtérie - Tétanos - Poliomyélite (dTP)	Obligatoire
Coqueluche	Recommandée (systématiquement associée au dTP)
Hépatite B	Obligatoire
Rougeole - Oreillons - Rubéole (ROR)	Recommandée
Grippe saisonnière et Covid	Recommandées à chaque automne
Varicelle	Recommandée si non immunisé

Toutes ces vaccinations sont jugées comme indispensables compte tenu du milieu professionnel dans lequel vous envisagez d'évoluer. Les vaccinations obligatoires conditionnent l'entrée dans votre formation.



A noter que les vaccinations contre les infections invasives à méningocoques (IIM) ACWY et B ne sont pas préconisées chez les étudiants en santé mais sont fortement recommandées en population générale.

A l'issue du concours, si vous êtes admis, lors de la constitution de votre dossier d'inscription vous devrez impérativement transmettre, selon les modalités décrites par l'école de formation ou l'institut, la fiche médicale de vaccination complétée par un médecin ainsi que les preuves d'immunisation demandées. Celles-ci sont à transmettre au plus tard avant de commencer le stage dans un établissement : à défaut, vous ne pourrez pas effectuer votre stage.

Quels sont les étudiants en santé concernés ?

Les dispositions s'appliquent aux étudiants des filières suivantes :

- o Médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, sages-femmes, infirmiers, kinésithérapeutes, pédicures-podologues, manipulateurs d'électroradiologie, aides-soignants, ambulanciers, auxiliaires de puériculture, techniciens en analyses biomédicales et assistants dentaires.
- o La vaccination contre l'hépatite B est également obligatoire pour les thanatopracteurs.

Pourquoi ces vaccinations ?

Vous trouverez toutes les informations utiles sur les vaccinations sur le [site vaccination-infoservice](http://site.vaccination-infoservice)

DIPHTERIE/TETANOS/POLIOMYELITIS

La **diphtérie** est due à une toxine sécrétée par une bactérie qui, lorsque celle-ci se diffuse dans le sang, peut entraîner des complications graves (atteinte du cœur et du système nerveux). Cette maladie est très contagieuse et se transmet par la toux et les éternuements, ou par contact avec des plaies cutanées.

Le **tétanos** est dû à une toxine produite par une bactérie naturellement présente dans la terre. La contamination peut s'effectuer par n'importe quelle plaie ou coupure. Le tétanos se manifeste par des contractures musculaires intenses, des spasmes et des convulsions. L'atteinte des muscles respiratoires peut entraîner le décès par asphyxie.



La **rubéole** est due à un virus. Cette maladie est bénigne, sauf chez la femme enceinte. En effet, elle peut être responsable de graves malformations chez le futur bébé.

LA GRIPPE ET LE COVID

Ce sont des infections respiratoires aiguës dues à des virus. Elles peuvent être graves, voire mortelles chez les personnes fragiles, comme les personnes âgées ou atteintes de certaines maladies chroniques, les femmes enceintes, les personnes obèses ou les nourrissons. La vaccination des professionnels de santé permet d'éviter la contamination des plus fragiles chez qui la vaccination peut être moins efficace.

VARICELLE

La varicelle est due à un virus. Le plus souvent bénigne, elle peut être grave chez les personnes dont le système immunitaire ne fonctionne pas bien et chez les adultes non immunisés, et provoquer des complications graves comme des atteintes des poumons ou du cerveau. Elle est très contagieuse et la contamination est respiratoire ou par contact avec une personne infectée.

INFECTIONS INVASIVES A MENINGOCOQUES (IIM)

Les infections sont dues à une bactérie responsable d'infections graves, dites infections invasives à méningocoque (IIM), qui peuvent conduire au décès ou laisser des séquelles importantes. Elle se transmet surtout par voie aérienne respiratoire lors de contacts avec une personne porteuse du virus, qu'elle ait ou non des symptômes.

La **poliomyélite** est due à un virus, principalement présent dans les selles des personnes infectées. Elle peut atteindre la moelle épinière et les neurones qui commandent les muscles, et entraîner des paralysies qui peuvent persister voire des décès.

COQUELUCHE

La **coqueluche** est une infection respiratoire due à une bactérie très contagieuse. Elle se transmet surtout par les gouttelettes de salive émises lors de la toux. Elle se manifeste par une toux épuisante et répétée, de jour comme de nuit et durant plusieurs semaines. Elle peut être grave chez les bébés et les personnes immunodéprimées.

HEPATITE B

L'hépatite B est due à un virus pouvant provoquer une hépatite aiguë fulminante, forme grave d'atteinte du foie, pouvant nécessiter une greffe.

Dans certains cas, le virus va persister dans le sang pendant des mois, des années, parfois à vie : on parle alors d'hépatite B chronique qui entraîne des lésions pouvant mener à une cirrhose et un cancer.

Ce virus se transmet par le sang et par les autres fluides corporels, d'où un risque d'exposition élevé en cas de profession de santé qui justifie une obligation vaccinale.

ROUGEOLE/OREILLONS/RUBEOLE

La **rougeole** est due à un virus qui se transmet très facilement par la toux, les éternuements et les sécrétions nasales. Une personne contaminée par la rougeole peut infecter entre 15 et 20 personnes. Des complications peuvent survenir dont certaines graves et peut provoquer des séquelles ou des décès. Les complications sont plus fréquentes chez les nourrissons de moins d'1 an, les adolescents et les adultes. Elle est indispensable pour les professionnels travaillant auprès des personnes fragiles.

Les **oreillons** est une maladie due à un virus et peut provoquer des complications graves : méningite, surdité, inflammation du pancréas ou des testicules (pouvant entraîner une stérilité chez le garçon).

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.

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 :