INSTITUT DE FORMATION D'AMBULANCIERS
Centre Hospitalier Agen-Nérac

DOSSIER D'INSCRIPTION
SÉLECTION POUR L'ENTRÉE EN IFA – RENTREE SEPTEMBRE 2024
DES CANDIDATS FORMATION PROFESSIONNELLE CONTINUE

Début des inscriptions : **Lundi 19 Février 2024**

Clôture des inscriptions : **Vendredi 14 juin 2024 - minuit**

Tout dossier est à transmettre **uniquement par voie postale**
En **recommandé avec accusé de réception**

Tout dossier incomplet, non conforme (illisible…) ou adressé après la date de clôture, **ne sera pas traité** (Cachet de la poste faisant foi)

Téléchargement du dossier d'inscription sur le site
http://www.ifps-agen.com/

Contact :
Institut de Formation des Professionnels de Santé
IFA CH AGEN-NERAC
Adresse postale : Route de Villeneuve - 47923 AGEN Cedex 9

Email : secretariat.ifps@ch-agen-nerac.fr
Site internet : http://www.ifps-agen.com/

Accueil public : 43 rue Corps Franc Pommiès – 47000 AGEN

INSTITUT DE FORMATION D'AMBULANCIERS
IFPS - Centre Hospitalier Agen-Nérac

PLACES OUVERTES POUR LA RENTREE 2024

Par voie de sélection	Nombre de places
Quota autorisé	20
Places promotion professionnelle continue	20

COUT DE LA FORMATION

Frais d'inscription à la sélection	80.00 €
Frais d'inscription à la formation	100.00 €
Coût de la scolarité **Formation complète**	5 760.00 €
Coût de la scolarité **Formation partielle**	Montant facturé en fonction du nombre de blocs à réaliser (prendre contact avec l'IFA pour obtenir un devis)

ATTENTION :

- **Un stage d'observation d'une durée de 70 heures dans un service hospitalier en charge du transport sanitaire ou dans une entreprise de transports sanitaires est obligatoire pour pouvoir passer l'épreuve orale d'admission (voir dispenses page 10).**

Il est à effectuer de façon continue sur un seul lieu de stage. Une extension d'assurance responsabilité civile est obligatoire pour toute la durée du stage.

- **Rapporter impérativement l'attestation de suivi du stage d'observation dument complétée par le chef d'entreprise avec dates, cachet et signature, pour l'oral d'admission. En cas d'absence de ce document, le candidat ne peut en aucun cas être autorisé à participer à l'épreuve orale**

CALENDRIER

	IFA
Mise en ligne des dossiers d'inscription	***Dossier en ligne*** ***www.ifps-agen.com***
Ouverture des inscriptions	**Lundi 19 février 2024** 14h00
Clôture des inscriptions	**Vendredi 14 juin 2024** Minuit Le cachet de la poste faisant foi pour l'envoi du dossier

ADMISSION RESULTATS	**Jeudi 04 juillet 2024**
AFFICHAGE DES RESULTATS	**Vendredi 05 juillet 2024 à 14h00**
CONFIRMATION DES CANDIDATS	**Mardi 16 juillet 2024**

CANDIDATS NON SOUMIS A LA SELECTION

Les candidats à la formation par la voie de l'apprentissage.

INSCRIPTION

Modalités inscriptions

1. **TELECHARGER EN LIGNE, le dossier d'inscription *version papier***

2. **ENVOI DU DOSSIER COMPLÉTÉ et COMPLET UNIQUEMENT**

Uniquement par voie postale (pas de remise à l'institut), en recommandé avec A/R à

Institut des Professionnels de Santé

Secrétariat IFA
Centre Hospitalier Agen-Nérac
Route de Villeneuve
47923 AGEN CEDEX 9

Date de pré-rentrée : **Lundi 26 Août 2024 - SITE AGEN – 9h00 – 12h30**

Date de rentrée : **Lundi 26 Août 2024 - SITE AGEN – 13h30 – 17h00**

EPREUVES DE SELECTION
ARRETE DU 11 AVRIL 2022

Le processus de sélection des candidats ayant exercé à la date des épreuves les fonctions d'auxiliaires ambulanciers pendant une durée continue **d'au moins un an durant les 3 dernières années** dans une ou plusieurs entreprises de transport sanitaire, comprend uniquement un dossier d'admission.

Le dossier est apprécié au regard des attendus de la formation par un binôme d'évaluateurs composé d'un ambulancier diplômé d'Etat en activité professionnelle ou d'un chef d'entreprise de transport sanitaire titulaire du diplôme d'Etat d'ambulancier, et d'un formateur permanent de l'institut ou du directeur en institut de formation d'ambulanciers.

CONDITIONS D'ADMISSION
ARRETE DU 11 AVRIL 2022

La formation conduisant au diplôme d'Etat d'ambulancier est accessible ***uniquement aux candidats financés****, sous condition de permis de conduire valide, d'aptitudes médicales.*

Les candidats envoient leur dossier uniquement par courrier à l'adresse postale indiquée.

La formation conduisant au diplôme d'Etat d'ambulanciers est accessible, sans condition de diplôme, par les voies suivantes :

1° La formation professionnelle continue, sans conditions d'une durée minimale d'expérience professionnelle, dans les conditions fixées par le présent arrêté ;

CONSTITUTION DU DOSSIER

ATTENTION, MERCI DE BIEN LIRE LA LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR EN FONCTION DE VOTRE SITUATION

DOCUMENTS COMMUNS A FOURNIR QUEL QUE SOIT LE PROFIL DU CANDIDAT

- ❒ Fiche d'inscription complétée **lettres capitales, lisible** (ne pas plier).
- ❒ Prise en charge de la formation par employeur
- ❒ 1 Photo d'identité récente au format JPEG à transmettre par messagerie (secretariat.ifps@ch-agen-nerac.fr)
- ❒ Photocopie, lisible d'une pièce d'identité recto et verso (carte d'identité ou Passeport) **sur une seule et même page** en cours de validité pendant toute la durée de la formation.
- ❒ **Photocopie recto verso du permis de conduire (hors période probatoire), conforme à la législation en vigueur et en état de validité**
  Attention la carte d'identité réalisée avant la majorité ne bénéficie pas des 5 ans de prolongation de validité. Le permis de conduire n'est pas recevable.

- ❒ **Copie de l'Attestation préfectorale d'aptitude à la conduite des ambulances (médecin agréé par la préfecture) (Annexe)**
- ❒ Certificat médical de non-contre-indication à la profession d'ambulancier (médecin agrée par l'ARS)
- ❒ Certificat médical d'immunisation et de vaccination obligatoire (Annexe 1)
- ❒ **2 enveloppes auto-adhésives** format 11X22 cm à FENÊTRE transparente, **timbrées au tarif en vigueur.**
- ❒ Règlement des frais d'inscription par chèque de 80 € **à l'ordre de « Monsieur le Receveur du CH Agen-Nérac»**
- ❒ Copie de l'éventuelle AFGSU 2, **si obtenue**
- ❒ Copie de l'éventuelle attestation de formation Auxiliaire Ambulancier, **si obtenue**

DOCUMENTS SUPPLÉMENTAIRES À FOURNIR POUR DISPENSE D'ÉPREUVE ORALE et PASSAGE D'ADMISSION SUR DOSSIER UNIQUEMENT, AU CHOIX :

Document(s) justifiant à la date de l'inscription **d'au moins un an d'exercice** en continu comme auxiliaire Ambulancier sur les trois dernières années, dans une ou plusieurs entreprises.

- ☐ Attestation(s) employeur(s)
- ☐ Copies de 12 bulletins de salaire mensuels consécutifs

DOCUMENTS SUPPLÉMENTAIRES À FOURNIR POUR :

- LES CANDIDATS SOUMIS A L'ADMISSIBILITÉ (sans bac et diplôme sanitaire ou social)
- ET LES CANDIDATS SOUMIS A UNE ADMISSION SUR DOSSIER UNIQUEMENT (auxiliaires ambulanciers ayant exercé un an en continu sur les 3 dernières années)

- ❒ Lettre de motivation **manuscrite**
- ❒ Curriculum vitae (comprenant l'ensemble des emplois occupés, le type de contrat effectué, les dates de début et fin de contrat, le nom et le lieu des structures employeurs…).
- ❒ Un document **manuscrit** relatant, au choix du candidat, soit une situation personnelle ou professionnelle vécue, soit son projet professionnel en lien avec les attendus de la formation. **Ce document n'excède pas deux pages : (Voir notice explicative)**
- ❒ Selon la situation du candidat, la copie des originaux de ses diplômes ou titres traduits en français : reconnaissance des diplômes étrangers en France reconnus par ENIC NARIC.
- ❒ Selon la situation du candidat, les attestations de travail, accompagnées éventuellement des appréciations et/ou recommandations de l'employeur. Les candidats peuvent joindre tous autre justificatif valorisant un engagement ou une expérience personnelle en lien avec la profession

d'ambulancier

- ❒ Pour les candidats étrangers, hors union européenne, une attestation du niveau de langue française niveau B2 du cadre européen commun de référence pour les langues du Conseil de l'Europe et un titre de séjour en cours de validité pour toute la période de la formation
- ❒ Attestations de formation continue
- ❒ Attestation de l'employeur pour les personnes ayant exercé, au moins 1 mois, le métier d'auxiliaire ambulancier **(Annexe)**
- ❒ **Photocopie des titres ou diplômes permettant de bénéficier d'équivalences de compétences et/ou d'allègements de formation.**

DOCUMENTS SUPPLÉMENTAIRES POUR LES CANDIDATS SOUMIS AU STAGE D'OBSERVATION :

☐ Attestation de suivi au stage d'observation de 70h **(Annexe)** à fournir au plus tard le jour de l'épreuve orale d'admission.

⚠ ***La rubrique diffusion des résultats sur Internet non renseignée vaut accord de diffusion***

Les candidats peuvent joindre tout autre justificatif valorisant un engagement ou une expérience personnelle (associative, culturelle, sportive, professionnelle…) en lien avec la profession d'ambulancier.

NOTICE COMPLEMENTAIRE

MÉTHODOLOGIE RELATIVE A L'ANALYSE DE LA SITUATION PROFESSIONNELLE OU PERSONNELLE

I. Les attendus concernant la situation

Concernant le contenu

1. Intérêt pour le domaine de l'accompagnement et de l'aide à la personne (adultes et/ou enfants)
2. Qualités humaines capacités relationnelles aptitudes physique
3. Aptitudes en matière d'expression écrite, orale
4. Capacités organisationnelles

II. Les critères attendus

1. Connaissances dans le domaine sanitaire, médico-social, connaissance du métier.
2. Aptitude à faire preuve d'attention à l'autre, d'écoute et d'ouverture d'esprit, motivation professionnelle
3. Aptitude aux activités physiques (agilité, résistance, port de charge, ergonomie)
4. Maîtrise du français et langage écrit et oral
5. Pratique des outils numériques
6. Aptitudes à s'organiser, à prioriser les activités, autonomie dans son travail

Concernant la forme

1. Une introduction
2. Un recueil de données / la description de la situation
3. L'analyse de la situation
4. La conclusion

Voir la méthodologie Ci-dessous

III. La présentation du document

- 2 pages maximum
- Document manuscrit
- Document clair (présentation aérée, lisible, dans le respect de l'orthographe et la syntaxe, sources des éléments théoriques précisées)

IV. Le plan

- **Décrivez et analysez votre situation professionnelle ou personnelle en vous aidant de la méthodologie ci-dessous**

QUI ?	**Présentation de la personne concernée par la situation** **Préciser les autres personnes présentes *(rôle de chacun dans la situation présentée)***
OÙ ?	**Description du lieu où se déroule la situation**
QUAND ?	**Le moment où se déroule l'action** **Que s'est-il passé ?**
QUOI ? **COMMENT ?**	**Description détaillée des faits ⍰ attention : pas d'interprétation, ni de jugement.** **En faisant apparaître :** ➢ **L'observation réalisée** ○ ***« Qu'est-ce que j'ai observé ? »*** ➢ **Le ressenti, les réactions et actions** ○ ***« Qu'est-ce que j'ai fait ? »*** ○ ***« Qu'est-ce que j'ai ressenti ? »*** ○ ***« Qu'est-ce que j'ai dit ? »***
L'ANALYSE DE LA SITUATION : POURQUOI ?	**Identification des points forts et argumentation en lien avec des connaissances théoriques :** ➢ ***« De quoi j'ai tenu compte ? »*** ➢ ***« Qu'est-ce que j'ai mis en place ? »*** ➢ ***« Avec quels éléments théoriques, je peux le justifier ? » etc.*** **Identification des points faibles et argumentation en lien avec des connaissances théoriques :** ➢ ***« De quoi j'aurais dû ou pu tenir compte ? »*** ➢ ***« Qu'est-ce que j'aurais pu mettre en place ? »*** ➢ ***« Avec quels éléments théoriques je peux le justifier ? »***

EN CAS DE NON RESPECT DES CONSIGNES, LE DOSSIER NE SERA NI ÉVALUÉ, NI ÉTUDIÉ, NI CLASSÉ.

RESULTAT ET CONFIRMATION DE L'ENTREE EN FORMATION

Chaque candidat est informé personnellement par écrit de ses résultats : affichage des résultats à l'IFPS et mis en ligne sur site Internet dans le respect des conditions en vigueur de communication des données personnelles des candidats.

Le candidat dispose d'un délai de sept jours ouvrés pour valider son inscription en institut de formation en cas d'admission en liste principale.

Au-delà de ce délai, il est présumé avoir renoncé à son admission et sa place est proposée au candidat inscrit en rang utile sur la liste complémentaire.

Les résultats des épreuves de sélection ne sont valables que pour la rentrée au titre de laquelle elles ont été organisées ;

PROFILS PARTIELS

Sous réserve d'être admis à suivre la formation dans les conditions fixées par l'arrêté du 11 avril 2022 des équivalences de compétence de blocs de compétence ou des allègements partiels ou complets de certains modules de formation sont accordés aux élèves titulaires des titres ou diplômes suivants :

En fonction des diplômes (ci-dessus) obtenus, les allègements et/ou dispenses peuvent être cumulés.

Titre / Diplôme antérieur	Durée Ecole	Durée Stage
Cursus complet	**556 h**	**245 h**
Diplôme d'aide-soignant **référentiel 2005**	241 h	140 h
Diplôme d'aide-soignant **référentiel 2021**	171 h	311 h
Diplôme d'Etat d'Assistant de Régulation Médicale	332 h	140 h
Bac Pro conducteur de transport routier marchandise	535 h	245 h
Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Puériculture 2021	185 h	140 h
Conducteur livreur sur véhicule utilitaire léger	535 h	245 h

PRISE EN CHARGE FINANCIERE

Frais annuels de formation : non remboursables

	Formation Initiale	VAE
Droits d'inscription	100,00 € **Frais à acquitter à la confirmation d'inscription**	
Frais de formation	**(1) Cursus complet 5 760€**	
	(1) Cursus partiel 10.50€ / heure de formation théorique	
Frais annexes	Facultatifs	

(1) **<u>Sont considérés « Candidats relevant de la formation continue » :</u>**

- Les candidats en reconversion professionnelle, salariés ou non.

PRISE EN CHARGE DE LA FORMATION :

- ❒ **Salarié en promotion professionnelle pris en charge par son employeur**
- ❒ **Salarié en congé de formation pris en charge par un organisme financeur**

(2)* **<u>Coût des modules de formation sur devis</u>**

ATTENTION : les tarifs indiqués ci-dessus peuvent être modifiés.

Les frais annexes à la formation (hébergement, repas, transports, tenues professionnelles, achat de l'enveloppe et des timbres pour l'envoi du diplôme…) sont à la charge de l'élève.
Pendant la formation, les élèves ne perçoivent pas de rémunération.

Les élèves doivent être couverts en matière d'assurance maladie (CPAM ou sécurité sociale étudiante) et avoir souscrit à un contrat d'assurance responsabilité civile.

INFORMATION IMPORTANTE
- ADMISSION DEFINITIVE -

<u>L'admission définitive est subordonnée à des vaccinations obligatoires</u> :

Ainsi, le candidat devra produire :

- ❒ Au plus tard le jour de la rentrée, un certificat médical émanant d'un médecin agréé attestant que le candidat n'est atteint d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession à laquelle il se destine = **certificat d'aptitude**.
  (liste des médecins agrées : https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/medecins-agrees-11)

- ❒ Au plus tard le jour de la rentrée, **un certificat médical attestant qu'il remplit les obligations d'immunisation et de vaccination** prévues le cas échéant par les dispositions du titre Ier du livre Ier de la troisième partie législative du code de la santé publique.

  <u>Confère Annexe ci-dessous</u> : liste des vaccinations conformes à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France (cf. article 44 de l'arrêté du 21 avril 2007 modifié).

Ne pourront être admis au 1er stage, que les élèves pouvant justifier des deux premières doses relatives à la vaccination contre l'hépatite B, sachant qu'il faut 1 mois entre chaque injection.

Vaccinations : En plus de la fiche médicale, des justificatifs ou photocopies du carnet de santé devront être fournis obligatoirement.

N'attendez pas les résultats de la sélection, faites vérifier vos vaccins par un médecin car être correctement vacciné peut prendre plusieurs mois et compromettre la mise en stage.

N'hésitez pas à établir le carnet de santé électronique : permet de vous informer par mail de vos rappels. De plus partageable avec tout professionnel de santé – mes vaccins.net : https://www.mesvaccins.net/

ANNEXE 1
(SPECIMEN : A NE PAS RENVOYER)

Réalisation : département communication ARS Nouvelle-Aquitaine (2023)

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

Filière universitaire : .....
- ☐ Médecine
- ☐ Odontologie
- ☐ Pharmacie
- ☐ Sage-femme

ou Institut de formation : .....

Année d'admission : .....

NOM : .....

Prénom : .....

Tél. : .....

Département de naissance : .....

Commune de naissance ou pays si né(e) à l'étranger : .....

NOM de naissance : .....

Date de naissance : .. / .. / ....

Email : .....

Code postal lieu de résidence : .....

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 3ème au moins 5 mois après la 2ème dose**
- **soit à l'adolescence (de 11 à 15 ans) : 2 doses espacées de 6 mois**
- **soit accéléré (à titre exceptionnel) : 3 doses en 21 jours, rappel à 1 an**

} **avec un vaccin contre l'hépatite B dosé à 20 µg**

- **Première dose =>** Date : .. / .. / .... Nom : .....
- **Deuxième dose =>** Date : .. / .. / .... Nom : .....
- **Troisième dose =>** Date : .. / .. / .... Nom : .....
- **Injections supplémentaires =>** Date : .. / .. / .... Nom : .....
  => Date : .. / .. / .... Nom : .....
  => Date : .. / .. / .... Nom : .....

Covid-19

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 1er 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***

FICHE INSCRIPTION

A COMPLETER EN LETTRES MAJUSCULES ET LE PLUS LISIBLEMENT POSSIBLE

Nom de naissance : …… Nom Marital : ……

Prénom : …… Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin

Date de naissance : …. / …. / ….. Lieu de Naissance : …… (Dept :….)

Adresse : …….

Code Postal : …….. Ville : ……

Téléphone : …/…. /…. /…. Courriel : ……@……..

Souhaitez-vous signaler une en situation de handicap ?

☐ Oui : fournir un certificat médical ou bilan orthophonique
☐ Non

Statut actuel : **Salarié** Oui ☐ Non ☐ Nom Entreprise : ……

Secteur Public Oui ☐ Non ☐ Secteur Privé Oui ☐ Non ☐

CDI Oui ☐ Non ☐ CDD Oui ☐ Non ☐

Date d'obtention du permis de conduire : **Fin de période probatoire :**

Fait à : …… Le : …… ;

Atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés.

Diffusion des résultats sur internet :	**Signature du candidat**
☐ **ACCORD** ☐ **REFUS**	

Si vous cochez la case REFUS, vos résultats ne pourront pas être publiés sur internet, ni affichés, ni divulgués par téléphone. Il faudra donc attendre le courrier de l'institut

Cadre réservé à l'Institut		
DOSSIER RÉCEPTIONNÉ LE : …….. PAR :……	❒ Stage d'observation de 70H Lieu …….. ❒ Dispense stage d'observation Motif ……	❒ Salarié avec Titre ❒ Salarié sans titre ❒ AA durée moins de 12 mois

DIPLOMES OBTENUS PERMETTANT DISPENSE DE L'ASMISSIBILITE : CAP, BEPSS, BAC,	
Diplôme :	Année d'obtention
Diplôme :	Année d'obtention
Diplôme :	Année d'obtention

DIPLOMES OU TITRES PROFESSIONNELS OBTENUS PERMETTANT DISPENSE DE FORMATION : FEAS, DEARM, BAC ASSP, BAC SAPAT ……	
Diplôme :	Année d'obtention
Diplôme :	Année d'obtention
Diplôme :	Année d'obtention

AFGSU	
Niveau 1 : ☐ **OUI** ☐ **NON**	
	N° AFGSU
Niveau 2 : ☐ **OUI……** ☐ **NON**	

DEMANDE D'AMENAGEMENT POUR UN HANDICAP :

Les candidats en situation de handicap peuvent demander lors de leur dépôt de dossier (cf. ci-dessous) un aménagement des conditions de déroulement de formation.

- Les candidats dont la situation de handicap nécessite des aménagements spécifiques doivent fournir à l'institut un **avis circonstancié** et des préconisations d'aménagement, émanant d'un médecin agréé désigné par l'ARS Nouvelle-Aquitaine, ou d'une autre région de France, ou bien d'une MDPH.

Accessibilité aux personnes en situation de handicap

Conformément à la règlementation (Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées / Articles D. 5211-1 et suivants du code du travail), l'institut peut proposer des aménagements (technique, organisationnel et/ou pédagogique) pour répondre aux besoins particuliers de personnes en situation de handicap. Le cas échéant, l'organisme de formation mobilise des compétences externes (Centre de Ressources Formation Handicap Nouvelle-Aquitaine…) et les dispositifs ad-hoc (Accea, Epatech…) pour la recherche de solution permettant l'accès aux formations.

AMENAGEMENT DE LA FORMATION (à remplir selon la situation du candidat)

Candidat présentant une incapacité temporaire ou handicap

- ☐ Je bénéficie d'une RQTH
  L'organisme qui m'accompagne est……
  La personne référente est……
  Ses coordonnées téléphoniques sont……
- ☐ J'envisage de demander une RQTH
- ☐ J'ai un dossier de demande de RQTH en cours d'examen
  L'organisme qui m'accompagne est……
  La personne référente est……
  Ses coordonnées téléphoniques sont……
- ☐ Je présente un handicap ou une incapacité temporaire **ET**
- ☐ Je joins la notification d'avis d'aménagement des conditions d'examen de la MDPH. Elle doit mentionner l'épreuve et la date de l'épreuve pour laquelle elle est délivrée.

Le candidat se présente muni de son carnet de santé ou de toutes pièces nécessaires, afin de justifier de son état de santé

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATIONS A LA PROFESSION D'AMBULANCIER

Établi par un médecin agréé par l'ARS de votre département

Je soussigné(e), Docteur

Médecin agréé par l'ARS certifie avoir examiné ce jour :

Mr/Mme

J'atteste que le (la) candidat(e) ne présente aucune problème locomoteur, psychique, aucun handicap incompatible avec la profession d'ambulancier(e), notamment visuel, auditif, ou amputation d'un membre.

Fait à , le

Cachet et signature du médecin Agrée par l'ARS

ANNEXE– ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR

CANDIDAT EN EXERCICE DEPUIS AU MOINS **UN MOIS** COMME AUXILIAIRE AMBULANCIER

CANDIDAT

NOM / NOM MARTIAL :……

PRENOM :……

ADRESSE :……

……

CODE POSTAL : VILLE :……

TELEPHONE :…… MAIL :……

PERIODE D'EXERCICE PROFESSIONNEL

DU…… AU……

ENTREPRISE

NOM :……

N°SIRET :……

ADRESSE :……

……

CODE POSTAL : VILLE :……

TELEPHONE :…… MAIL :……

NOM DU RESPONSABLE DANS L'ENTREPRISE :……

FONCTION DANS L'ENTREPRISE :……

APPRECIATIONS DE L'EMPLOYEUR

CRITERES	INSSUFISANT	MOYEN	BON	TRES BON	OBSERVATIONS
Aptitudes physiques (agilité, résistance, port de charge, ergonomie)					
Motivation professionnelle					
Exactitude, rigueur					
Maîtrise d'un véhicule sanitaire					
BILAN					

DATE :……

Cachet du responsable de l'entreprise

ANNEXE– ATTESTATION DE SUIVI DU STAGE D'OBSERVATION 70H

CANDIDAT

NOM / NOM MARTIAL :……

PRENOM :……

ADRESSE :……

……

CODE POSTAL : VILLE :……

TELEPHONE :…… MAIL :……

DATES DU STAGE

DU…… AU……

ENTREPRISE

NOM :……

N°SIRET :……

ADRESSE :……

……

CODE POSTAL : VILLE :……

TELEPHONE :…… MAIL :……

NOM DU RESPONSABLE DU SUIVI DU STAGE :……

FONCTION DANS L'ENTREPRISE :……

APPRECIATIONS DE L'EMPLOYEUR

CRITERES	INSUFISANT	MOYEN	BON	TRES BON	OBSERVATIONS
Aptitudes physiques (agilité, résistance, port de charge, ergonomie)					
Aptitudes relationnelles (communication avec les membres de l'équipe, relation avec les patients)					
Motivation professionnelle					
Exactitude, rigueur					
Maîtrise d'un véhicule sanitaire					
BILAN					

DATE :……

Cachet du responsable de l'entreprise