

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

### DOSSIER D'INSCRIPTION A LA FORMATION CONDUISANT A L'ATTESTATION D'AUXILIAIRE AMBULANCIER - MARS 2024

Début des inscriptions : **Vendredi 22 décembre 2023**

Tout dossier est à transmettre uniquement par voie postale  
**Tout dossier incomplet, non conforme (illisible...) ne sera pas traité**

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](mailto: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

---

## INFORMATION

Le professionnel titulaire du poste d'auxiliaire ambulancier assure la conduite du véhicule sanitaire léger ou est l'équipier de l'ambulancier, dans l'ambulance conformément à l'arrêté du 11 avril 2022 modifié.

La formation est dispensée au sein de l'IFPS d'AGEN.

La formation se déroulera du **25 mars au 11 avril 2024**.

Un stage d'observation facultatif de 70h peut-être réalisé en amont de la formation :

Du 11 au 22 mars 2024.

### Calendrier

Ouverture des inscriptions : Lundi 11 décembre 2023.

L'envoi des pièces obligatoires doit être réalisé avec le dossier d'inscription

### Durée de la formation :

- **91 heures** de formation en présentiel réparties sur 13 jours décomposés en 2 semaines de 35h et une semaine de 21h : GSU 2
- **70 heures** réparties sur 10 jours décomposés en 2 semaines de 35h (Stage d'observation facultatif)

Groupe de 20 personnes

A l'issue des épreuves de validation des compétences, le stagiaire se verra délivrer l'Attestation de Formation d'Auxiliaire Ambulancier.

### **Cout de la formation :**

Le coût de la formation est de 1000.00 € net de taxes.

L'attention des candidats est attirée sur les conditions de financement de la formation.

Les candidats devront apporter la preuve de la prise en charge par un organisme financeur de leur formation.

### **Conditions d'admission :**

L'accès à cette formation n'est pas soumis à une épreuve de sélection.

Le candidat devra en outre être titulaire :

- D'un permis de conduire B **hors période probatoire** à la date du 11 mars 2023.
- D'un certificat médical délivré par un **médecin agréé par le préfet** pour les visites médicales des permis de conduire (CERFA 14880\*02) attestant l'aptitude à la conduite des ambulances.
- D'un certificat médical de non-contre-indication à la profession d'auxiliaire ambulancier délivrée par un **médecin agréé par l'ARS**.
- D'un certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé de France

# INSCRIPTION

## Modalités inscriptions

1. **TELECHARGER EN LIGNE**, le dossier d'inscription *version papier*
2. **ENVOI DU DOSSIER COMPLÉTÉ et COMPLET UNIQUEMENT**

Par voie postale à



## Institut des Professionnels de Santé

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

**Date rentrée : Lundi 25 mars 2024 - SITE AGEN – 9H00**

### DOCUMENTS A FOURNIR POUR VOTRE INSCRIPTION

- Fiche d'inscription complétée en lettres capitales (ne pas plier)
  - 1 CV actualisé
- 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.
- 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.
- Photocopie recto verso du permis de conduire (hors période probatoire), conforme à la législation en vigueur et en état de validité**
  - Certificat médical de non-contre-indication à la profession d'auxiliaire ambulancier (médecin agréé par l'ARS) (Annexe 2)  
(liste des médecins agréés : <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/medecins-agrees-11>)
  - Certificat médical d'immunisation et de vaccination obligatoire (Annexe 1)

# FICHE INSCRIPTION AUXILIAIRE AMBULANCIER

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 : .....

CDI

Oui  Non

CDD

Oui  Non

Emploi exercé : .....

**Prise en charge** :  POLE EMPLOI :  OPCO/EMPLOYEUR  AUTOFINANCEMENT

AUTRES : .....

**Date d'obtention du permis de conduire** :

**Fin de période probatoire** :

Fait à : .....

Le : ..... ;

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

## Cadre réservé à l'Institut

DOSSIER RÉCEPTIONNÉ LE :

.....

PAR :.....

CONFORME

NON-CONFORME    Objet de la NON-CONFORMITE :

.....

# ANNEXE 1



Réalisation : département communication  
ARS Nouvelle-Aquitaine (2022)

## - 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 : ..... 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](http://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) Ao anti-HBs > 100 UI/l (quel que soient l'historique vaccinal et l'ancienneté des résultats)  
 2) Ao anti-HBs ≥ 10 UI/l et Ao anti-HBe négatif (si schéma vaccinal complet)

Les différents schémas complets :  
 - soit classique (3 doses) : 2 doses à 1 mois d'intervalle, la 3<sup>ème</sup> au moins 5 mois après la 2<sup>ème</sup> dose  
 - soit à l'adolescence (de 11 à 15 ans) : 2 doses espacées de 6 mois } avec un vaccin contre l'hépatite B étuvé 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 : .....

### 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 quel 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<sup>er</sup> avril 2019) recueillir uniquement des éléments ci-dessous

#### BCG

=> Date : .. / .. / ....

#### Test tuberculinique (IDR) quelle que soit la date de réalisation

(une valeur de référence post-vaccinale est indispensable)

- Taille de l'induration en mm :

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 2

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

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'AUXILIAIRE 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'auxiliaire ambulancier(e), notamment visuel, auditif, ou amputation d'un membre.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

**Cachet et signature du médecin Agrée par l'ARS**

Nom : Nom d'époux (se) : Prénom :
---

**Attestation Conformité vaccinale**  
**Émanant d'un médecin**

Je, soussigné (e), Docteur .....

Certifie que le schéma vaccinal de Mme/M.....

Est conforme à la réglementation selon la fiche médicale ci-jointe, et permet à cet (te) élève de débiter son futur cursus de formation professionnelle.

Attestation faite pour servir et faire valoir ce que de droit.

Date :

Signature :

Cachet du cabinet médical :