

INSTITUT DE FORMATION D'AMBULANCIERS Centre Hospitalier Agen-Nérac

DOSSIER D'INSCRIPTION A LA FORMATION CONDUISANT A L'ATTESTATION D'AUXILIAIRE AMBULANCIER - MARS 2026

Début des inscriptions : **Lundi 12 janvier 2026**

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
Site internet : <http://www.ifps-agen.com/>

Accueil public : 43 rue Corps Franc Pommiers – 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 **16 mars 2026 au 1^{er} avril 2026..**

Calendrier

Ouverture des inscriptions : Lundi 12 janvier 2026.

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

Merci de ne pas fournir de documents originaux.

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

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 1100.00 € 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 **16 mars 2026**.
- 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 16 mars 2026 - SITE AGEN – 9H00

DOCUMENTS A FOURNIR POUR VOTRE INSCRIPTION NE PAS FOURNIR VOS DOCUMENTS ORIGINAUX

- ☐ 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 :

Emploi exercé :

Prise en charge : ☐ France TRAVAIL : ☐ OPCO/EMPLOYEUR ☐ AUTOFINANCEMENT (fournir le chèque lors de la remise du dossier à l'ordre de Mr le receveur du CH AGEN NERAC)
☐ 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
<p style="text-align: center;">DOSSIER RÉCEPTIONNÉ LE :</p> <p style="text-align: center;">.....</p> <p style="text-align: center;">PAR :.....</p>
<input type="checkbox"/> CONFORME
<input type="checkbox"/> NON-CONFORME Objet de la NON-CONFORMITE :

ANNEXE 1



Réalisation : département communication ARS Nouvelle-Aquitaine
Mise à jour Onedit NAGG Mission Vaccination (2024)

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

Filière : ☐ Médecine ☐ IFSI ☐ Odontologie ☐ IFAS ☐ Pharmacie ☐ Kinésithérapie ☐ Sage-femme

NOM : NOM de naissance :
Prénom : Date de naissance :/../.....
Tél. : Email :
Autre : 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 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 votre médecin sauf si le carnet de vaccination numérique a été créé sur www.mesvaccins.net et validé par un professionnel de santé. 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 (article L3111.4 du Code de la Santé Publique).

Un carnet de vaccination numérique est créé et validé par un professionnel de santé : oui ☐ non ☐

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

Si un vaccin coquelucheux n'a pas été administré dans les 5 dernières années, faire 1 dose de vaccin dTcaP (au moins 1 mois après le dernier dTP). Ensuite, les rappels seront administrés aux âges fixes de 25, 45 et 65 ans avec systématiquement la valence coquelucheuse.

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) ;
- 3) Ac anti-HBs ≤ 10 UI/l : compléter le schéma vaccinal.

Les différents schémas complets :

- soit pour les adultes (3 doses) :
• 2 doses à 1 mois d'intervalle, la 3ème au moins 5 mois après la 2ème dose ;
• soit accéléré (à titre exceptionnel) : 3 doses en 21 jours, rappel à 1 an.

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

- soit à l'adolescence de 11 à 15 ans (3 doses) :

- 2 premières doses espacées de 1 mois, puis la 3ème au moins 5 mois après la 2ème dose (schéma préférentiel) ;
- ou 2 doses espacées de 6 mois avec ENGERIX® B20.

Covid-19

Antécédent de COVID : non ; oui (si oui, date :/../.....) Dernière injection : non ; oui (si oui, date :/../.....) vaccin utilisé :

Rougeole-Oreillons-Rubéole (ROR)

Personnes nées avant 1980 :

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

Personnes nées depuis 1980 : vaccination 2 doses recommandées, à 1 mois d'intervalle 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 depuis le 1er avril 2019)

Date de lecture de l'IDR :
Résultats (mm) :

Si vous disposez d'une IDR (Intra Dermo Réaction) de référence, merci de l'indiquer ici :

Est-il nécessaire de disposer d'un résultat d'IDR pour l'entrée en stage ? Non, ce test n'est pas obligatoire. Toutefois, le médecin doit proposer à l'étudiant de réaliser cette IDR (ou une IGRA, préférentielle chez les sujets vaccinés par le BCG) car le résultat servira de référence en cas de contact ultérieur et de détection d'ITL, particulièrement chez les étudiants originaires de zones d'endémie ou de forte circulation.

Cette vaccination n'est plus exigée lors de la formation ou l'embauche. Il appartient aux médecins du travail d'évaluer le risque et de proposer, le cas échéant une vaccination BCG. A noter, la réalisation d'IDR est à éviter dans le mois suivant une vaccination ROR.

Je, soussigné(e) 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 :