

AUXILIAIRE AMBULANCIER

Mode opératoire dossier d'inscription

Pour rendre un dossier complet, merci de suivre scrupuleusement les étapes ci-dessous

Ces deux documents peuvent être complétés par le même médecin à condition que le médecin figure sur les deux listes (ARS et Préfecture)

| DOCUMENTS | |
|--|--|
| NECESSITANT DES DELAIS IMPORTANTS (prises de rendez-vous) | |
| <p>Certificat Médical d'aptitude à la fonction d'Ambulancier (document qui se trouve dans le dossier d'inscription page 3)</p> | <p>Ce document doit être OBLIGATOIREMENT complété par un médecin agréé par l'ARS. Pour obtenir la liste de ces médecins :</p> <ul style="list-style-type: none"> prendre contact avec l'Agence Régionale de Santé de votre département. ou sur internet https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/medecins-agrees-4 (rubriques : services en ligne → médecins agréés) |
| <p>Photocopie de l'Attestation Préfectorale (document final délivré par la préfecture une fois les 3 étapes ci-contre respectées).</p> | <ol style="list-style-type: none"> Prendre RDV avec un médecin qui figure sur la liste qui se trouve sur le site de votre Préfecture : www.visite-medicale-permis-conduire.org A l'issue de votre visite conservez un exemplaire du CERFA 14880*02 (et le joindre au dossier d'inscription Auxiliaire) L'attestation définitive vous sera délivrée dans un second temps. |
| <p>Fiche de vaccinations (Toutes les rubriques doivent être obligatoirement renseignées)</p> | <p>Faire obligatoirement remplir par votre médecin traitant, aucune copie de carnet de santé ou autres documents ne seront acceptés</p> |
| DOCUMENTS | |
| A SIGNER ET A COMPLETER | |
| Fiche de renseignements | Par le candidat |
| Attestation sur l'honneur | Par le candidat |
| Attestation employeur (le cas échéant) | Par l'employeur |
| Engagement sur le règlement des frais de formation | Par le candidat |

Merci de renvoyer tous les documents à l'adresse ci-dessous :

CAMPUS PARAMEDICAL CHU DIJON
Institut de Formation des Ambulanciers
12 Boulevard Maréchal de Lattre de Tassigny – BP 77909
21079 DIJON CEDEX

FICHE RENSEIGNEMENTS A REMPLIR PAR LE CANDIDAT

NOM de naissance : Nom marital :

Prénom : Date de naissance :

Lieu de naissance : Nationalité :

Situation de famille : Nombre d'enfants :

☎ (Fixe) : / / / / ☎ (Portable)

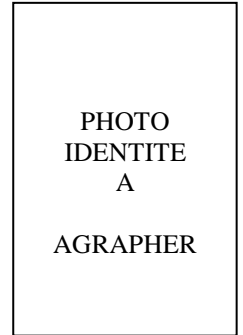
Adresse email : @

Adresse complète :

.....

.....

C Postal : Ville :



N° permis de conduire :

Date obtention ? :

Conduite accompagnée :

(Entourer votre réponse)

OUI
NON

FORMATION SCOLAIRE

Niveau 6 : sans diplôme

Vous êtes titulaire d'un ou des diplômes suivant(s). Précisez :

Niveau 5 : BEP/CAP

Niveau 5 bis : BEP secteur sanitaire et social

Niveau 4 : BAC/BTN/BP

Niveau 3 : BAC + 2 ans

SITUATION PROFESSIONNELLE ACTUELLE

Profession :

Emploi actuel :

Depuis quelle date ? :

Dans quelle entreprise (nom et adresse) ? :

.....

Tél :

Etes-vous inscrit à Pôle Emploi ? :

.....

Si oui, depuis quelle date ? :

Adresse de l'Agence Pôle Emploi :

.....

N° identifiant Pôle Emploi :

(obligatoire si concerné)

A TITRE INDICATIF QUEL TYPE DE PRISE EN CHARGE ENVISAGEZ-VOUS ?

| Moi-même AUTOFINANCEMENT <input type="checkbox"/> | Mon EMPLOYEUR <input type="checkbox"/> | UN ORGANISME <input type="checkbox"/> |
|--|--|---------------------------------------|
| Aucune prise en charge | Raison sociale : Adresse : Tél : Nom du responsable à contacter : | Précisez : |

(Réservé à l'I.F.A.)

Date de dépôt du dossier :

..... / /

Je soussigné(e), atteste sur
l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document.

A..... le.....

Signature candidat :

ATTESTATION

Je soussigné(e), atteste sur l'honneur avoir pris connaissance du contenu de la notice descriptive concernant les modalités d'inscription à la formation auxiliaire ambulancier.

A le

Signature du candidat,

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE A LA FONCTION D'AUXILIAIRE AMBULANCIER

Ce Certificat devra dater de moins de 3 mois à la réception du dossier.

Je soussigné(e), Docteur, **Médecin agréé par l'Agence Régionale de Santé de**.....

Certifie avoir examiné ce jour :

Mr – Mme :

Demeurant :

.....

Et j'atteste :

Que le (la) candidat(e) est physiquement et psychologiquement apte à suivre l'enseignement et à exercer la profession 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)

Cachet du médecin Agréé

A Le

Signature du médecin Agréé

Délégation Territoriale.

ATTESTATION VACCINALE

Je soussigné(e) Docteur, certifie que :

M/Mme

Nom : Prénom Né(e) le

- Candidat(e) à l'inscription à la formation : Auxiliaire ambulancier

| DT POLIO | |
|--|--|
| Dernier rappel réalisé le Spécialité vaccinale : | |
| Prochain rappel à réaliser en | |

| BCG | |
|---|--|
| Vaccination effectuée le | Ou cicatrice vaccinale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Intradermoréaction à 5 unités de tuberculine (IDR) : Réalisé le : Résultat : | |

Pour vous inscrire en formation, vous devez conformément à la nouvelle législation concernant la protection contre l'hépatite B (arrêté du 2 août 2013) justifier d'un taux d'anticorps anti-HBs > 100 UI/L ou d'une vaccination menée à son terme (3 injections) ,suivi d'un titrage anticorps réalisé 1 à 2 mois après la dernière injection et supérieur ou égal à 10 UI/L. (Cf : algorithme pour le contrôle et l'immunisation contre l'hépatite B au dos du document)

| HEPATITE B | |
|--|-----------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> - 1^{ère} injection (date) : - 2^{ème} injection (date) : - 3^{ème} injection (date) : | Rappels éventuels (dates) : |
| Obligatoire : Dosage des anticorps anti-HBs : Date : Résultats : UI/L | |

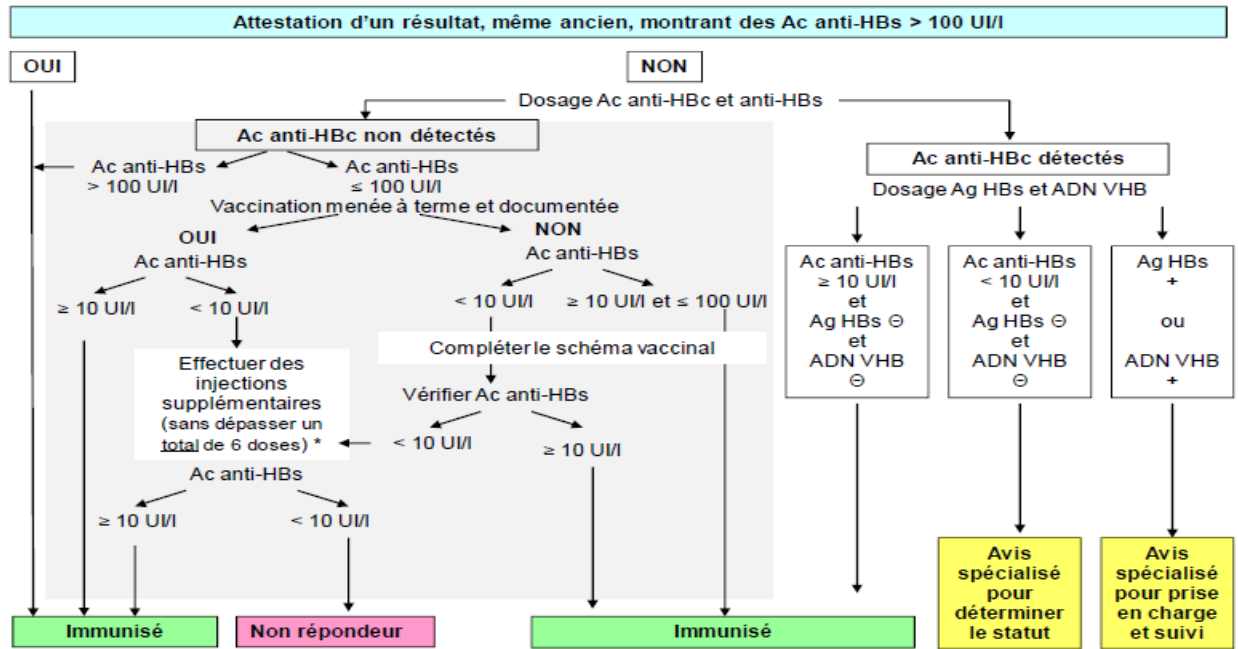
Fait à le :/...../.....
Signature et cachet du médecin

Nota bene : Selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour ces professionnels de santé, il est recommandé d'être immunisé contre la coqueluche, la rougeole, la varicelle et la grippe saisonnière.



Pour garantir votre inscription, toutes les informations demandées ci-dessus doivent être renseignées de manière précise par le médecin traitant.

Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 et dont les conditions sont fixées par l'arrêté du 2 août 2013.



* Sauf cas particulier voir 4° de l'annexe 2 de l'arrêté

Légende : Ac : anticorps ; Ag : antigène ; VHB : virus de l'hépatite B

Annexe II

CONDUITE A TENIR SI UNE PERSONNE PRESENTE UN TAUX D'ANTICORPS ANTI HBs INFÉRIEUR A 10 UI/l APRES AVOIR RECU UN SCHEMA COMPLET DE VACCINATION CONTRE L'HEPATITE B

- 1° Une dose additionnelle de vaccin contre le virus de l'hépatite B est injectée. Un dosage des anticorps anti-HBs est effectué un à deux mois suivant cette injection ;
- 2° Si, à l'issue du dosage mentionné au 1°, le taux d'anticorps anti-HBs est supérieur à 10 UI/l, les personnes concernées sont considérées comme immunisées contre l'hépatite B sans qu'il y ait lieu de réaliser de dosage sérologique ultérieur ni d'injection vaccinale supplémentaire ;
- 3° Si à l'issue du dosage mentionné au 1°, le taux d'anticorps anti-HBs est toujours inférieur à 10UI/l, une dose additionnelle de vaccin contre l'hépatite B est injectée. Un dosage anticorps anti-HBs est effectué un à deux mois suivant cette injection. Les injections vaccinales pourront être ainsi répétées jusqu'à l'obtention d'un taux d'anticorps anti-HBs supérieur à 10UI/l, sans dépasser un total de six injections. Un dosage des anticorps anti-HBs est effectué un à deux mois suivant la dernière injection ;
- 4° Dans le cas où la personne aurait déjà reçu six doses ou plus en vertu d'un schéma vaccinal précédemment en vigueur, le médecin du travail ou le médecin traitant détermine s'il y a lieu de prescrire l'injection d'une dose de vaccin supplémentaire. Dans l'affirmative, un dosage des anticorps anti-HBs est effectué un à deux mois suivant cette injection ;
- 5° Si, à l'issue du dosage mentionné au 3° et 4°, le taux d'anticorps anti-HBs est supérieur à 10UI/l, les personnes concernées sont considérées comme immunisées contre l'hépatite B sans qu'il y ait lieu de réaliser de dosage sérologique ultérieur ni d'injection vaccinale supplémentaire. A défaut, elles sont considérées comme non répondeuses à la vaccination.

Textes de référence :

- Articles L.3111-1, L.3111-4 et L.3112-1 du code de la Santé Publique (CSP).
- Arrêté du 15 mars 1991 fixant la liste des établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins dans lesquels le personnel exposé doit être vacciné, modifié par l'arrêté du 29 mars 2005 (intégration des services d'incendie et de secours).
- Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiques.
- Arrêté du 6 mars 2007 relatif à la liste des élèves et étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des autres professions de santé pris en application de l'article L.3111-4 du CSP.
- Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux (Titre III)
- Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L.3111-4 du CSP
- Calendrier vaccinal en vigueur (cf. Site du ministère chargé de la santé : <http://www.sante.gouv.fr/vaccinations-vaccins-politique-vaccinale.html>)

ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR POUR LES PERSONNES AYANT EXERCE AU MOINS UN MOIS EN QUALITE DE CONDUCTEUR AMBULANCIER

Conforme à l'annexe II de l'arrêté du 26 janvier 2006

CANDIDAT :

Nom : _____ **Nom marital éventuel :** _____
Prénom : _____
Adresse : _____ **Ville :** _____
Code postal : _____
Tel : _____
Mail : _____

PERIODE D'EXERCICE PROFESSIONNEL :

du _____ au _____

ENTREPRISE

Nom : _____
N° Siret : _____
Coordonnées : _____

Nom du responsable de l'entreprise : _____

APPRECIATION DE L'EMPLOYEUR :

| CRITERES | Insuffisant | Moyen | Bon | Très bon | Observations |
|---|-------------|-------|-----|----------|--------------|
| Aptitudes physiques (agilité, résistance, port de charges, ergonomie) | | | | | |
| Motivation professionnelle | | | | | |
| Exactitude, rigueur | | | | | |
| Maîtrise d'un véhicule sanitaire | | | | | |
| BILAN | | | | | |

CACHET du responsable de l'entreprise : _____

Date : _____

ENGAGEMENT REGLEMENT DES FRAIS DE FORMATION

Vous vous engagez sur la formation auxiliaire ambulancier dont le coût s'élève à un **montant total de 1 200€**.

L'entrée en formation sous-entend que vous avez organisé, avant l'inscription et l'entrée en formation, votre mode de financement (organisme de financement, autofinancement...).

En cas de défaut de prise en charge par un organisme financeur mais que vous entrez tout de même en formation, vous devrez vous acquitter des frais de formation conformément à la convention de formation signée. C'est pourquoi nous vous demandons de remplir l'engagement ci-dessous et nous le retourner signé avec votre dossier d'inscription.

✂-----

ENGAGEMENT REGLEMENT DES FRAIS DE FORMATION

A Dijon, le/...../.....

Je soussigné(e),, m'engage à régler les frais de formation dûs s'élevant à un montant total de 1 200€ en cas de non prise en charge financière de la part d'un organisme.

Signature du candidat :

Fiche navette de dialogue entre le candidat et l'institut de formation

A retourner en même temps que le dossier

Consignes : Pour vérifier que votre dossier est complet, merci de cocher chaque pièce que vous avez fourni dans le dossier d'inscription. Après vérification par l'institut, cette fiche vous sera renvoyée pour confirmation ou non de l'inscription.

A remplir par le candidat

| | |
|----------|-----------|
| Nom : | Adresse : |
| Prénom : | |

LISTE DES PIECES à fournir sans faute

| Dénomination des pièces | Vérification du candidat et cocher | Vérification de l'Institut de formation |
|--|------------------------------------|---|
| Pour tous les candidats | | |
| Fiche de renseignement avec photo agrafée récente (page 2) | | |
| 1 photo d'identité 35x45mm (nom et prénom au dos) | | |
| Photocopie recto/verso du permis de conduire (Si conduite accompagnée, fournir un justificatif) | | |
| Photocopie de l'attestation préfectorale (voir la Notice d'Informations) | | |
| Engagement sur l'honneur complété et signé (Page 3) | | |
| Certificat médical de non contre-indications à la profession d'auxiliaire ambulancier délivré par un médecin agréé ARS (page 4) | | |
| Certificat de vaccination complété par un médecin (page 5) | DT Polio | |
| | 1ère Injection Hépatite B | |
| | 2ème Injection Hépatite B | |
| | 3ème Injection Hépatite B | |
| | Titrage anticorps réalisé | |
| | BCG | |
| IDR | | |
| Photocopie recto/verso de votre carte nationale d'identité en état de validité | | |
| Attestation à faire remplir par l'employeur pour les candidats exerçant en qualité d'auxiliaire ambulancier (page 7) | | |
| Engagement du règlement des frais de formation complété et signé (Page 8) | | |
| Justificatif actualisé et signé de prise en charge par un organisme (Pôle Emploi, OPCO, employeur...) conformément au devis établi | | |

| | | | |
|-----------------------------|---|---|---|
| <i>Réservé à l'institut</i> | <i>Décision de l'institut</i> | | |
| | Dossier en attente | Dossier refusé | Dossier accepté |
| | <input style="width: 50px; height: 30px;" type="checkbox"/> | <input style="width: 50px; height: 30px;" type="checkbox"/> | <input style="width: 50px; height: 30px;" type="checkbox"/> |
| | | | Pour la session de : |



Aucune photocopie ne vous sera délivrée une fois le dossier envoyé à l'IFA.

Nous vous recommandons fortement de prévoir un double de votre dossier.