

Dossier d'inscription

Sélection d'entrée en formation

**AMBULANCIER-E**

**SESSION 2025-1**

Mise à jour 10/07/2024

⇒ Inscriptions du **05/08/2024 au 25/10/2024**

⇒ Le dossier est à envoyer à l'adresse suivante :

**IFA – CAMPUS PARAMEDICAL - CHU Dijon Bourgogne**

**12 Bd Maréchal de Lattre de Tassigny**

**BP 77908 - 21079 DIJON CEDEX**

par voie postale de préférence en lettre recommandée

⇒ **Aucun dossier ne sera accepté au-delà de la date limite d'inscription  
(Cachet de la poste faisant foi)**

⇒ **Tout dossier non conforme ou incomplet ne sera pas étudié**

Réservé à l'IFA Dijon

Date de réception du dossier : .....

## PROFESSION D'AMBULANCIER

L'ambulancier est un professionnel de santé et du transport sanitaire.

Au sein de la chaîne de soins ou de santé, l'ambulancier assure la prise en soins et/ou le transport de patients à tout âge de la vie sur prescription médicale, ou dans le cadre de l'aide médicale urgente, au moyen de véhicules de transport sanitaire équipés et adaptés à la situation et à l'état de santé du patient.

A ce titre, il peut réaliser des soins relevant de l'urgence dans son domaine d'intervention.

Il peut également exercer des activités relatives au transport de produits sanguins labiles, d'organes, ou au transport d'équipes de transplantations.

En cas d'état d'urgence sanitaire déclaré ou dans le cadre d'un déclenchement de plans sanitaires, l'ambulancier peut être conduit à réaliser des actes de soin dans son domaine de compétences.

Il exerce son activité au sein d'entreprises de transport sanitaire, d'établissements de soins (centre hospitalier, clinique, ...), de services spécialisés d'urgence, en collaboration avec une équipe pluridisciplinaire (médecins, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes ou tout autre professionnel de santé).

## CONDITIONS D'ACCES A LA FORMATION

Les conditions d'accès à la formation sont définies dans l'Arrêté du 11 avril 2022.

La formation conduisant au diplôme d'Etat d'Ambulancier est accessible, sans condition de diplôme, par :

- La formation initiale dont la formation par apprentissage
- La formation professionnelle continue
- La validation, partielle ou totale, des acquis de l'expérience, dans les conditions fixées par un arrêté du ministre chargé de la santé (en attente)

La formation est ouverte aux candidats possédant un permis de conduire conforme à la réglementation en vigueur et en état de validité à la date de clôture de la période réglementaire des inscriptions.

**ATTENTION** : le permis de conduire présenté ne doit plus être en période probatoire (trois ans pour un permis classique et deux ans pour les conducteurs ayant suivi l'apprentissage anticipé à la conduite) à la date de clôture des inscriptions

L'admission en formation conduisant au diplôme d'Etat d'ambulancier est subordonnée au processus de sélection des candidats, organisé par les instituts de formation autorisés pour dispenser cette formation.

L'inscription des candidats se fait par le dépôt du dossier d'admissibilité directement auprès de l'institut ou des instituts de formation de leur choix.

Le processus de sélection des candidats comprend une admissibilité sur dossier et un entretien d'admission.

Pour se présenter à l'entretien d'admission, les candidats doivent réaliser un stage d'observation dans un service hospitalier en charge du transport sanitaire ou dans une entreprise de transport sanitaire habilitée par le directeur d'institut, pendant une durée de 70 heures.



Pour raison exceptionnelle, si le candidat envisage le stage de sélection sans attendre les résultats d'admissibilité, le candidat doit prendre contact avec l'IFA pour vérification de l'habilitation du terrain de stage envisagé.

L'entretien d'admission est évalué par un jury d'admission.

D'une durée de 20 minutes maximum, l'entretien d'admission est noté sur 20 points : une présentation orale de 5 minutes du candidat (8 points), suivie d'un entretien de 15 minutes avec le jury (12 points).

Cette épreuve a pour objet d'évaluer la capacité du candidat à s'exprimer et à ordonner ses idées pour argumenter de façon cohérente, d'apprécier les aptitudes et la capacité du candidat à suivre la formation, d'apprécier le projet professionnel du candidat et sa motivation.

Une note inférieure à 8 sur 20 à cette épreuve est éliminatoire.

Les résultats du processus de sélection sont affichés au siège de l'institut de formation, et publiés sur son site internet. Tous les candidats sont personnellement informés par écrit de leurs résultats.

Si dans les 10 jours suivant l'affichage, un candidat classé sur la liste principale ou sur la liste complémentaire n'a pas confirmé par écrit son souhait d'entrer en formation, il est présumé avoir renoncé à son admission ou à son classement sur la liste complémentaire et sa place est proposée au candidat inscrit en rang utile sur cette dernière liste.

Les résultats du processus de sélection ne sont valables que pour la rentrée au titre de laquelle elles ont été organisées.

## LES TARIFS DE LA FORMATION

Les droits d'inscription au concours d'entrée s'élèvent à 85€.

Le règlement s'effectue par chèque uniquement à l'ordre de la Trésorerie des Hôpitaux de Côte d'Or. Ces droits restent acquis même en cas de désistement, d'absence ou d'échec au concours.

Les frais de scolarité s'élèvent à 6000€ pour un cursus complet de formation.

Pour un cursus partiel de formation, les frais de scolarité sont calculés au prorata des heures de formation à réaliser.

## PRECISIONS SUR LA VACCINATION OBLIGATOIRE

**Tous les vaccins mentionnés sur le certificat sont obligatoires. (FICHE 3)**

Nous attirons votre attention sur le délai concernant la vaccination contre l'hépatite B qui comporte 3 injections à un mois d'intervalle pour les 2 premières et 4 mois pour la 3<sup>ème</sup>. **Cette vaccination doit être anticipée.**

Conseils : munissez-vous de votre carnet de santé et/ou carnet vaccinal lors de votre visite chez votre médecin ; ce dernier sera amené à consulter l'ensemble des informations sur les vaccinations et les maladies infantiles. Il pourra ainsi remettre à jour votre vaccination.

Les copies du carnet de santé ou du carnet de vaccinations ne sont pas recevables et ne remplacent pas le certificat médical de vaccinations.

**La vaccination contre la COVID 19 est suspendue depuis le 14 mai 2023 conformément au Décret n° 2023-368 du 13 mai 2023 relatif à la suspension de l'obligation de vaccination contre la covid-19 des professionnels et étudiants.**

Les apprenants en formation au sein de l'IFA du CHU de DIJON sont soumis aux dispositions applicables aux structures sanitaires et médico-sociales et à celles en vigueur au sein du CHU de Dijon.

## CALENDRIER PREVISIONNEL SELECTION ET RENTREE – INFORMATIONS

L'IFA du CHU de DIJON organise 2 sessions de sélection par an.

### ☞ Le calendrier :

- **Inscriptions** : du 05/08/2024 au 25/10/2024
- **Jury d'Admissibilité** : 04/11/2024
- **Entretiens d'admission** : 18/12/2024
- **Jury d'Admission** : 19/12/2024
- **Affichage des résultats et diffusion sur internet** : 20/12/2024
- **Date de rentrée promotion 2025.1** : 27/01/2025

### ☞ Informations complémentaires :

- La date de convocation à l'entretien vous sera transmise par courrier postal et adresse électronique (veuillez bien renseigner ces informations sur la fiche d'inscription).
- Les résultats de la sélection seront mis en ligne sur le site internet de l'IFA du CHU de DIJON et affichés à l'entrée du Campus Paramédical du CHU de Dijon.
- Aucun résultat ne sera communiqué par téléphone.

### ☞ Recevabilité dossier d'inscription :

- Le dossier d'inscription complet doit être envoyé **sous format A4** en envoi recommandé avec accusé de réception à l'IFA du CHU de DIJON.
- Aucun dossier ne sera accepté au-delà de la date de clôture des inscriptions (cachet de la poste faisant foi).
- Les documents demandés correspondant à votre profil sont obligatoires.
- Assurez-vous de la lisibilité des copies que vous transmettez.

## Fiche d'inscription année 2023-2024

Madame /  Monsieur

Nom de naissance : \_\_\_\_\_ Nom d'usage : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Autre(s) prénom(s) : \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Adresse postale (n° - rue...) : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone Portable (obligatoire) : \_\_\_\_\_

E-mail personnel \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

N° de Sécurité sociale : |\_|-|\_|-|\_|-|\_|-|\_|-|\_|-|\_|-|\_|-|\_|-|\_|-|\_|-|\_|

En situation de Handicap :  Oui /  Non

Demande accessibilité particulière :  Oui /  Non

Pour les personnes en situation de handicap qui souhaiteraient en faire part à l'institut de formation, nous vous invitons à prendre contact avec un référent Handicap afin d'envisager les aménagements possibles pour participer à la sélection et/ou pour suivre la formation, dans les meilleures conditions possibles: [campusp.handicap@chu-dijon.fr](mailto:campusp.handicap@chu-dijon.fr)

Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_

### AUTORISATION DE DIFFUSION DES RESULTATS SUR LE SITE INTERNET

Cochez la case correspondant à votre souhait :  Accord  Refus

En cas de non renseignement, nous considérons que vous donnez votre accord pour la diffusion sur le site internet.

## VOTRE PROFIL DE CANDIDATURE POUR L'ACCES A LA FORMATION

**(cochez et fournir la photocopie du titre correspondant car des allègements de sélection et de formations sont préconisés et possibles)**

<input type="checkbox"/> En apprentissage
<input type="checkbox"/> Sans diplôme (niveau 1) <input type="checkbox"/> Brevet des collèges (Niveau 2) <input type="checkbox"/> CAP/BEP/CFPA (Niveau 3) <input type="checkbox"/> BEP secteur sanitaire et social (niveau 3) <input type="checkbox"/> BAC/BP/BT/DAEU (Niveau 4) <input type="checkbox"/> BTS/DUT (Niveau 5) <input type="checkbox"/> Licence/Master (Niveau 6) <input type="checkbox"/> Diplôme 3 <sup>ème</sup> cycle/Master 2 (Niveau 7)
<p><b>TITRE OU DIPLOME DU SECTEUR SANITAIRE OU SOCIAL :</b></p> <input type="checkbox"/> BAC PRO ASSP 2011 (Niveau 4) <input type="checkbox"/> BAC PRO SAPAT 2011 (Niveau 4) <input type="checkbox"/> Diplôme ARM 2019 (Niveau 4) <input type="checkbox"/> BAC PRO Conducteur de Transport Routier Marchandises (Niveau 4) <input type="checkbox"/> DEAS 2021 (Niveau 4) <input type="checkbox"/> DEAP 2021 (Niveau 4) <input type="checkbox"/> DEAS (Ancien référentiel – Niveau 3) <input type="checkbox"/> DEAP (Ancien référentiel – Niveau 3) <input type="checkbox"/> Titre professionnel ADVF (Niveau 3) <input type="checkbox"/> Titre professionnel ASMS (Niveau 3) <input type="checkbox"/> DEAES 2021 (Niveau 3) <input type="checkbox"/> DEAES 2016 Spécialités (Niveau 3) <input type="checkbox"/> Titre professionnel Conducteur Livreur sur véhicule utilitaire léger (Niveau 3) <input type="checkbox"/> CQP Assistant Médical <input type="checkbox"/> METIERS D'AUXILIAIRES MEDICAUX (Infirmier, masseurs-kinésithérapeute, orthoprothésiste et pédicure-podologue, ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste, orthoptiste, manipulateur d'électroradiologie médicale, audioprothésiste, opticien-lunetier, prothésiste et orthésiste, diététicien)
<p><b>PARCOURS PROFESSIONNEL :</b></p> <input type="checkbox"/> AUXILIAIRE AMBULANCIER ayant exercé au moins <b>UN MOIS</b> <input type="checkbox"/> en continu dans les 3 dernières années <input type="checkbox"/> en discontinu <input type="checkbox"/> AUXILIAIRE AMBULANCIER ayant exercé au moins <b>UN AN</b> en continu dans les 3 dernières années
<input type="checkbox"/> SAPEURS POMPIERS DE PARIS justifiant d'une expérience professionnelle de 3 années <input type="checkbox"/> MARINS POMPIERS DE MARSEILLE justifiant d'une expérience professionnelle de 3 années

## FINANCEMENT DE LA FORMATION

Le statut définit la prise en charge du coût de la formation et les droits à rémunération pendant la durée de la formation. Il est en lien avec la situation de l'apprenant à son entrée en formation :

En formation initiale	<input type="checkbox"/>	
Inscrit à Pôle Emploi	<input type="checkbox"/>	Numéro Identifiant :
Salarié	<input type="checkbox"/>	Nom de l'employeur :
Autre (précisez)	<input type="checkbox"/>	

### Modalités de financement de la formation d'Ambulancier selon situation à la rentrée

	Ma situation avant l'entrée en formation	Financement du coût de formation
Je suis en formation initiale (sans rupture de scolarité) avant la formation (hors formation AES)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- je suis scolarisé</li> <li>- je suis une préparation au concours après mes études et avant l'entrée à l'école</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prise en charge par le Conseil régional du coût de la formation si respect du cursus en fonction de son diplôme</li> <li>- Frais d'inscription à la charge de l'apprenant (en parcours complet et partiel) à hauteur de 184€</li> <li>- Possibilité de déposer une demande de bourse pour les <b>parcours complets et parcours partiel (Bac pro SAPAT et ASSP)</b></li> </ul>
Je suis demandeur d'emploi inscrit à Pôle Emploi <b>Fournir une attestation de droits à Pôle Emploi</b>	<p><b>Pour les parcours complets :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- je suis inscrit à Pôle emploi au plus tard la veille de l'entrée en formation toutes catégories confondues</li> <li>- je ne suis pas titulaire d'une qualification professionnelle dans les 2 ans précédant l'entrée en formation sauf CAP Petite enfance et AEPE</li> <li>- je n'ai pas obtenu un diplôme paramédical et/ou relevant du secteur social</li> <li>- je ne suis pas démissionnaire d'un <b>CDI à temps plein ou partiel</b> dans les 4 mois précédant l'entrée en formation</li> <li>- je ne suis pas en congé parental</li> </ul> <p><b>Pour les parcours partiels :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- je suis titulaire d'un BAC PRO SAPAT ou ASSP + critères ci-dessus (hors formation AES)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prise en charge par le Conseil régional du coût de la formation pour les parcours complets et partiels issus des bacs pro SAPAT/ASSP</li> <li><b>ATTENTION ! Les titulaires d'un BAC PRO SAPAT/ASSP et CAP AEPE pour les AP ne seront pas pris en charge sur un parcours complet</b></li> <li>- Prise en charge des formations AES par le Conseil régional dans le cadre de l'appel à projets</li> <li>- Frais d'inscription à la charge de l'apprenant (en parcours complet et partiel) à hauteur de 184€</li> <li>- <b>Impossibilité</b> de déposer une demande de bourse</li> <li><i>Formulaire de demande de prise en charge à retirer auprès des écoles ou sur le site internet du conseil régional</i></li> </ul>
	<p>- Pour les parcours "passerelles" : je suis titulaire d'un des diplômes suivants : auxiliaire de puériculture, aide-soignant, ambulancier, assistant de vie aux familles, accompagnant éducatif et social (AMPet DEAVS), assistant de régulation médicale, agent de service medico-social</p>	<p>Le demandeur d'emploi doit contacter directement son conseiller Pôle Emploi pour valider son projet de formation et étudier les possibilités de financement dans l'ordre suivant : CPF Autonome, CPF Abondé PE, AIF</p> <p><b>Impossibilité</b> de déposer une demande de bourse</p>
Je suis sans emploi	- je ne suis pas inscrit à Pôle Emploi	Pas de prise en charge : <b>auto-financement possible</b>
Je suis salarié	<ul style="list-style-type: none"> <li>- je travaille dans un établissement public</li> <li>- je travaille dans un établissement privé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- contacter son employeur pour étudier la possibilité de la prise en charge du coût de la formation</li> <li>- contacter Transitions Pro Bourgogne Franche-Comté (projet de transition professionnelle) pour la prise en charge du coût de la formation</li> </ul>

**CERTIFICAT MEDICAL ETABLI PAR UN MEDECIN AGREE**

*La liste des médecins agréés par département est disponible sur le site de l'ARS de votre région.*

*(Conforme à la réglementation en vigueur selon l'arrêté du 21 avril 2007 et du 20 avril 2012 relatifs aux conditions de fonctionnement des instituts de formation des paramédicaux)*

Je, soussigné(e) Docteur : .....

Certifie que : Madame  / Monsieur

Nom : .....

Prénom : .....

Né(e) le .....

candidat(e) à l'inscription en formation d'ambulancier (2023-2024), ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession d'ambulancier.

Date : .....

**Signature et cachet du médecin agréé :**

**CERTIFICAT MEDICAL DE VACCINATIONS A RENSEIGNER PAR UN MEDECIN**

(Conforme à la réglementation en vigueur selon l'arrêté du 21 avril 2007 modifié relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation des paramédicaux)

Je, soussigné(e) Docteur : .....

Certifie que : Madame  / Monsieur

Nom : .....

Prénom : .....

Né(e) le : .....

candidat(e) à l'inscription en formation d'ambulancier (2023-2024),

→ est à jour de :

- la vaccination contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et la poliomyélite,
- la vaccination contre l'hépatite B (**3 doses**),
- la vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole,

→ est immunisé(e) contre l'Hépatite B (**sérologie dosage anticorps anti-HBS réalisée**).

Remarques : .....

.....

Date : .....

Signature et cachet du médecin :

## ATTESTATION SUR L'HONNEUR ET ACCEPTATION

Après avoir pris connaissance de toutes les informations contenues dans le dossier d'inscription à la sélection,

je soussigné(e) :

- **Nom** : .....

- **Prénom** : .....

atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur les documents fournis et accepte les modalités d'inscription dans leur intégralité.

A ....., le .....

**Signature :**

A renvoyer à l'IFA

## PIECES OBLIGATOIRES A FOURNIR

Documents obligatoires / selon situation

Partie réservée à l'institut

<input type="checkbox"/>	Fiche d'inscription année 2022-2023 (Fiche 1). Vos nom et prénom doivent figurer sur toutes les pages.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Photocopie recto-verso de la carte nationale d'identité (ou titre de séjour) en cours de validité	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Photocopie recto-verso du permis de conduire, hors période probatoire, conforme à la réglementation en vigueur et en état de validité	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Photocopie de l'attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulance obtenue auprès de la Préfecture après examen médical auprès d'un médecin agréé par la Préfecture de votre département ou copie du CERFA 14880-02 attestant de la démarche en cours	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Certificat médical établi par un médecin agréé (Fiche 2) (Liste par département des médecins agréés sur le site de l'ARS)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Certificat médical de vaccinations établi par un médecin ou le médecin agréé (Fiche 3)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	1 Lettre de motivation <i>manuscrite</i>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	1 curriculum vitae détaillé et récent	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	1 document <i>manuscrit</i> relatant, au choix du candidat, soit une situation personnelle ou professionnelle vécue, soit son projet professionnel en lien avec les attendus de la formation (Fiche 5) <i>Ce document n'excède pas deux pages.</i>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Copie des originaux des diplômes ou titres traduits en français	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Attestations de travail, accompagnées éventuellement des appréciations et/ou recommandations de l'employeur (ou des employeurs)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Attestation de l'employeur pour les personnes ayant exercé au moins un mois en qualité d'Auxiliaire Ambulancier ou Conducteur d'Ambulance (Fiche 6)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Pour les ressortissants hors Union Européenne, une attestation de niveau de langue française requis B2 ou tout autre document permettant d'apprécier la maîtrise de la langue française	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Tout autre justificatif valorisant un engagement ou une expérience personnelle en lien avec la profession d'ambulancier	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Attestation sur l'honneur et acceptation (Fiche 4)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Attestation de sécurité sociale en cours de validité (pas de photocopie de la carte vitale)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Attestation de responsabilité civile individuelle EN COURS DE VALIDITE puis couvrant la période de la formation	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Justificatif de situation de Handicap ( RQTH, MDPH, AGEFIPH ... )	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Justificatif au regard de l'Emploi : attestation de droits à Pôle Emploi, dernier bulletin de salaire pour les CDI	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Chèque d'un montant de 85 euros à l'ordre de la « Trésorerie des Hôpitaux de Côte d'Or ». Le chèque doit être signé. Vos nom et prénom doivent être indiqués au dos du chèque	<input type="checkbox"/>

## LES ATTENDUS DE LA FORMATION

### Annexe V de l'Arrêté du 11 avril 2022

Les compétences et aptitudes ci-dessous peuvent être vérifiées dans un cadre scolaire, professionnel, associatif ou autre :

ATTENDUS	CRITERES
<b>Intérêt pour le domaine de l'accompagnement et de l'aide à la personne (adulte et/ou enfant)</b>	Connaissances dans le domaine sanitaire, médico-social ou social Connaissance du métier
<b>Qualités humaines, capacités relationnelles, aptitude physique</b>	Aptitude à faire preuve d'attention à l'autre, d'écoute et d'ouverture d'esprit
	Aptitude à entrer en relation avec une personne adulte, à collaborer et à travailler en équipe
	Aptitude aux activités physiques
<b>Aptitudes en matière d'expression écrite, orale</b>	Maitrise du français et du langage écrit et oral
	Pratique des outils numériques
<b>Capacités organisationnelles</b>	Aptitudes à s'organiser, à prioriser les activités, autonomie dans le travail

### ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR

#### POUR LES PERSONNES AYANT EXERCE AU MOINS UN MOIS

#### CANDIDAT

Nom / Nom marital éventuel :	Prénom :
Adresse :	
Code postal :	Ville :
Tél / Fax :	Mail :

#### PERIODE D'EXERCICE PROFESSIONNEL

**Du**..... **Au** .....

#### ENTREPRISE

Nom :
N° Siret :
Coordonnées :
Nom du Responsable dans l'entreprise :

#### APPRECIATION DE L'EMPLOYEUR

CRITÈRES	INSUFFISANT	MOYEN	BON	TRÈS BON	OBSERVATIONS
Aptitudes physiques (agilité, résistance, port de charges, ergonomie)					
Motivation professionnelle					
Exactitude, rigueur					
Maîtrise d'un véhicule sanitaire					
BILAN					

Date

CACHET du Responsable de l'Entreprise

## ATTESTATION PREFECTORALE

Liberté • Egalité • Fraternité  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

,

PREFET DE LA COTE-D'OR

**Vous êtes titulaire du permis B et exercez une activité de transport public de personnes (ambulance, taxi, conducteur de véhicule affectés au ramassage scolaire, conducteur de VTC, conducteur de véhicule de petite remise).**

**Etape 1 :** Vous devez effectuer un contrôle médical auprès d'un médecin agréé (liste sur [www.cote-dor.gouv.fr](http://www.cote-dor.gouv.fr)). Vous devrez présenter lors de votre rendez-vous : votre pièce d'identité, le cerfa 14880\*02 complété (à télécharger sur [www.service-public.fr](http://www.service-public.fr)), votre permis de conduire.

**Etape 2 :** A l'issue de la visite médicale, et uniquement en cas de nécessaire renouvellement, vous devez demander en ligne votre nouveau permis de conduire sur [www.ants.gouv.fr](http://www.ants.gouv.fr)

**Etape 3 :** Vous demandez votre attestation préfectorale d'aptitude médicale à la conduite en transmettant par courrier les pièces suivantes :

- un courrier demandant l'établissement de l'attestation préfectorale d'aptitude physique à la conduite
- copie de votre avis médical
- copie de votre pièce d'identité - copie d'un justificatif de domicile de moins de 6 mois
- une enveloppe timbrée libellée à vos nom et adresse

Votre demande est à adresser à :

Préfecture de la Côte d'Or  
Service Permis de conduire-  
53 Rue de la Préfecture  
21000 Dijon