

FORMATION « AUXILIAIRE AMBULANCIER »

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 AVEC PRISES DE RDV	
Certificat Médical d'aptitude à la fonction d'Ambulancier (document qui se trouve page 4)	Ce document doit être OBLIGATOIREMENT complété par un médecin agréé par l'ARS. Pour obtenir la liste de ces médecins : - 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
Photocopie de l'Attestation Préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulance après examen médical effectué dans les conditions définies à l'article R. 221-10 du code de la route (document final délivré par la préfecture une fois les 3 étapes ci-contre respectées).	Renseignez-vous sur le site internet de la Préfecture : https://www.cote-dor.gouv.fr/Demarches/Permis-de-conduire/Les-autres-demarches Demande d'attestation préfectorale d'aptitude physique à la conduite - article R 221-10 du code de la route Suivre la démarche indiquée sur le site : Etape 1 : Vous devez effectuer un contrôle médical auprès d'un médecin agréé (liste sur 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), 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 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
Certificat médical de vaccinations (page 5) Toutes les rubriques doivent être obligatoirement renseignées	Faire obligatoirement remplir par un médecin (votre médecin traitant). Aucune copie de carnet de santé ou autres documents ne seront acceptés.
DOCUMENTS A SIGNER ET A COMPLETER	
Page 7 : Consulter l'ensemble des pièces à retourner par le candidat avec le dossier d'inscription	
Si vous êtes en situation de handicap, nous vous invitons à contacter un référent handicap qui pourra vous renseigner sur les aménagements et démarches : campusp.handicap@chu-dijon.fr	

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

CAMPUS PARAMEDICAL CHU DIJON
Secrétariat Formations Continues
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 :

☎ (Fixe) :/...../...../...../..... ☎ (Portable) :

Adresse email :@.....

Adresse complète :

.....

C Postal : Ville :

PHOTO
IDENTITE
A

AGRAPHER

N° permis de conduire :

Date obtention ? :

Conduite accompagnée : OUI NON
(Entourer votre réponse)

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 France Travail ? :

Si oui, depuis quelle date ? :

Adresse de l'Agence France Travail :

N° identifiant France Travail :
(obligatoire si concerné)

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

Moi-même AUTOFINANCEMENT ☐	Mon EMPLOYEUR ☐	UN ORGANISME ☐
Aucune prise en charge	Raison sociale : Adresse : Tél : Nom du responsable à contacter :	Précisez :

(Réservé au Campus Paramédical)

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 – PRISE CONNAISSANCE NOTICE D'INFORMATION

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

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'Auxiliaire Ambulancier,

→ 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 :

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 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 : Prénom :	Adresse :
-----------------------	-----------

LISTE DES PIÈCES à fournir OBLIGATOIREMENT

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)		
Photocopie recto/verso de votre carte nationale d'identité valide		
Photocopie recto/verso du permis de conduire valide (Si conduite accompagnée, fournir un justificatif)		
Photocopie de l'attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulance après examen médical effectué dans les conditions définies à l'article R. 221-10 du code de la route		
Certificat médical de non contre-indications à la profession d'auxiliaire ambulancier délivré par un médecin agréé ARS (page 4)		
Certificat médical de vaccinations complété signé (page 5)		
Engagement Règlement frais de formation complété et signé (page 6)		
Justificatif actualisé et signé de prise en charge par un organisme (Pôle Emploi, OPCO, employeur...) conformément au devis établi		
Un curriculum vitae actualisé		
Les candidats peuvent joindre tout autre justificatif valorisant un engagement ou une expérience personnelle (ex : attestation employeur)		
Attestation prise de connaissance Notice d'information complétée signée (page 3)		
Fiche navette (page 7)		

Réservé à l'institut	Décision de l'institut		
	Dossier en attente	Dossier refusé	Dossier accepté
			Pour la session de :



Aucune photocopie ne vous sera délivrée une fois le dossier envoyé au Campus Paramédical.

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