

## Dossier d'inscription

Formation en **APPRENTISSAGE**

**AMBULANCIER-E**

**SESSION 2026-1**

⇒ **Inscriptions du 01/08/2025 au 24/10/2025**

⇒ **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**

**Téléphone : 03.80.29.37.70**

**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 : .....

*Mise à jour 25 juin 2025*

**A renvoyer à l'IFA**

## 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 ministériel 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

**Document à conserver par le candidat**

Conformément à l'Article 15 du référentiel de formation : il n'y a pas de sélection sur concours pour les candidats en apprentissage :

- 1- Les personnes ayant été sélectionnées à l'issue d'un entretien avec un employeur pour un contrat d'apprentissage sollicitent une inscription auprès d'un institut de formation de leur choix, habilité à délivrer des actions de formation par apprentissage au sens de l'article L. 6211-2 du code du travail et autorisé par le président du conseil régional en application de l'article L. 4383-3 du code de la santé publique. Le directeur de l'institut de formation concerné procède à leur admission directe en formation, au regard des documents demandés dans la fiche 5.

L'admission des candidats est déterminée en fonction de leur ordre d'inscription par dépôt de l'ensemble des pièces mentionnées fiche 5.

- 2- En l'absence de validité d'un contrat d'apprentissage, les candidats sont soumis au processus de sélection défini à l'article 5 du présent arrêté et admis en formation sur la base de l'article 4.

Pour les candidats souhaitant suivre la formation en apprentissage : il suffit de se rapprocher du CFA Sanitaire et Social à Dijon, qui lorsque l'il aura validé la candidature, transmettra le dossier d'inscription au candidat.

L'entrée en formation définitive est validée au moment du jury final d'admission.

## 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.

**Document à conserver par le candidat**

## CALENDRIER PREVISIONNEL SELECTION ET RENTREE – INFORMATIONS

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

### ☞ Le calendrier :

- **Inscriptions** : du 01/08/2025 au 24/10/2025
- **Jury final d'Admission** : 18/12/2025
- **Affichage des résultats et diffusion sur internet** : 19/12/2025
- **Date de rentrée promotion 2026-1** : 28/01/2025
- **Dates formation** : 28/01/2026 à février 2027

### ☞ Informations complémentaires :

- Les résultats d'admission 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 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.

**Document à conserver par le candidat**

## Fiche d'inscription

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 : |\_|-|\_|-|\_|-|\_|-|\_|-|\_|-|\_|-|\_|-|\_|-|\_|-|\_|-|\_|

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.

**A renvoyer à l'IFA**

FICHE 1

VOTRE PROFIL DE CANDIDATURE POUR L'ACCES A LA FORMATION NOM PRENOM

**(cochez et fournir la copie du titre correspondant - des allègements de sélection et de formations sont possibles)**

En apprentissage

Sans diplôme (niveau 1)

Brevet des collèges (Niveau 2)

CAP/BEP/CFPA (Niveau 3)

BEP secteur sanitaire et social (niveau 3)

BAC/BP/BT/DAEU (Niveau 4)

BTS/DUT (Niveau 5)

Licence/Master (Niveau 6)

Diplôme 3<sup>ème</sup> cycle/Master 2 (Niveau 7)

**TITRE OU DIPLÔME DU SECTEUR SANITAIRE OU SOCIAL :**

BAC PRO ASSP 2011 (Niveau 4)

BAC PRO SAPAT 2011 (Niveau 4)

Diplôme ARM 2019 (Niveau 4)

BAC PRO Conducteur de Transport Routier Marchandises (Niveau 4)

DEAS 2021 (Niveau 4)

DEAP 2021 (Niveau 4)

DEAS (Ancien référentiel – Niveau 3)

DEAP (Ancien référentiel – Niveau 3)

Titre professionnel ADVF (Niveau 3)

Titre professionnel ASMS (Niveau 3)

DEAES 2021 (Niveau 3)

DEAES 2016 Spécialités (Niveau 3)

Titre professionnel Conducteur Livreur sur véhicule utilitaire léger (Niveau 3)

CQP Assistant Médical

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)

**PARCOURS PROFESSIONNEL :**

AUXILIAIRE AMBULANCIER ayant exercé au moins **UN MOIS**  en continu dans les 3 dernières années  en discontinu

AUXILIAIRE AMBULANCIER ayant exercé au moins **UN AN** en continu dans les 3 dernières années

SAPEURS POMPIERS DE PARIS justifiant d'une expérience professionnelle de 3 années

MARINS POMPIERS DE MARSEILLE justifiant d'une expérience professionnelle de 3 années

**A renvoyer à l'IFA**

FICHE 1

NOM  
PRENOM

## 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 :

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

A renvoyer à l'IFA

## 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
<p><b>Je suis en formation initiale (sans rupture de scolarité) avant la formation (hors formation AES)</b></p>	<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>
<p><b>Je suis demandeur d'emploi inscrit à Pôle Emploi</b></p> <p><b>Fournir une attestation de droits à Pôle Emploi</b></p>	<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> </ul> <p><i>Formulaire de demande de prise en charge à retirer auprès des écoles ou sur le site internet du conseil régional</i></p>
	<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>
<p><b>Je suis sans emploi</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- je ne suis pas inscrit à Pôle Emploi</li> </ul>	<p>Pas de prise en charge : <b>auto-financement possible</b></p>
<p><b>Je suis salarié</b></p>	<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>

Document à conserver par le candidat

FICHE 2

**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 :**

**A renvoyer à l'IFA**

FICHE 3

## 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 :

**A renvoyer à l'IFA**

FICHE 4

## 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

FICHE 5

NOM  
PRENOM

## PIECES OBLIGATOIRES A FOURNIR

Documents obligatoires / selon situation

Partie réservée à l'institut

<input type="checkbox"/>	Fiche d'inscription (Fiche 1). Vos nom et prénom doivent figurer sur toutes les pages.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Copie recto-verso de la carte nationale d'identité (ou titre de séjour) en cours de validité	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Copie 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"/>	Copie 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 avec description du projet professionnel de l'apprenti	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	1 curriculum vitae détaillé et récent	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Copie du contrat d'apprentissage signé ou tout document justifiant de l'effectivité des démarches réalisées en vue de la signature imminente du contrat d'apprentissage	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Copie des originaux des diplômes ou titres traduits en français <input type="checkbox"/> AFGSU2 si déjà obtenu	<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 au regard de l'Emploi : attestation de droits à France Travail, dernier bulletin de salaire pour les CDI	<input type="checkbox"/>

A renvoyer à l'IFA

## 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

Document à conserver par le candidat

ANNEXE VI **A renvoyer à l'IFA**

**ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR  
POUR LES PERSONNES AYANT EXERCE AU MOINS UN MOIS  
EN QUALITE D'AUXILIAIRE AMBULANCIER OU CONDUCTEUR D'AMBULANCE**

**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					
<b>BILAN</b>					

Date

CACHET du Responsable de l'Entreprise

## ATTESTATION PREFECTORALE

**La démarche ci-dessous concerne la Côte d'Or. Elle peut différer selon le département et selon l'accueil des préfetures.**

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