



DOSSIER INSCRIPTION AUXILIAIRE AMBULANCIER

Formulaire d'inscription

M. Madame

Nom de naissance* :

Nom d'épouse :

Prénom* :

Date de naissance* :/...../.....

N° sécurité sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Lieu de naissance* (ville et n° de département) : |_|_|

Adresse* :

.....

Cp* : Ville* :

Tel* : Email* :

* Champs obligatoires

FINANCEMENT DE LA FORMATION

Cette formation n'est pas éligible au CPF

Financement personnel :

Paiement par

Virement bancaire

Chèque

Employeur :

Mon employeur finance intégralement ma formation

Mon employeur finance en partie ma formation

L'organisme financeur de mon employeur (OPCO) finance la formation

Nom et coordonnées de l'organisme financeur :

.....

Pole emploi :

Votre identifiant pole emploi : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Pole emploi finance intégralement ma formation

Pole emploi finance en partie ma formation

Nom et coordonnées du conseiller pole emploi

.....

Autre financement : précisez le mode de financement envisagé

.....



LISTE DES DOCUMENTS À FOURNIR

LE DOSSIER COMPREND LES PIÈCES SUIVANTES ET DOIT IMPÉRATIVEMENT ÊTRE COMPLET :

Attention : tout dossier incomplet sera refusé et retourné par courrier.

1. **Formulaire d'inscription page 1** complété par vos soins
2. **Photocopie de la carte nationale d'identité (recto/verso)** ou passeport en cours de validité
3. **Photocopie recto/verso du permis de conduire B datant de plus de 3 ans** conforme à la réglementation en vigueur et en état de validité (plus de 3 ans ou 2 ans en cas de conduite accompagnée).
4. **Photocopie de l'attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulance** après examen médical effectué établi par un médecin agréé préfecture (article R. 221-10 du code de la route) : à télécharger sur le site de la préfecture OU le cas échéant la photocopie du formulaire cerfa n°14880*02
5. **Original du Certificat médical de vaccinations (annexe 1)**, conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France. **À faire compléter par votre médecin traitant.**
6. **Original du Certificat médical de non contre-indication à la profession d'ambulancier** (absence de problèmes locomoteurs, psychiques, d'un handicap incompatible avec la profession). **(annexe 2)**, **À faire compléter par un médecin agréé ARS.**
La liste des médecins agréés par l'ARS est consultable sur le site internet de l'ARS de votre département de résidence (ARS PACA : cliquer sur « liste des médecins agréés en région PACA »).
7. **Photocopie attestation assurance « responsabilité civile – vie privée » nominative** en cours de validité.

Dès réception de votre dossier complet, nous vous proposerons une date de session en fonction des disponibilités de places.

NOUS CONTACTER

Téléphone 04 22 07 00 58
Messagerie auxi.ambulancier@ifpvps.fr
Internet <https://www.ifpvps.fr>

Le dossier doit être adressé par courrier à :

IFA – IFPVPS
Formation Auxiliaire ambulancier
32 avenue Becquerel ZI Toulon Est
83130 LA GARDE



Informations utiles à la constitution de votre dossier d'inscription

Pour pouvoir vous inscrire à la formation d'auxiliaire ambulancier, vous devez :

- avoir impérativement 3 ans de permis révolu au début de la formation (ou 2 ans dans le cadre d'une conduite accompagnée),
- être à jour de vos vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France,
- avoir fait compléter l'ensemble des documents médicaux.

Documents médicaux

Pour les faire compléter, vous devez prendre rendez-vous avec :

Votre médecin traitant : vous devez le consulter en premier. Il doit compléter le certificat de vaccination joint à ce dossier d'inscription (apportez-lui votre carnet de santé).

Le médecin agréé par la Préfecture de votre département de résidence pour l'attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'une ambulance CERFA n°14880*02 « Permis de Conduire – Avis médical » signé par ce médecin, vous devrez :

- Envoyer par courrier à la préfecture l'attestation préfectorale d'aptitude physique à la conduite des ambulances. Pour le Var :

**PREFECTURE DU VAR - Visites médicales des permis de conduire
CS 31209 - 83070 TOULON CEDEX**

- Joindre à votre dossier d'inscription **une copie** du CERFA. Si vous avez déjà obtenu l'attestation de la préfecture (permis blanc), joignez **la copie** de ce permis.

Le médecin agréé ARS de votre département de résidence (liste sur le site internet de l'ARS) pour compléter le certificat de non contre-indication joint à ce dossier d'inscription.

Attestation responsabilité civile

Demandez-la à votre assureur. Elle est souvent liée à l'assurance habitation de votre domicile.

Démarche pour les personnes en situation de handicap demandant à bénéficier de mesures particulières

lors de leur formation : Contactez le référent handicap de l'IFPVS afin de mettre en place un parcours spécifique d'aménagement de la formation : Mme Estelle LAVE, 401B chemin des Plantades, Espace André, 83130 La Garde - Tel 04 94 00 58 78 - email : estelle.lave@ifpvps.fr

INSTITUT DE FORMATION PUBLIC VAROIS DES PROFESSIONS DE SANTE

N° de déclaration d'activité 93.83.04918.83 - *Cet enregistrement ne vaut pas agrément de l'Etat*

FINESS EJ : 83 000 904 9 - N° Siret : 130 016 561 000 24 - Code APE 8412Z





ANNEXE 1

Lors de votre rendez-vous avec le médecin, munissez-vous de tous les documents nécessaires (carnet de santé, etc ...), de façon à ce que ce dernier puisse remplir en intégralité ce document. Ce certificat doit être entièrement complété ainsi que la signature et le cachet. Le présent certificat doit être daté de moins de 3 mois au jour de l'inscription. Les documents partiellement remplis ne seront pas retenus.

**CERTIFICAT MÉDICAL DE VACCINATIONS SPECIFIQUES
 A LA PROFESSION D'AUXILIAIRE AMBULANCIER VACCINATIONS OBLIGATOIRES**

(Article L3111-4 du code de la santé publique)

Je soussigné(e) Docteur : (nom, prénom) :

(titre et qualification) :

Adresse :

Certifie que

Monsieur / Madame :

(nom naissance, nom marital, prénom)

Né(e) le :

Adresse :

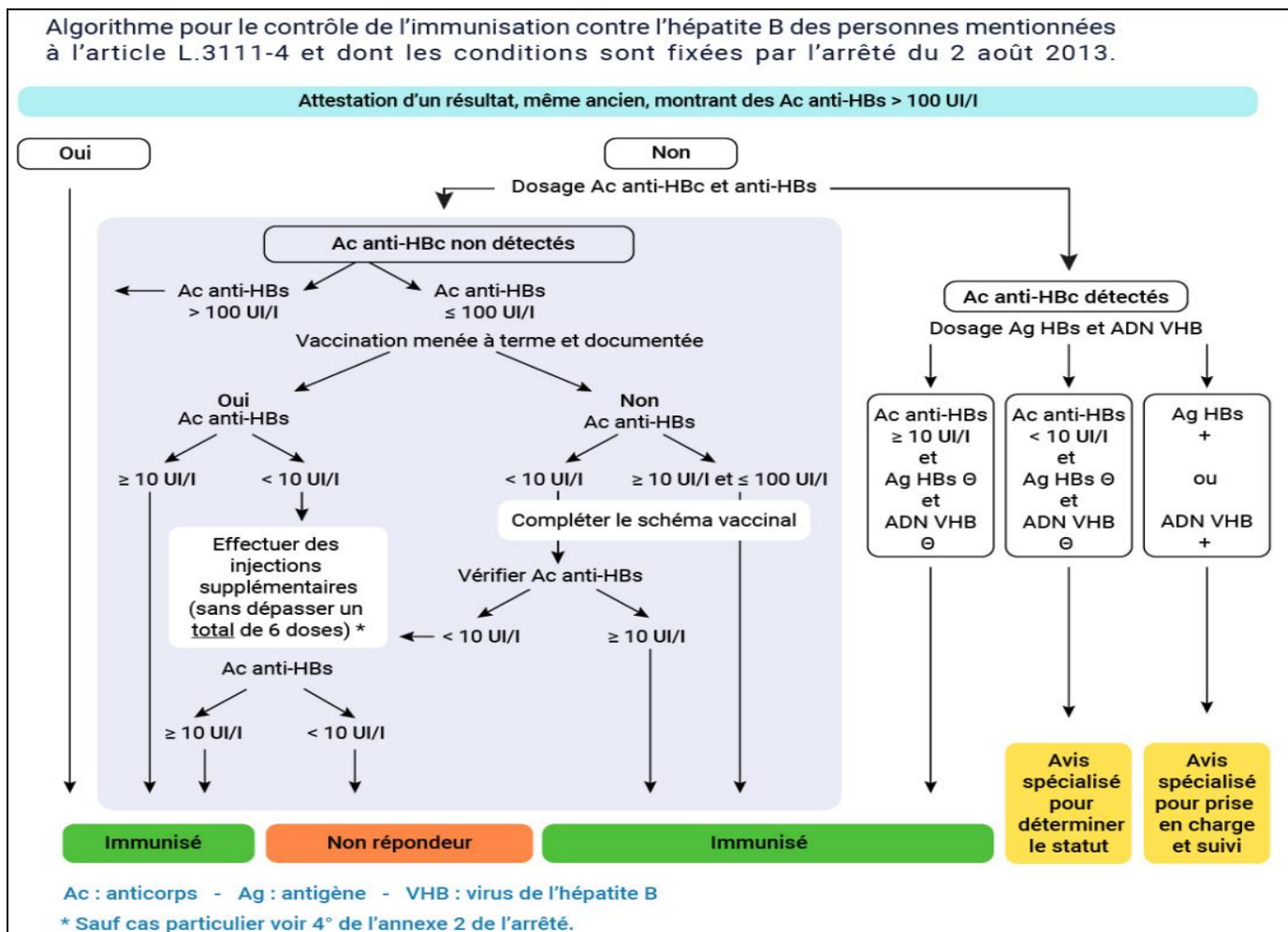
candidat à l'entrée en formation en d'**auxiliaire ambulancier**, a été vacciné(e) :

Contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite (DTC POLIO)	
Date de primo vaccination	Date :
Rappels de vaccination	Dates :
Protégé(e)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

Par le BCG	
Vaccination	IDR à la tuberculine
Date :	Date :
Technique vaccinale :	Lecture en millimètre :
Le BCG est obligatoire pour les personnels de santé. Toutefois, en cas d'intradermoréaction à la tuberculine négative (induration < 5 mm), la revaccination n'est plus obligatoire.	
Immunisé(e)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>



Contre l'HEPATITE B, selon les conditions définies par l'algorithme ci-dessous		
Immunisé(e)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
<u>Date dernière injection</u>	Cette immunité a été constatée au vu d'une sérologie <input type="checkbox"/>	Non répondeur(se) à la vaccination <input type="checkbox"/>



Contre la COVID-19		
Protégé(e)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
<u>Date dernière injection</u>	Cette protection a été constatée au vu d'une sérologie <input type="checkbox"/>	

Le :

Signature et Cachet du médecin



ANNEXE 2

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION **A LA PROFESSION D'AUXILIAIRE AMBULANCIER**

Je soussigné(e), Docteur.....

Médecin agréé par l'ARS, certifie avoir examiné ce jour :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Candidat à la **formation d'Auxiliaire Ambulancier** de l'IFPVPS – 83130 LA GARDE

Et atteste :

- que le (la) candidat(e) ne présente aucune contre-indication à la profession d'auxiliaire ambulancier (absence de problèmes locomoteurs, psychiques, d'un handicap incompatible avec la profession : handicap visuel, auditif, amputation d'un membre, ...),
- que les vaccinations du (de la) candidat(e) sont conformes à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de Santé en France,
- que les sérologies demandées ont été vérifiées.

(cf. Arrêté du 11.04.2022)

Fait à, le.....

Cachet du Médecin agréé
par l'ARS

Signature

NB : le présent certificat doit être daté de moins de 3 mois au jour de l'inscription.

Lors de votre rendez-vous avec le médecin agréé, munissez-vous de tous les documents nécessaires (carnet de santé, certificat médical de vaccinations rempli par votre médecin traitant,...).

Liste des médecins agréés consultable sur le site de l'ARS de votre département de résidence.
Pour l'ARS PACA cliquer sur « liste des médecins agréés en région PACA ».