



INSTITUT DE FORMATION DES METIERS DE LA SANTE
Centre Hospitalier d' Ajaccio
Site du Stiletto – 1180 Route A Madunuccia
20090 Ajaccio

Institut de Formation d' Ambulancier
Notice d' information et d' inscription
A la formation d' Auxiliaire d' Ambulancier

Site internet : ch-ajaccio.fr/ifms

Mail : sec.ifas@ch-ajaccio.fr

☎ : 04 95 29 81 25

PREAMBULE

L'IFA organise une session de formation conduisant à la profession d'Auxiliaire Ambulancier du 27 novembre 2024 au 13 décembre 2024.

Pour la rentrée du mercredi 27 novembre 2024 la capacité d'accueil en formation est de 15 places au total.

DEFINITION DU METIER D'AMBULANCIER

Conformément à l'arrêté du 11 avril 2022.

L'auxiliaire ambulancier est habilité à assurer la conduite du véhicule sanitaire léger et de l'ambulance. Il peut également être l'équipier de l'ambulancier dans l'ambulance.

Le professionnel titulaire du poste d'auxiliaire ambulancier doit disposer :

- d'un permis de conduire hors période probatoire, conforme à la réglementation en vigueur et en état de validité ;
- 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](#) ;
- d'un certificat médical de non-contre-indications à la profession d'ambulancier délivré par un médecin agréé ;
- d'un certificat médical de vaccinations conformément à l'[article L. 3111-4 du code de la santé publique](#) ;

- d'une attestation de formation de 70 heures avec évaluation des compétences acquises.

Cette formation porte sur l'hygiène, les principes et valeurs professionnelles, la démarche relationnelle envers les membres de l'équipe et les patients, les principes d'ergonomie et les gestes et postures adaptés lors des mobilisations, des aides à la marche, des déplacements et des portages ou brancardages, et les règles du transport sanitaire.

Cette formation est délivrée par les instituts de formation autorisés pour la formation au diplôme d'Etat d'ambulancier. Lorsque le directeur de l'institut de formation constate, en accord avec l'équipe pédagogique ayant réalisé la formation de 70 heures, que les compétences acquises ne permettent pas d'exercer en tant qu'auxiliaire ambulancier, l'attestation de formation n'est pas délivrée. Cette décision est motivée par écrit et notifiée à la personne ayant suivi la formation ;

- de l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2.

CONDITIONS D'ACCES A LA FORMATION

Arrêté du 11 avril 2022 relatif aux modalités d'admission à la profession
d'Auxiliaire Ambulancier modifié

1. CONDITIONS D'ADMISSION :

La formation conduisant à la profession d'Auxiliaire Ambulancier est **accessible sans condition de diplôme.**

Les candidats à cette formation doivent être titulaires :

- du permis de conduire B conforme à la législation en vigueur et en état de validité, hors période probatoire (il faut donc avoir, avant l'entrée en formation, son permis de conduire depuis plus de 3 ans ou depuis plus de 2 ans pour les conducteurs issus de la conduite accompagnée) ;

Le permis B à embrayage automatique (BEA), appelé également permis B boîte automatique n'est pas autorisé.

- de l'avis médical d'aptitude à la conduite d'ambulance : à faire compléter par un médecin agréé par la préfecture pour les visites (liste disponible sur le site internet <https://www.corse.ars.sante.fr/index.php/media/5495/download?inline>)
- Certificat médical de vaccination conforme à la réglementation en vigueur.
- Un Curriculum Vitae
- Une lettre de motivation

2. MODE DE SELECTION DES CANDIDATS :

La sélection des candidats est effectuée par un ou plusieurs groupes du jury d'admission, composés chacun :

- d'un directeur d'un institut de formation ou son représentant issu de l'équipe pédagogique ;
- d'un chef d'entreprise de transport sanitaire titulaire du diplôme d'Etat d'ambulancier ou d'un ambulancier diplômé d'Etat en exercice depuis au moins trois ans.

La conformité des pièces et la complétude du dossier sont les premiers critères d'évaluation

La lettre de motivation en lien avec les attendus de la formation doit obligatoirement être manuscrite. Ce document ne doit pas excéder une page R/V.

Titre I : Disposition générales, Article 6, Alinéa 8 :

Les candidats en situation de handicap peuvent demander, lors du dépôt de leur dossier, un aménagement des conditions de déroulement de l'entretien. (Justificatifs)

3. DEMANDES DE REPORT

Titre II : Dispositions spécifiques, Article 13 nouveau :

Par dérogation à l'article 8, le directeur de l'institut de formation peut accorder, pour une durée qu'il détermine et dans la limite cumulée de deux ans, un report pour l'entrée en scolarité dans l'institut de formation :

- Soit de droit en cas de congé pour cause de maternité ou pour la garde d'un enfant de moins de quatre ans, de rejet du bénéfice de la promotion professionnelle ou sociale, de rejet d'une demande de congé formation, de rejet d'une demande de mise en disponibilité ;
- Soit de manière exceptionnelle sur la base des éléments apportés par le candidat justifiant de la survenance d'un événement important l'empêchant de débiter sa formation.

Tout candidat bénéficiant d'un report d'admission doit, **au moins trois mois avant la date de rentrée prévue**, confirmer son intention de reprendre sa scolarité à la dite rentrée.

4. DOSSIER MEDICAL

Veillez vérifier auprès de votre médecin traitant si vous êtes à jour des vaccinations ci-après :

- Vaccins obligatoires : Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite et Hépatite B.
- Vaccins conseillés : BCG, Rougeole, Coqueluche, Rubéole, Grippe saisonnière, COVID-19.

Ouverture et retrait du dossier d'inscription au

À partir du LUNDI 28 OCTOBRE 2024,
Les dossiers d'inscription sont à télécharger sur internet depuis le site de l'IFA :
<https://ch-ajaccio.fr/ifms>

Sur ce même site internet, vous devez procéder à **une pré-inscription***. Puis, imprimer le document et le joindre à votre dossier.

*** ⚠ Sans ce document, votre dossier ne sera pas pris en compte.**

Dépôt des Dossiers

Les dossiers complets devront être déposés à l'IFA du lundi au vendredi de 9h00 à 16h00 ou envoyés à l'adresse suivante avec AR :

*Institut de Formation des Métiers de la Santé
Centre Hospitalier d'Ajaccio
Site du Stiletto – 1180 A Madunuccia
20090 Ajaccio*

Clôture des inscriptions au concours

VENDREDI 15 NOVEMBRE 2024 à 00h00

« Cachet de la poste faisant foi »

Sélection des candidats :

La sélection des candidats est effectuée par un **jury de sélection sur la base d'un dossier et d'un entretien.**

Le jury de sélection se déroulera les 18 ET 19 NOVEMBRE 2024.
Une convocation vous sera délivrée avec votre date et heure de passage.

⚠ L'ensemble du concours aura lieu sur le site d'Ajaccio.

Affichage des résultats d'admission

MERCREDI 20 NOVEMBRE 2024

A 14h00 à l'IFMS d' Ajaccio et sur le site internet de l'IFAS d' Ajaccio
AUCUN RENSEIGNEMENT NE SERA DONNE PAR TELEPHONE

Confirmation d'entrée à l'IFA

Les candidats **en liste principale** doivent confirmer, **par mail** (sec.ifas@ch-ajaccio.fr), leur inscription en remplissant le document « confirmation d'inscription » (à télécharger sur: <https://www.ch-ajaccio.fr/ifms>) dans les 7 jours ouvrés après l'affichage des résultats d'admission :

Soit avant le **MERCREDI 27 NOVEMBRE 2024.**

L'IFA contactera ensuite par téléphone les candidats de la liste complémentaire en fonction des désistements éventuels.

Il est impératif de signaler tout changement de numéro de téléphone et d'adresse.

Date d'entrée en formation

MERCREDI 27 NOVEMBRE 2024

**Fiche d'inscription –
Formation d'auxiliaire Ambulancier 2025**

DOSSIER N :

Site Ajaccio

Madame Monsieur

NOM DE NAISSANCE :

NOM MARITAL :

Prénom :

Nationalité :

Date de naissance : Age :

Ville de naissance : Département..... Pays.....

Adresse :

Ville : Code postal :

Tel domicile : Tel portable :

Adresse mail :

SITUATION FAMILIALE :

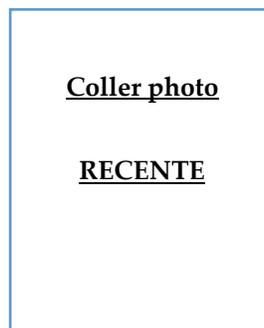
Célibataire Marié(e) Concubinage P.A.C.S Divorcé(e)
 Veuf(ve)

Nombre d'enfants : Age des enfants :

Avez-vous fait une demande auprès de la MDPH (Maison Départemental des Personnes Handicapées) :

Oui Non Demande en cours

Si oui, joindre une copie votre dossier MDPH.



DIPLÔME LE PLUS ELEVE OBTENU	ANNEE OBTENTION
Année de la dernière scolarité :	
Baccalauréat intitulé :	
Brevet des Collèges (B.E.P.C.)	
Autre : Précisez :	
Aucun diplôme	
Diplôme de secourisme	

SITUATION SOCIALE ACTUELLE :

Actuellement vous êtes : (plusieurs réponses possibles)

Lycéen Étudiant En formation En emploi

Demandeur d'emploi RSA

Autre Précisez :

EMPLOIS OCCUPES (avant dernier et emploi actuel) :

Type emploi : **Date arrivée :** **Date départ :**

L'avant dernier : Du : Au :

L'actuel : Du : Au :

S'agit-il d'un établissement sanitaire ou social EHPAD, hôpital ou autre : OUI NON

CHA : OUI NON Autre Fonction Publique : OUI NON

S'agit-il d'un établissement privé : OUI NON

Nom de l'établissement employeur ACTUEL :

.....

Ville :

Date recrutement :

Statut : Fonctionnaire Salarié C.D.I C.D.D Temps plein Temps partiel :
.....%

PREPA/CONCOURS :

Avez-vous déjà présenté le concours ? OUI NON

Si oui : Année : Lieu :

Année : Lieu :

ENGAGEMENT DU CANDIDAT

PUBLICATION DES RESULTATS

J'autorise l'IFMS à publier et afficher mes noms et prénoms sur le site internet de l'IFMS dans le cadre de la diffusion des résultats : OUI NON

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

Fait à, le

Signature du candidat :

ATTESTATION MEDICALE D'IMMUNISATION ET DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES

A FAIRE REMPLIR PAR VOTRE MEDECIN TRAITANT ET A JOINDRE AU DOSSIER ADMINISTRATIF APRES VISITE CHEZ LE MEDECIN AGREE

Δ : REMPLIR OBLIGATOIREMENT TOUTES LES CASES

Je soussigné(e) Docteur

Atteste que, le candidat à l'inscription à l'école d'ambulancier

Mme, Mr. :

Adresse :

A été vacciné(e) (remplir le tableau ci-dessous) selon la réglementation en vigueur :

- CONTRE LA DIPHTERIE- TETANOS-POLIO- COQUELUCHE :

Dernier rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N° lot

- CONTRE L'HEPATITE B : **Δ le candidat doit être immunisé avant l'entrée en stage :**

Date de la vaccination		
Nom du vaccin	Date	N° lot
1 ^e dose :		
2 ^e dose :		
3 ^e dose :		
4 ^e dose :		
5 ^e dose :		
6 ^e dose :		
Date de la sérologie de contrôle :		
Immunisé :		
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		

Taux Antigène HBs : _____ Taux Anticorps anti-HBs : _____ Anticorps anti HbC : _____

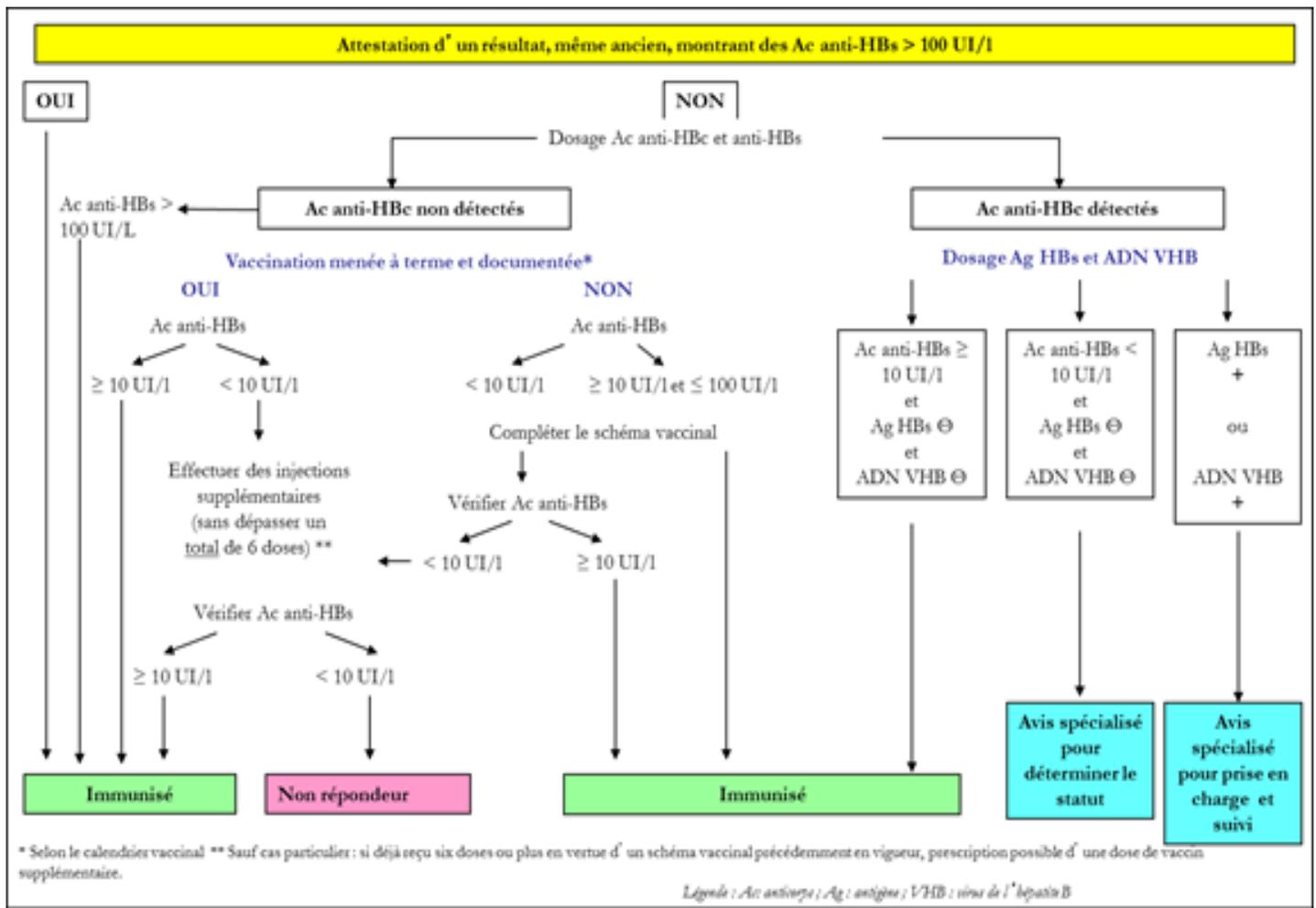
- PAR LE BCG :

Vaccin intradermique ou MONOVAX	Date du dernier vaccin	N° lot
IDR à la tuberculine	Date	Résultat (en mm)

Date :

Signature et cachet du Médecin :

ALGORITHME POUR LE CONTROLE DE L'IMMUNISATION CONTRE L'HEPATITE B DES PERSONNELS DE SANTE



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 tuberculinqes
- 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'art  cle 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'art  cle L.3111-4 du CSP

NB : selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour ces professionnels de santé, il est recommandé d'être immunisé contre la Coqueluche, la rubéole, la rougeole, la varicelle, grippe saisonnière.

AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE

L'article 9 du Code civil dispose que chacun a droit au respect de sa vie privée.

Je soussigné(e).....

Autorise

N'autorise pas

À titre gratuit et perpétuel, l'utilisation et la reproduction, par l'IFMS, de mon nom, mon image, sur tout support existant ou à venir, à des fins de communication et de promotion de l'Institut.

La présente autorisation est valable, sans limite de territoire, et sans limitation de durée.

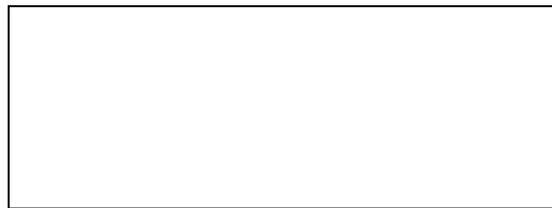
Fait pour valoir ce que de droit

Fait à :

Le :

Signature du candidat, précédé de la mention « *lu et*

approuvé »



Documents à fournir pour l'inscription à la formation d'Auxiliaire Ambulancier 2024	Vérification de la complétude du dossier	
	Cocher les éléments transmis à l'IFAS	Vérification par l'IFA ne rien inscrire dans cette colonne
Fiche d'inscription au concours remplie avec photo collée (pages 6 et 7)		
Photocopie recto-verso de la carte d'identité, en cours de validité ou titre de séjour valide pour toute la période de la formation.		
La copie recto-verso du permis de conduire B conforme à la législation en vigueur et en état de validité, hors période.		
L'attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulance : CERFA n°14880*02 à faire compléter par un médecin agréé par la préfecture pour les visites (cf liste en annexe)		
Un certificat médical de vaccination conforme à la réglementation en vigueur		
Une lettre de motivation manuscrite		
Une attestation de vaccination (page 8)		
Une autorisation de droit à l'image (page 10)		
Un curriculum vitae		
Selon la situation du candidat, la copie des originaux des diplômes obtenus		
Le cas échéant, la copie de ses relevés de résultats et appréciations ou bulletins scolaires		
Selon la situation du candidat, les attestations de travail		
Pour les ressortissants hors Union Européenne , un titre de séjour valide pour la durée de la formation et attestation du niveau de la langue française requis B2 OBLIGATOIRE		
Les candidats peuvent joindre tout autre justificatif valorisant un engagement ou une expérience personnelle en lien avec la profession d'auxiliaire ambulancier		
Pour les candidats en situation de handicap fournir un justificatif		

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS PRIS EN COMPTE

SIGNATURE DU CANDIDAT :

A REMPLIR PAR L'IFA :

Dossier reçu le :

COMPLET

INCOMPLET

DEMANDE D'ATTESTATION PREFECTORALE D'APTITUDE PHYSIQUE A LA CONDUITE DE VEHICULE
RELEVANT DE LA CATEGORIE B DU PERMIS DE CONDUIRE

PREFECTURE DE LA CORSE DU SUD
DIRECTION DE LA REGLEMENTATION ET
DES LIBERTES PUBLIQUES
PALAIS LANTIVY
COURS NAPOLEON 20000 AJACCIO pref-
reglementation@corse-du-sud.gouv.fr

PAR COURRIER OU à l'adresse
pref-t3p@corse-du-sud.gouv.fr

NOM :PRENOMS :

DATE DE NAISSANCE :LIEU DE NAISSANCE :

ADRESSE :
.....

CODE POSTAL :COMMUNE :

TEL. : COURRIEL :

VTC
TAXI
AMBULANCE
AUTRE (PRECISER)

FAIT A..... LE

SIGNATURE

Copie des pièces à fournir :

- 1/ recto/verso d'une pièce d'identité (CNI, passeport, carte de séjour,...)
- 2/ recto/verso du permis de conduire
- 3/ justificatif de domicile de moins de trois mois (factures EDF, téléphone...)

Pour les personnes hébergées :

- attestation sur l'honneur d'hébergement
- pièce d'identité de l'hébergeant
- justificatif de domicile de l'hébergeant de moins de trois mois

4/ avis médical (CERFA 14880) dûment renseigné

5/ une enveloppe timbrée à vos nom et adresse



N°14880*02

PERMIS DE CONDUIRE - AVIS MÉDICAL(Art. R. 212-2, R. 221-10 à R. 221-14-1, R. 221-19 et R. 226-1 à R. 226-4 du Code de la route)
(Arrêté du 31 juillet 2012 modifié relatif à l'organisation du contrôle médical de l'aptitude à la conduite)**1****ETAT CIVIL ET COORDONNÉES DU DEMANDEUR À REMPLIR À L'ENCRE NOIRE, EN LETTRES MAJUSCULES SANS ACCENT NI RATURE**

Nom de naissance

(C'est le nom qui figure sur votre acte de naissance)

Prénom(s)

(Dans l'ordre de l'état civil)

Nom d'usage (s'il y a lieu)

(ex : nom d'époux(se))

Date de naissance

Jour

Mois

Année

Sexe : Femme

Homme

Téléphone portable (Recommandé)

Commune de naissance

Département ou Collectivité d'outre-mer

Pays

(Si vous êtes né(s) à l'étranger)

Adresse

N° de la voie

Extension : bis, ter, etc.

Type de voie : avenue, boulevard, etc.

Complément d'adresse

Nom de la voie

(Étage, escalier, appartement - Immeuble, bâtiment, résidence - Lieu-dit, Boîte postale, Commune déléguée)

Code postal

Commune

Courriel (Recommandé)

2Motif de la demande d'avis médical : Renouvellement périodique Nouvelle catégorie Suspension Après invalidation ou annulation Autre

Catégorie(s) de permis déjà détenue(s) :

AM	A1	A2	A	B1	B	BE	CL	C1E	C	CE	D1	D1E	D	DE
----	----	----	---	----	---	----	----	-----	---	----	----	-----	---	----

Catégorie(s) de permis sur lesquelles porte l'avis médical :

A1	A2	A	B1	B	BE	CL	C1E	C	CE	D1	D1E	D	DE
----	----	---	----	---	----	----	-----	---	----	----	-----	---	----

Activité(s) professionnelle(s) exercée(s) :

 Taxi VTC Ambulance Ramassage scolaire Transport public de personnes Transport public à moto Enseignant de la conduite
AVIS DU OU DES MÉDECINS**3**

Modalités du contrôle médical :

 En cabinet médical En commission médicale primaire En commission médicale d'appel Autres : _____
3-1

Examens complémentaires demandés le _____ Examen psychotechnique réalisé le _____

4

Le(s) médecin(s) _____ et _____ agréé(s) par

le(s) préfet(s) de (s) département(s) n° _____, après contrôle médical de l'intéressé(e), émettent conformément à la réglementation en vigueur et à la liste des affections médicales compatibles avec le maintien ou la délivrance du permis de conduire, l'avis médical suivant :

5

- APTE** pour la durée de validité fixée par la réglementation Groupe léger Groupe lourd
- APTE TEMPORAIRE** pour une durée de validité limitée à _____ et à réexaminer par la commission médicale : oui non
- APTE** avec les restrictions ou dispenses suivantes :
- dispositif de correction et/ou protection de la vision
- autres
- INAPTE** Groupe léger Groupe lourd

Observations :

6

Après contrôle médical, le médecin agréé, consultant hors commission médicale :

 ne prononce pas d'avis et renvoie l'usager devant la commission médicale primaire.**7****DÉCLARATION EN CAS D'AVIS D'APTITUDE TEMPORAIRE, D'APTITUDE AVEC RESTRICTIONS OU D'INAPTITUDE**Je soussigné(e), M. Mme _____ déclare avoir pris connaissance des motifs d'ordre médical qui ont entraîné l'avis d'aptitude temporaire, d'aptitude avec restrictions ou d'inaptitude à la conduite.**8**

Fait le : ____ / ____ / ____

Signature de l'usager (à l'issue du contrôle médical)
(Représentant légal si mineur)

Signature et cachet du ou des médecins