



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
Au concours d' entrée 2025

Site internet : ch-ajaccio.fr/ifms

Mail : sec.ifas@ch-ajaccio.fr

☎ : 04 95 29 81 25

PREAMBULE

L'IFA organise deux sessions annuelles de formation conduisant au Diplôme d'État d'Ambulancier (DEA) : 2^{ème} trimestre 2025 et dernier trimestre 2025.

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 modifié par l'arrêté du 4 juillet 2024

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 soin 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 pluriprofessionnelle (médecins, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes ou tout autre professionnel de santé).

CONDITIONS D'ACCES A LA FORMATION

Arrêté du 11 avril 2022 relatif aux modalités d'admission aux formations

Conduisant aux diplômes d'Ambulancier modifié

Par l'arrêté du 4 juillet 2024

1. CONDITIONS D'ADMISSION :

- Sans condition de diplôme.
- Être titulaire du permis B en cours de validité (3 ans) ou de 2 ans en cas de conduite accompagnée;
- Attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulance (R221-10);*
- Certificat médical d'aptitude à la profession délivré par un médecin agréé par l'Agence Régionale de Santé (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.
- Frais d'inscription 120 euros, à régler **directement** à la caisse du Centre Hospitalier d'Ajaccio ;

**Afin d'obtenir l'attestation préfectorale vous aurez besoin de faire remplir par un médecin agréé l'avis médical en annexe, remplir la demande et faire une demande d'attestation de pré-inscription à : sec.ifas@ch-ajaccio.fr et envoyer tous les documents à : pref-t3p@corse-du-sud.gouv.fr et isabelle.taupin@corse-du-sud.gouv.fr.*

2. EPREUVES DE SELECTION DES CANDIDATS :

Conformément à l'arrêté du 11 avril 2022 modifié par l'arrêté du 14 juillet 2024.

➤ Le stage :

Les candidats doivent effectuer un **stage d'observation de 70 heures** dans une entreprise de transport sanitaire habilitée par le directeur de l'institut (Cf listing des entreprises d'ambulances en page 13).

Ce stage doit être réalisé de façon continue sur un seul lieu.

A l'issue le document d'évaluation du stage (contenu dans le dossier d'inscription en page 12) sera à remettre à l'institut au plus tard le jour de l'épreuve orale d'admission.

Sont dispensés de ce stage d'observation :

- Les auxiliaires ambulanciers ayant exercé au moins un mois dans les trois dernières années (Cf attestation employeur en page 10).
- Les candidats issus de la brigade des sapeurs-pompiers de Paris ou marins-pompiers de Marseille justifiant d'une expérience professionnelle de trois années.

➤ L'entretien

Cette sélection est **identique pour tous les cursus et niveaux scolaires.**

La sélection des candidats est effectuée par un jury sur la base d'un entretien d'une durée de 20 minutes maximum noté sur 20 points. Il comprend une présentation orale de 5 minutes du candidat en lien avec son stage d'observation lorsqu'il est réalisé ou son parcours professionnel antérieur lorsqu'il en est dispensé (8 points), suivie d'un entretien de 15 minutes avec le jury (12 points), destiné à apprécier les connaissances, les aptitudes et la motivation du candidat à suivre la formation d'Ambulancier.

L'entretien d'admission est évalué 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.

Les attendus nationaux sont les suivants :

- Capacité du candidat à s'exprimer et à ordonner ses idées pour argumenter de façon cohérente ;
- Aptitude et capacité du candidat à suivre la formation ;
- Appréciation du projet professionnel du candidat et sa motivation.

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

⚠ Attention, n'attendez pas les résultats d'admission pour réaliser la mise à jour de vos vaccinations, car certaines vaccinations peuvent nécessiter plusieurs injections sur une période allant de 3 à 6 mois.

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

A 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

Date à définir

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 : date à définir
Une convocation vous sera délivrée par mail avec votre date et heure de passage.

⚠ L'ensemble du concours aura lieu à l'IFMS d'Ajaccio.

Affichage des
résultats
d'admission

DATE A DEFINIR
à l'IFMS d'Ajaccio et sur le site internet de l'IFA 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 : **A définir.**

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

DATE A DEFINIR

Fiche d'inscription – Concours d'entrée 2025
Institut de Formation d'Ambulancier

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.

COCHER LE CURSUS CONCERNE

CURSUS COMPLET : Formation Initiale

CURSUS PARTIEL :

IDE

DE masseur kinésithérapeute

DE pédicure-podologue

DE ergothérapeute

DE psychomotricien

DE manipulateur d'électroradiologie médicale

DE technicien de laboratoire

DEA

DEAP

ARM

DEAES

ADVF

ASMS

Conducteur livreur VUL

Assistant Médical

BAC PRO ASSP

BAC PRO SAPAT

BAC PRO conducteur transport routier de marchandises

Coller photo

RECENTE

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	

SITUATION SOCIALE ACTUELLE :

Actuellement vous êtes : (plusieurs réponses possibles)

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 service hospitalier en charge du transport sanitaire OUI NON

- D'une entreprise de transport sanitaire privée OUI NON

Nom de l'établissement employeur ACTUEL :

Ville :

Date recrutement :

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

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)
mentionnés sur ce document.

atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements

Fait à, le

Signature du candidat :

Documents à fournir pour l'inscription au concours Ambulancier 2025	Vérification de la complétude du dossier	
	Cocher les éléments transmis à l'IFAS	Vérification par l'IFA ne rien inscrire dans cette colonne
Fiche de pré-inscription à faire sur le site internet du CHA		
Fiche d'inscription au concours remplie avec 1 photo d'identité		
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 photocopie du permis de conduire, hors période probatoire, conforme à la législation en vigueur et état de validité		
L'attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulance après examen médical effectué dans les conditions définies par l' article R. 221-10 du code de la route		
Le reçu du règlement des frais d'inscription, à régler à la caisse du Centre Hospitalier d'Ajaccio . Le montant est de 120,00 € ,		
Curriculum Vitae (adresse identique à celle de la fiche de pré-inscription)		
Lettre de motivation manuscrite		
Document manuscrit relatant une situation personnelle ou professionnelle ou projet professionnel en lien avec les attendus de la formation 1 feuille recto-verso dont vous êtes l'auteur et le rédacteur		
Copie des originaux des diplômes ou titres, traduits en français		
Le cas échéant : Relevés de résultats et appréciations ou bulletins scolaires. Pour les Bac Pro : joindre <u>obligatoirement</u> les stages et bulletins scolaires des trois dernières années.		
Le tableau de vaccinations rempli par un médecin agréé		
L'attestation de stage d'observation de 70h		
Selon la situation du candidat, les contrats/attestations de travail accompagnés des appréciations et des recommandations de l'employeur (ou des employeurs)		
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		
Pour les candidats en situation de handicap fournir un justificatif		

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*

Je soussigné(e) Docteur atteste que, le candidat au concours d'entrée à l'Institut de Formation d'ambulancier, Mme, Mr :

..... né(e) le :.....

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

- **CONTRE LA DIPHTERIE - TETANOS-POLIO - COQUELUCHE :**

DERNIER RAPPEL EFFECTUE		
Nom du vaccin	Date	N° lot

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

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

Taux d'anticorps :

- **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 :

NB : selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour les professionnels de santé, il est recommandé d'être immunisé contre la coqueluche, la rubéole, la rougeole, la varicelle, la grippe saisonnière et la COVID-19.

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS PRIS EN COMPTE

SIGNATURE DU CANDIDAT :

A REMPLIR PAR L'IFA :

Dossier reçu le :.....

COMPLET

INCOMPLET

Cursus Complet

Cursus Partiel :.....

Ajaccio

COORDONNEES VACCINATION

✓ Vous trouverez la liste des médecins agréés sur le site ; www.ch-ajaccio.fr/ifa

✓ Lieu de vaccination possible : **(se munir de son carnet de santé.)**

- DTP (Diphtérie, Tétanos, Polio) et Hépatite B

CENTRE DEPARTEMENTAL DE VACCINATION

Hôpital Eugénie 1^{er} étage

24 bd Pascal Rossini

20000 AJACCIO

☎ 04 95 29 67 00

Sur rendez-vous - Consultation gratuite.

✓ Lieu de test tuberculinique :

- TUBERTEST

CENTRE ANTITUBERCULEUX

Hôpital Eugénie 3^{eme} étage

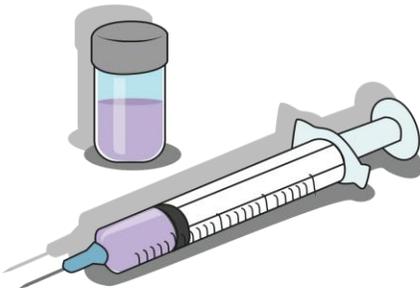
24 bd Pascal Rossini

20000 AJACCIO

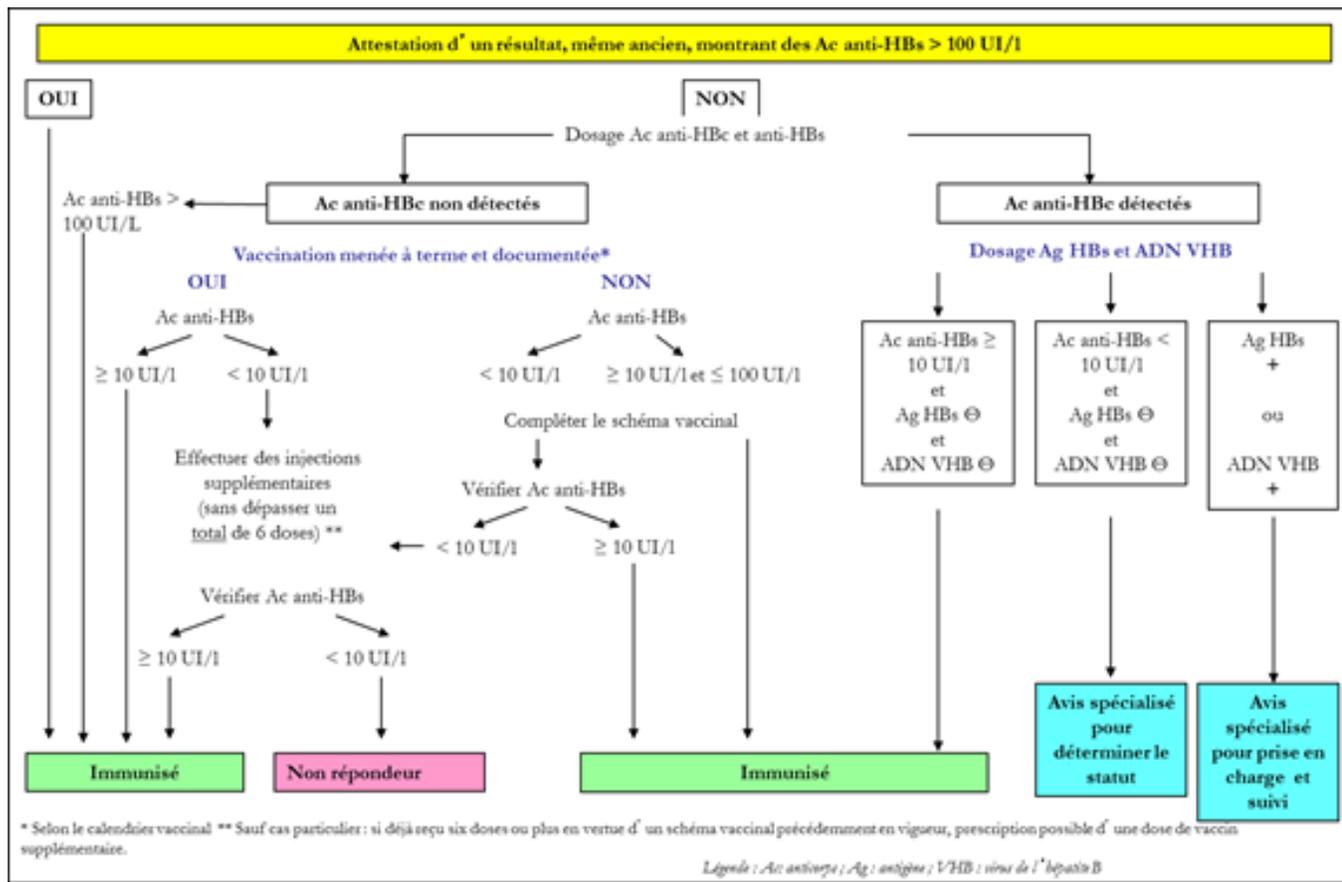
☎ 04 95 29 94 32

✉ clat2a@ch-ajaccio.fr

Sur rendez-vous - Consultation gratuite.



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



Texte 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 tuberculiques
- 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'article 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'article L.3111-4 du CSP

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

CANDIDAT :

Nom : Nom marital éventuel :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Tél. :

Mail :

PÉRIODE D'EXERCICE PROFESSIONNEL :

Du :/...../20... Au :/...../20...

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)	<input type="text"/>				
Motivation professionnelle	<input type="text"/>				
Exactitude, rigueur	<input type="text"/>				
Maîtrise d'un véhicule sanitaire	<input type="text"/>				

BILAN					
--------------	--	--	--	--	--

Date :/...../20...

CACHET du responsable de l'entreprise

**CONVENTION DE STAGE D'OBESRVATION DE 70 HEURES EN
ENTREPRISE
(Conformément à l'arrêté du 11 avril 2022)**

Dates: du ___/___/_____ au ___/___/_____.

Durée du stage : 70 heures

Entre:

Nom de l'entreprise de transport sanitaire:	
Responsable de l'entreprise de transport sanitaire:	
Adresse :	
Téléphone:	Télécopie:
Mail:	

Et:

Nom et prénom du candidat:	
Adresse:	
Téléphone fixe :	Portable:

Article 1 : la convention bipartite doit être établie entre l'entreprise et le candidat. L'institut de Formation d'Ambulanciers, ni l'Etat, ni l'organisme gestionnaire, ne sont concernés par cette convention.

Article 2: Le responsable de l'entreprise d'accueil déclare accepter le candidat pour effectuer un stage d'observation de 70 heures, en vue de présenter le concours d'entrée à l'institut de formation d'Ambulanciers.

Article 3 : Les horaires sont fixés en fonction des objectifs particuliers du stage, et après accord des deux parties, pour une durée de 70 heures, sur la base de 35 heures par semaine, comme 3ème coéquipier. Ce stage doit être réalisé en continu. **Le stagiaire n'est pas autorisé à la conduite de véhicules.** Le stagiaire s'engage à s'assurer sur le plan individuel pour les risques accidents du travail, de trajets et maladies professionnelles ainsi que par une assurance responsabilité civile professionnelle.

Article 4: Il appartient à l'entreprise recevant les stagiaires de veiller à la qualité de leur encadrement, afin que le stagiaire soit réellement en situation de formation. En aucun cas, il ne peut remplacer un professionnel de l'ambulance ou d'un V.S.L.

Article 5 : Pendant le stage, un temps suffisant doit être prévu pour que le stagiaire puisse, en relation avec le personnel, observer, réfléchir et se documenter avant d'exécuter des gestes pratiques simples et encadrés.

Article 6: Le stagiaire en formation est tenu au secret professionnel. Tout ce qu'il entendra ou verra concernant les patients, leur entourage ou l'entreprise ne sera pas divulgué.

Article 7: Le stagiaire est sous la responsabilité de l'entreprise. Tout manquement à la discipline, aux convenances en usage, ou toute absence non justifiée peuvent justifier un arrêt immédiat du stage et en résulter une non validation du stage.

Article 8: A l'issue de chaque stage, une fiche d'évaluation (annexe 3) sera établie par la personne responsable du service où le stage a été effectué, et en collaboration avec l'équipe ayant effectivement assuré l'encadrement. Quatre critères de qualité de travail seront renseignés et argumentés par une appréciation précise et personnalisée. Cette évaluation sera communiquée au stagiaire au cours d'un entretien avec la personne responsable de l'appréciation. Cette évaluation sera présentée au jury lors de l'épreuve orale d'admission.

La présente convention prend effet à la date de la signature.

Un exemplaire sera conservé par l'entreprise, le deuxième par le candidat.

Fait en deux exemplaires, le ____ / ____ / ____.

Lu et approuvé par le responsable de l'établissement d'accueil (Nom, prénom, signature et tampon)

Lu et approuvé par le stagiaire (Nom, prénom, signature)

ATTESTATION DE SUIVI DU STAGE D'OBSERVATION

CANDIDAT :

Nom : Nom marital éventuel :
 Prénom :
 Adresse :

Code postal : Ville :
 Tél. : Mail :

DATE DU STAGE : du :...../..../20.. au :/...../20..

ENTREPRISE :

Nom :
 N° Siret :
 Coordonnées :
 Nom du responsable du suivi du stage d'observation du candidat :
 Fonctions dans l'entreprise :

Appréciation du candidat (mettre une croix dans la colonne choisie et motivez impérativement votre choix dans la case observations)

CRITÈRES	INSUFFISANT	MOYEN	BON	TRÈS BON	OBSERVATIONS
Aptitudes physiques (agilité, résistance, port de charges, ergonomie)					
Aptitudes relationnelles (communication avec les membres de l'équipe, relation avec les patients)					

Motivation professionnelle					
Exactitude, rigueur					
Maîtrise des caractéristiques spécifiques d'un véhicule sanitaire					
BILAN					

Date

CACHET du responsable de l'entreprise

LISTING DES ENTREPRISES D'AMBULANCES PRIVEES

SECTEUR	NOM SOCIETE
Grand Ajaccio	AMBULANCES POMI
	AMBULANCES RIVE SUD
	CORSICA AMBULANCES
	AMBULANCES AJACCIENNES
	SOCIETE NOUVELLE AJACCIO AMBULANCES
Propriano/Sartène	AMBULANCES RICCI
	AMBULANCES MONDOLONI
Grand Sud	AMBULANCES PORTO-VECCHIAISES
	AMBULANCES CADUCEE
Sari-Solenzara	AMBULANCES KALLISTE
	AMBULANCES SOLENZARA

SECTEUR	NOM SOCIETE
Grand Bastia	AMBULANCES MATELLI
	AMBULANCES NICOLINI
	AMBULANCES PIETRI
	AMBULANCES SAINT FLOR
Centre Corse	AMBULANCES IMPERIALES
	AMBULANCES CORTENAISES
	AMBULANCES RINIERI
Balagne	AMBULANCES ALTA BALANINA
	AMBULANCES ISULA
Plaine 1 (Nord)	AMBULANCES DE LA MARANA
	AMBULANCES K VALERIE
	AMBULANCES SANTA LUCIA DI MORIANI
	AMBULANCES AGOSTINI-MORIANAISES
	AMBULANCES de LUCCIANA
Plaine 2 (Sud)	AMBULANCES D'ALERIA
	AMBULANCES ORSIER
	AMBULANCES DE LA PLAINE
	AMBULANCES TOVISANU (ex. GULLI)

**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

Envoyer la demande aux adresses suivantes :
pref-t3p@corse-du-sud.gouv.fr ET
isabelle.taupin@corse-du-sud.gouv.fr

NOM :PRENOMS :

DATE DE NAISSANCE :LIEU DE NAISSANCE :

ADRESSE :

.....

CODE POSTAL :COMMUNE :

TEL. :

COURRIEL :

VTC TAXI

AMBULANCE

AUTRES (A 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

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)

N° 14890*02

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(e) à l'étranger)

Adresse : N° de la voie _____ Extension : bis, ter, etc. _____ Type de voie : avenue, boulevard, etc. _____

Nom de la voie _____

Complément d'adresse _____
(Étage, escalier, appartement - Immeuble, bâtiment, résidence - Lieu-dit, Boîte postale, Commune déléguée)

Code postal _____ Commune _____

Courriel (Recommandé) _____

2 Motif 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	C1	C1E	C	CE	D1	D1E	D	DE
<input type="checkbox"/>														

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

A1	A2	A	B1	B	BE	C1	C1E	C	CE	D1	D1E	D	DE
<input type="checkbox"/>													

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