

# Dossier d'inscription **AUXILIAIRE AMBULANCIER**

Dossier à retourner impérativement **avant le 12/07/2018**  
(cachet de la poste faisant foi)

***A compléter scrupuleusement  
et à retourner rapidement accompagné  
de toutes les pièces justificatives à :***

Institut de Formation des Ambulanciers  
132 rue Henri Champion - 72100 LE MANS  
Tél : 02 43 40 60 85 - Fax : 02 43 84 95 48  
[www.cfa.lemans.sarthe.cci.fr](http://www.cfa.lemans.sarthe.cci.fr)

Assistante administrative : Audrey ROULON

## PIÈCES À FOURNIR

- ❑ Dossier d'inscription dûment complété avec une photo originale agrafée ou collée.
- ❑ Copie du permis de conduire **Recto/Verso** (hors période probatoire).
- ❑ Copie de l'attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulance.  
(*Cette attestation est obtenue après visite médicale effectuée dans les conditions définies par l'article R 221-10 du Code de la Route*).  
Pour obtenir la liste des **médecins agréés**, vous pouvez vous adresser à la **Mairie de votre commune**, à la **Préfecture** ou consulter le **site Internet** de votre préfecture.
- ❑ Certificat médical original ci-joint de non contre-indications à la profession d'ambulancier (voir document 2), à faire remplir par un médecin agréé par l'ARS.  
Liste disponible sur le site <http://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr> (👉 Se soigner 👈 Médecins agréés 👈 Télécharger la liste recherchée)
- ❑ Certificat médical original ci-joint de vaccinations (voir document 3).
- ❑ Copie de l'Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgences de niveau 1 en cours de validité ou d'un équivalent reconnu par le ministère de la Santé (PSC1, AFPS, CFAPSE, SST...) de moins de 5 ans.
- ❑ Lettre de motivation décrivant votre projet professionnel.
- ❑ Curriculum Vitae à jour.
- ❑ Attestation de validation du stage de découverte d'une semaine minimum (voir document 4).
- ❑ Chèque de 45 € libellé à l'ordre de «CCI du Mans», couvrant les frais de gestion de dossier (frais non remboursés).

**Aucun dossier incomplet ne sera accepté.**

## Cadre réservé IFA

Auxiliaire Ambulancier

Date retour dossier :

PHOTO

**Dates :** du 10 au 21 septembre 2018

Nom : ..... Nom de jeune fille : .....

Prénom : ..... Nationalité : .....

Date de naissance : .....

Lieu de naissance : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél. fixe : ..... Mobile : .....

E-mail (obligatoire pour correspondance) : .....

Diplôme(s) scolaire(s) obtenu(s) : .....

Etes-vous salarié ?  Oui  Non

♦ Si oui :  CDD  CDI emploi exercé actuellement : .....

Nom de l'entreprise : ..... Téléphone : .....

Adresse : .....

♦ Si non,

Etes-vous inscrit à Pôle Emploi ?  Oui  Non

Numéro identifiant : ..... Date d'inscription : .....

Prise en charge financière :  Personnelle....  Employeur  Autre : .....

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

Fait à : ..... Date : .....

Signature :

## **Le métier :**

Le professionnel titulaire du poste d'Auxiliaire Ambulancier assure les transports sanitaires de patients stables à bord des véhicules sanitaires légers.

Il est le second membre de l'équipage d'une ambulance et assiste l'ambulancier diplômé d'état dans les prises en charge au quotidien et dans l'urgence.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, l'**attestation de formation d'Auxiliaire Ambulancier** est indispensable pour prétendre à un poste d'auxiliaire ambulancier dans une entreprise de transports sanitaires.

## **Conditions d'admission :**

Voir règlement pour la sélection des dossiers (document 1).

## **La formation :**

Cette formation permet d'obtenir l'attestation d'Auxiliaire Ambulancier après contrôle des connaissances. Elle porte sur les gestes d'urgence et l'analyse de l'état clinique, l'hygiène, l'ergonomie, la sécurité et les règles et valeurs professionnelles. La formation aux Gestes et Soins d'Urgence de niveau 2 est assurée par le CESU du Centre Hospitalier du Mans.

A l'issue des épreuves de validation des compétences, le stagiaire reçoit son attestation d'Auxiliaire Ambulancier et l'AFGSU de niveau 2.

Nombres de place par session : 14

## **Dates :**

- Du 10 au 21 septembre 2018

## **Coût de la formation :**

**Frais d'inscription** : 45 € (frais non remboursés)

**Frais de formation** : 770 € pour l'année 2018

Les personnes souhaitant faire une **demande de prise en charge financière** par un organisme doivent le faire le plus rapidement possible et au **minimum un mois avant le début de la formation** pour tenir compte des délais nécessaires à l'étude de leur dossier.

En cas d'acceptation, il est impératif de **fournir une « attestation de prise en charge » des frais de formation** 15 jours avant le début de la formation.

Les personnes ne bénéficiant d'aucune prise en charge financière doivent impérativement **s'acquitter du montant des frais de formation** au plus tard 15 jours avant le début de la formation.

Notre institut est **titulaire de l'attestation de conformité Pôle Emploi** préalable au financement d'actions de formation (demande AIF).

# Règlement pour la sélection des dossiers

Au regard de l'arrêté du 26 janvier 2006 modifié relatif aux conditions de formation de l'auxiliaire ambulancier et au diplôme d'état d'ambulancier :

## Article 1 :

Une sélection sera réalisée pour l'entrée en formation à l'aide d'un test écrit d'une heure.  
Le permis de conduire doit être valide **à la date d'entrée en formation** (hors période probatoire).

## Article 2 :

Aucun frais de dossier ne sera remboursé.

## Article 3 :

La commission est composée de :

- **Laëtitia LANDELLE**, Directrice de l'IFA,
- **Audrey ROULON**, Assistante de l'IFA.

## Article 4 :

La **date d'ouverture** pour obtenir un dossier est fixée au **08/06/2018**.

La **date de clôture** de retour des dossiers est fixée au **12/07/2018** (cachet de la poste faisant foi).

L'**épreuve** de français et de mathématiques aura lieu le **17/07/2018** (sur convocation uniquement), le stage devra être fait.

La commission se réunira le **20/07/2018**, les résultats seront affichés à partir de 14h et un envoi courrier sera fait par la suite.

Tout dossier incomplet à la date de clôture de retour des dossiers ne sera pas pris en compte. La date de réception du **dossier complet faisant foi**.

Toute correspondance avec l'IFA sera faite en priorité par mail. Les convocations seront transmises par messagerie électronique.

## Article 5 :

**Le classement est réalisé dans l'ordre de priorité suivante :**

1. Auxiliaire Ambulancier en activité avec réception d'un dossier complet,
2. Candidats avec promesse d'embauche écrite et dossier complet,
3. Date de réception du dossier complet,
4. Candidat ayant échoué à l'épreuve de sélection du DEA sur avis de la commission.

## Article 6 :

Le test validera les compétences écrites en langue française à partir de questions sur l'expérience en stage ou au cours d'un emploi d'Auxiliaire.

Les compétences en mathématiques seront également testées (sans calculatrice).

Les critères d'évaluation sont : vocabulaire adapté, respect de l'orthographe, respect des règles de grammaire, cohérence entre la question et la réponse, réponse à toutes les questions.

Une note sur vingt sera attribuée, une **note supérieure ou égale à 10 sera nécessaire pour entrer en formation**.

## Article 7 :

Une liste principale sera réalisée pour chaque session ainsi qu'une liste complémentaire. En cas de désistement, la place sera attribuée :

1. Aux candidats envoyés par une entreprise,
2. Aux candidats de la liste complémentaire.

## Article 8 :

La formation sera annulée si le nombre de candidats est insuffisant, un report sera alors proposé.

# **Certificat médical de non contre-indications à la profession d'ambulancier ou d'auxiliaire ambulancier**

Je soussigné(e) Docteur . .....

Médecin agréé ARS, certifie avoir examiné ce jour :

Madame, Monsieur : .....

J'atteste que le candidat ne présente aucun problème locomoteur ou psychique, ni aucun handicap incompatible avec la profession d'ambulancier ou d'Auxiliaire ambulancier (handicap auditif, visuel, amputation d'un membre...).

Fait à ..... le.....

Cachet et signature du médecin agréé par l'ARS\*

\* Liste disponible sur le site <http://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr>  
(☞ Se soigner ☞ Médecins agréés ☞ Télécharger la liste recherchée)

# Certificat médical de vaccinations

(Les photocopies des carnets de vaccinations ne sont pas acceptées)

Je soussigné(e) Docteur .....  
certifie avoir examiné, ce jour, Mme, M. ....

J'atteste que le candidat a subi les vaccinations suivantes :

## Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite :

■ Date du dernier rappel : ..... Date du prochain rappel : .....

## Hépatite B :

- 1<sup>ère</sup> injection : .....
- 2<sup>ème</sup> injection : .....
- 3<sup>ème</sup> injection : .....
- Autres injections : .....

### **ATTESTATION MÉDICALE D'IMMUNISATION CONTRE L'HÉPATITE B**

Dosage des marqueurs sériques du virus de l'hépatite B (Ac antiHBs +/- Ac antiHBc et Ag HBs)

- Anticorps anti-HBs à une concentration supérieure à 100 UI/l
- Anticorps anti-HBs  $\geq$  10 UI/l, anticorps anti-HBc négatif et **vaccination complète\***
- Anticorps anti-HBs  $\geq$  10 UI/l, anticorps anti-HBc positif mais antigène HBs et PCR négatifs
- Anticorps anti-HBs inférieur à 10 UI/l, anticorps anti-HBc négatif et **vaccination complète** (6 injections au total) = patient non répondeur nécessitant une surveillance annuelle des marqueurs sériques du virus de l'hépatite B

\* **Vaccination complète** = au moins 2 injections à 1 mois d'intervalle suivies d'une autre injection à au moins 5 mois (ou 2 injections de vaccins adulte à au moins 6 mois d'intervalle entre 11 et 15 ans).

## Tuberculose :

- Date de la vaccination : .....

J'atteste que le candidat a subi une **intradermoréaction** : test **datant de moins de 3 mois** selon les critères définis à l'article 3 de l'arrêté du 13/07/04, modifié par décret du 17/07/07 maintenant l'obligation pour les professions de santé.

Date du test : ..... Résultat : .....

Fait à ..... le .....

**Cachet et signature du médecin**

# Attestation de validation du stage Auxiliaire Ambulancier (1 semaine minimum)

**CANDIDAT :**

Nom : ..... Prénoms : .....

Nom de jeune fille : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Localité : .....

Tél domicile : ..... Fax : .....

**DATES DU STAGE :**

Du ..... au .....

**ENTREPRISE :**

Raison Sociale : .....

SIRET : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Localité : .....

Tél : ..... Fax : .....

Nom du responsable de l'entreprise : .....

**APPRÉCIATION DE L'EMPLOYEUR :**

CRITÈRES	Insuffisant	Moyen	Bon	Très bon	OBSERVATIONS
La communication est efficace					
Assiduité, respect des horaires					
Le stagiaire est capable de s'intégrer au sein d'une entreprise					
Le stagiaire fait preuve de curiosité intellectuelle					
<b>APPRÉCIATION GÉNÉRALE</b>					

Stage validé :  Oui  Non

Date :

Cachet et signature du responsable de l'entreprise