



Institut de Formation des Ambulanciers du CHU de Rennes

Hôpital Pontchaillou 2 Rue Henri Le Guilloux 35033 RENNES CEDEX 9
Mail : accueil.orientation-PFPS@chu-rennes.fr / ifarennnes@chu-rennes.fr
Téléphone : 02-99-28-93-07

DOSSIER D'INSCRIPTION DIPLOME D'ETAT D'AMBULANCIER

CURSUS PARTIEL POUR LES PERSONNES TITULAIRES DU DIPLOME D'ETAT D'AIDE-SOIGNANT

A RETOURNER AVANT LE 05 JUIN 2020

*IFA Hôpital Pontchaillou, Accueil Orientation Admission,
2 rue Henri le Guilloux 35033 RENNES CEDEX 9*

IDENTITE

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

CP : Ville :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

E-mail :

SITUATION PROFESSIONNELLE

☐ Salarié, si oui dans quel établissement ?

☐ Demandeur d'emploi

☐ Autre.....

FINANCEMENT (coût de la formation 1325 €)

Avez-vous fait des démarches concernant une demande de financement de la formation ?

☐ oui

☐ non

Modalités de financement envisagées :

☐ Employeur, précisez le nom.....

☐ Pôle emploi, précisez votre numéro d'identifiant.....

☐ Personnel

☐ Autres, précisez.....

CADRE LEGISLATIF

Arrêté du 18 avril 2007 modifiant l'arrêté du 26 janvier 2006 relatif aux conditions de formation de l'auxiliaire ambulancier et au diplôme d'ambulancier.

Article 20-1 : les personnes titulaires du diplôme d'aide-soignant qui souhaitent obtenir le diplôme professionnel d'ambulancier sont dispensées des unités de formation 2, 4, 5 et 7 ainsi que des épreuves de sélection prévues à l'article 7 du présent arrêté. Elles doivent suivre les unités de formation **1, 3, 6 et 8** ainsi que, le cas échéant, **les stages correspondants** à ces derniers.

PRESENTATION DE LA FORMATION

La formation comporte 315 heures effectives sur 9 semaines de formation.

Module de formation	Enseignements théoriques	Stages cliniques	Evaluation
Module 1 : Les gestes d'urgence	3 semaines	2 semaines	Pratique
Module 3 : Hygiène et prévention	1 semaine		Théorique et pratique
Module 6 : Sécurité du transport sanitaire	1 semaine	1 semaine	Validation stage entreprise
Module 8 : Règles et valeurs professionnelles	1 semaine		Epreuve orale et écrite

Les exigences du cursus partiel :

- Se soumettre au règlement intérieur
- Etre présent à la totalité des modules concernés
- Etre présent à la totalité des stages qui devront être effectués et validés avant le jury final
- Avoir satisfait aux évaluations sommatives des modules concernés

La formation se déroulera en alternance sur 5 mois du **7 septembre 2020 au 22 janvier 2021** en parallèle de la session en cours.

Le candidat en cursus partiel devra accepter de s'adapter à la planification prévisionnelle qui est susceptible d'évoluer selon des impératifs logistiques et les nouvelles programmations.

Période prévisionnelle de présence en cours :

Module 8	Du 7 au 11 septembre 2020
Module 3	Du 14 au 18 septembre 2020
Module 1	Du 9 au 13 novembre 2020 Du 23 au 27 novembre 2020 Du 30 novembre au 04 décembre 2020
Module 6	Du 18 au 22 janvier 2021

Les dates exactes des périodes de cours seront communiquées à la confirmation de l'inscription.

Période prévisionnelle des stages pratiques :

Stage 1 : du 21 au 25 septembre 2020

Stage 2 : du 02 au 06 novembre 2020

Stage 3 : du 14 au 18 décembre 2020

Le jury final ayant lieu fin **janvier 2021**, l'exercice de l'activité d'ambulancier ne pourra être effectif qu'à partir de cette date.

COUT PEDAGOGIQUE DE LA FORMATION

1 325 €

Le candidat est chargé de trouver le plan de financement et de rémunération selon sa situation individuelle. Les démarches administratives sont à entreprendre auprès des différents organismes (employeur, Pôle emploi, Fongecif...) le plus rapidement possible pour la rentrée.

PIECES A JOINDRE AU DOSSIER

- ☐ Fiche d'inscription complétée
- ☐ Photocopie de la carte d'identité (recto verso)
- ☐ Photocopie **recto / verso du permis de conduire B** datant de plus de 3 ans (ou seulement 2 ans si vous avez fait la conduite accompagnée) conforme à la réglementation en vigueur et en état de validité
- ☐ Photocopie de **l'Attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulance** ou la photocopie du **formulaire cerfa n°14880*02** après examen médical effectué par un **médecin agréé** par la préfecture, dans les conditions définies à l'article R.221-10 du code de la route.
Liste des médecins agréés par la préfecture consultable sur le site de la préfecture de votre département : cliquer sur « démarches administratives », puis « permis de conduire-visite médicale ».
- ☐ **Un certificat médical de non contre-indication à la profession d'ambulancier délivré par un médecin agréé ARS** (absence de problèmes locomoteurs, psychiques, d'un handicap incompatible avec la profession) **Annexe 1**
Liste consultable sur le site de l'ARS Bretagne : cliquer sur « santé et prévention », « prendre soin de ma santé », « où me soigner en ville et à l'hôpital », « les médecins agréés ».
- ☐ **Un certificat médical de vaccinations** conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions **d'immunisation** des professionnels de santé en France **Annexe 2**
- ☐ Photocopie du Diplôme d'Etat d'Aide-Soignant
- ☐ Photocopie du diplôme AFGSU 2 (Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence Niveau 2)
- ☐ Accord de prise en charge financière par un organisme payeur le cas échéant



**Pôle de Formation des professionnels de santé
Institut de Formation des Ambulanciers**

**CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION
A LA PROFESSION AMBULANCIER**

Je soussigné(e), Docteur, [médecin agréé par l'ARS](#),
atteste que, ne présente pas de contre-
indication à la profession d'ambulancier (absence de problèmes locomoteurs, psychiques, d'un
handicap incompatible avec la profession : handicap visuel, auditif, amputation d'un membre....).

Date :

Cachet et signature du médecin agréé par l'ARS

Signature :

[Liste des médecins agréés](#) consultable sur le site de l'ARS Bretagne :
*cliquer sur « santé et prévention », « prendre soin de ma santé », « où me soigner en ville
et à l'hôpital », « les médecins agréés ».*



**POLE DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE
Institut de Formation des Ambulanciers**

ATTESTATION MEDICALE D'IMMUNISATION ET DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES

Je soussigné(e), Docteur

Atteste que : M. / Mme

Né(e) le à

Candidat à l'entrée en formation en IFA (Institut de Formation des Ambulanciers)

A été vacciné(e) :

- **Contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite :**

Dernier rappel effectué		
Nom du vaccin	date	N° de lot

- **Contre l'hépatite B**, selon les conditions définies au verso, il/elle est considéré(e) comme
(Rayer les mentions inutiles) :

- immunisé(e) contre l'hépatite B : oui non
- non répondeur(se) à la vaccination : oui non

-Titrage des Ac anti HBS :

Preuve vaccinale :

Vaccinations obligatoires		Spécialité vaccinale	Numéro de lot	Dose	Date
Hépatite B (schéma à 3 injections)	1 ^{ère} inj				
	2 ^{ème} inj				
	3 ^{ème} inj				

- **Contre la tuberculose - BCG :**

Le médecin généraliste évalue le risque et propose ou pas une vaccination BCG.

IDR à la tuberculine	date	Résultat (en mm)

Fait à

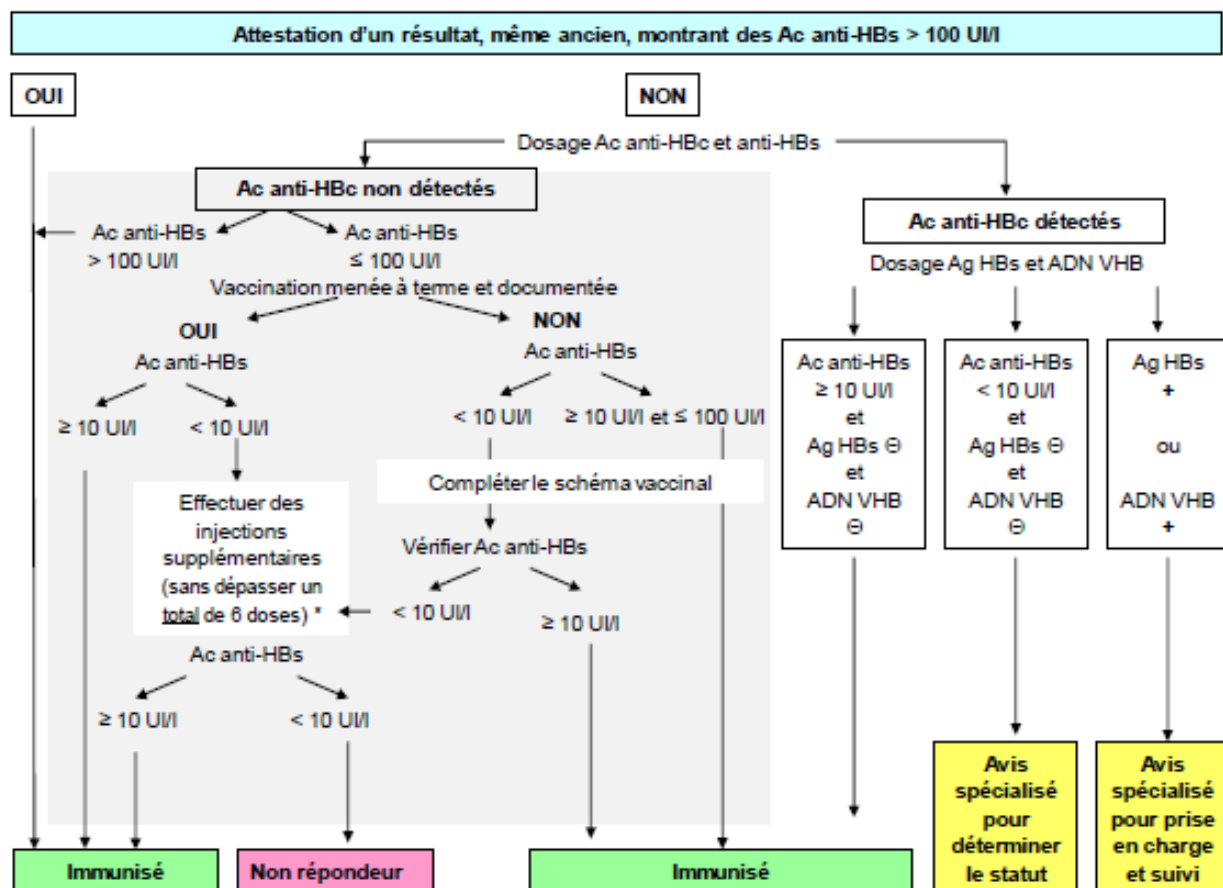
Signature

Le

et cachet du médecin

NB : Selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour ces professionnels de santé, il est par ailleurs recommandé d'être immunisé contre la coqueluche, la rougeole, la rubéole, la varicelle et la grippe saisonnière

Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 et dont les conditions sont fixées par l'arrêté du 2 août 2013



* Sauf cas particulier voir 4° de l'annexe 2 de l'arrêté

Légende : Ac : anticorps ; Ag : antigène ; VHB : virus de l'hépatite B

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 tuberculiniques
- 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
- Calendrier vaccinal en vigueur (cf. Site du ministère chargé de la santé : <http://www.sante.gouv.fr/vaccinations-vaccins-politique-vaccinale.html>)