



# 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](mailto:accueil.orientation-PFPS@chu-rennes.fr) / [ifarennnes@chu-rennes.fr](mailto:ifarennnes@chu-rennes.fr)  
Téléphone : 02-99-28-93-07

## DOSSIER D'INSCRIPTION DIPLOME D'ETAT D'AMBULANCIER

Session février – Juin 2021

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

**A RETOURNER AVANT LE 05 DECEMBRE 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 de naissance : ! \_ \_ ! \_ \_ ! \_ \_ ! lieu : ..... Dép. : ! \_ \_ !

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Tél. fixe : ! \_ \_ ! \_ \_ ! \_ \_ ! Tél. portable : ! \_ \_ ! \_ \_ ! \_ \_ !

E.mail : .....@.....

#### SITUATION PROFESSIONNELLE

**Salarié**, si oui dans quel établissement ? .....

Demandeur d'emploi

Autre .....

#### FINANCEMENT - coût de la formation 1325 € (tarif indicatif 2020)

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 .....

#### Engagement du candidat

Je soussigné(e) .....

- Atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document

- Atteste sur l'honneur avoir pris connaissance des dispositions vaccinales obligatoires pour l'entrée en formation

- M'engage à effectuer ces démarches vaccinales dès à présent.

Fait à : ..... le : .....

Signature du candidat :

## 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	<b>3 semaines</b>	<b>2 semaines</b>	Pratique
Module 3 : Hygiène et prévention	<b>1 semaine</b>		Théorique et pratique
Module 6 : Sécurité du transport sanitaire	<b>1 semaine</b>	<b>1 semaine</b>	Validation stage entreprise
Module 8 : Règles et valeurs professionnelles	<b>1 semaine</b>		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 **1er février au 18 juin 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 :

<b>Module 8</b>	Du 01 au 05 février 2021
<b>Module 3</b>	Du 08 au 12 février 2021
<b>Module 1</b>	Du 05 au 09 avril 2021 Du 19 au 23 avril 2021 Du 26 au 30 avril 2021
<b>Module 6</b>	Du 14 au 18 juin 2021

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

## **Période prévisionnelle des stages pratiques :**

Stage 1 : du 15 au 19 février 2021

Stage 2 : du 22 au 26 mars 2021

Stage 3 : du 24 au 28 mai 2021

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

## **COÛT PEDAGOGIQUE DE LA FORMATION**

### **1 325 € (tarif indicatif 2020)**

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, Transitions Pro...) 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** - **Datée de moins d'un an à la date d'entrée en formation**

*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**

Des personnes mentionnées à l'article L3111-4 du code de la santé publique

Je soussigné(e), Docteur .....

atteste que : M/Mme .....

né(e) le ..... à .....

Candidat à l'entrée en formation d' ambulancier (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
Rougeole recommandée		

- **Contre l'hépatite B**, selon les conditions définies page 2, il/elle est considéré(e) comme

(*raier les mentions inutiles*) :

- Immunisé(e) contre l'hépatite B                      OUI           NON
- Non répondeur(se) à la vaccination                OUI           NON
- Nécessite un avis spécialisé                        OUI           NON
- Taux des Ac anti HBS .....

**Preuve vaccinale :**

Vaccinations obligatoires	Spécialité vaccinale	Numéro de lot	Dose	Date
Hépatite B (schéma à 3 injections)	1 <sup>ère</sup> inj			
	2 <sup>ème</sup> inj			
	3 <sup>ème</sup> inj			

- **Contre la tuberculose - BCG :**

Nom du vaccin intradermique ou Monovax®	Date du vaccin ou mention « non vacciné »	N° lot

Un arrêté du 27 février 2019 a suspendu l'obligation de vaccination par le BCG

IDR à la tuberculine*	Date	Résultat en mm

\* L'IDR de référence est obligatoire : Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculitiques

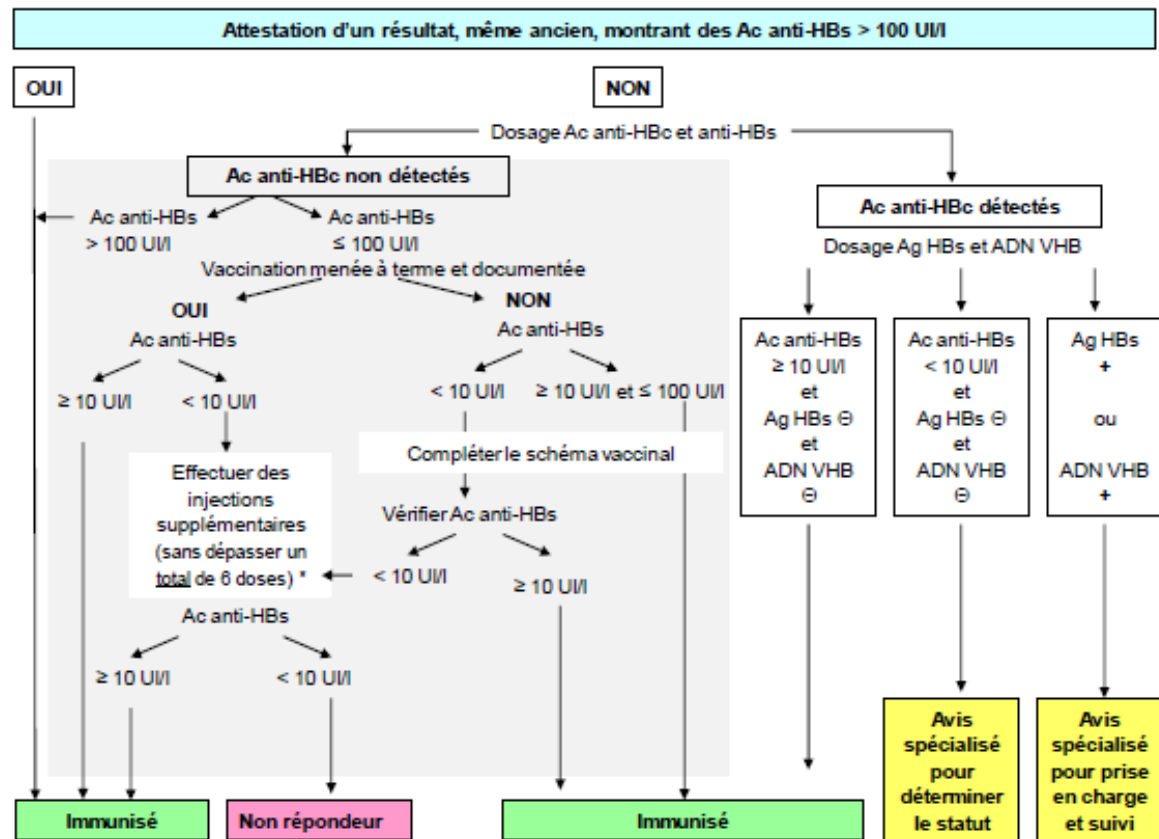
Fait à .....

Signature

Le .....

et cachet du médecin

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