



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 / ifarennes@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 31 MAI 2021

*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 :@.....

J'autorise le service organisateur à publier mon nom et prénom sur le site des instituts dans le cadre de la diffusion de la liste des candidats retenus.

SITUATION PROFESSIONNELLE

Salarié(e), si oui dans quel Etablissement :

Demandeur d'emploi

Autre

FINANCEMENT

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 :

Compte Personnel de Formation

Personnel

Autre(s) – 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

Fait à : le : Signature
du candidat :

- ❖ **Les informations ci-dessous sont susceptibles d'être modifiées avec l'arrivée d'un nouveau texte sur le référentiel de formation qui impactera peut-être la session de septembre 2021. (*)**

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 de septembre 2021 à janvier 2022 * 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	Non déterminée à ce jour
Module 3	Non déterminée à ce jour
Module 1	Non déterminée à ce jour
Module 6	Non déterminée à ce jour

Les dates exactes des périodes de cours seront communiquées ultérieurement.

Période prévisionnelle des stages pratiques :

Stage 1 : }
Stage 2 : } Non déterminée à ce jour
Stage 3 : }

Stage dans une entreprise de transport sanitaire : la période du stage sera définie ultérieurement.

Le jury final ayant lieu fin **janvier 2022 ***, l'exercice de l'activité d'ambulancier ne pourra être effectif qu'à partir de cette date.

COUT PEDAGOGIQUE DE LA FORMATION

1 325 € (tarif indicatif 2021) *

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

Liste des pièces demandées :

<input type="checkbox"/>	Fiche d'inscription dûment complétée, datée et signée
<input type="checkbox"/>	Photocopie recto/verso de la carte d'identité en cours de validité
<input type="checkbox"/>	Une lettre de demande de non publication des résultats sur le site pour les candidats qui le souhaitent
<input type="checkbox"/>	Une attestation de la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) pour les candidats qui demandent un aménagement spécifique d'examen
<input type="checkbox"/>	La photocopie de(s) titre(s) ou diplôme(s) si obtenu(s)
<input type="checkbox"/>	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) à la date d'entrée en formation conforme à la réglementation en vigueur et en état de validité
<input type="checkbox"/>	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. <i>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 ».</i>
<input type="checkbox"/>	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 <i>Liste des médecins agréés ARS 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 ».</i>
<input type="checkbox"/>	Un certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d' immunisation des professionnels de santé en France Annexe 2
<input type="checkbox"/>	Photocopie du diplôme AFGSU 2 (Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence Niveau 2)
<input type="checkbox"/>	Photocopie du Diplôme d'Etat d'Aide-Soignant
<input type="checkbox"/>	Accord de prise en charge financière par un organisme payeur le cas échéant

<input type="checkbox"/>	<u>CV complet et détaillé du parcours</u>
<input type="checkbox"/>	<p><u>Une lettre de motivation</u> Annexe 3 :</p> <ul style="list-style-type: none">- Document nominatif- Forme : 2-3 pages maximum manuscrites ou dactylographiées paginée Si dactylographiées : format A4, police en Times New Romans taille 11, recto verso, interligne 1,5 <p><u>Cette lettre devra comporter :</u></p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Les raisons pour lesquelles vous souhaitez suivre la formation d'ambulancier(e)<input type="checkbox"/> La représentation et la conception que vous avez de ce métier<input type="checkbox"/> vos attentes de la formation d'ambulancier(e)<input type="checkbox"/> la présentation argumentée de vos qualités personnelles et professionnelles qui vous semblent nécessaires pour suivre la formation et être ambulancier(e)<input type="checkbox"/> la manière dont vous souhaitez réinvestir les connaissances et expériences acquises à l'école une fois diplômé(e)



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

(Rayer 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 ^{ère} inj			
	2 ^{ème} inj			
	3 ^{ème} 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 tuberculiques

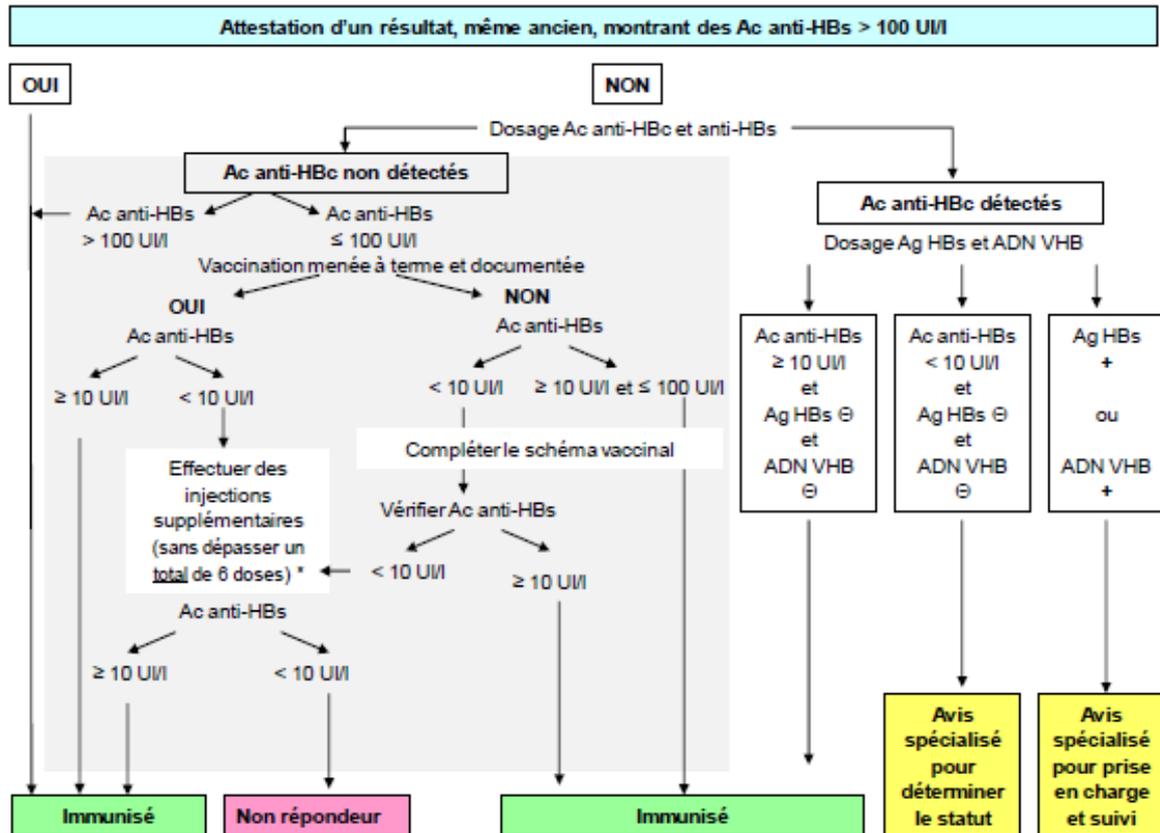
Fait à

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 tuberculitiques
- 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>)



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

**DOSSIER A LA SÉLECTION POUR L'ADMISSION À
L'INSTITUT DE FORMATION DES AMBULANCIERS
du CHU de Rennes**

Cursus partiel de formation

Lettre de motivation

A RENVOYER AVANT LE 31 MAI 2021

NOM : PRENOM :

NOM MARITAL :

Date de naissance :

En 2/3 pages maximum manuscrites ou dactylographiées paginées.

Merci de relater le projet qui motive votre perspective d'intégrer la formation et la profession d'ambulancier(e). (cf consignes dossier d'inscription)

