| Photo | **INSTITUT DE FORMATION DES AMBULANCIERS**<br>1 Boulevard Winston Churchill / 63003 CLERMONT-FD<br>Tél : **04.73.752.470** ♦ Mail : **ifa@chu-clermontferrand.fr** | Réservé à l'Institut<br>□ **BAC**<br>□ **AA**<br>□ **C. Partiel**<br>□ **TARS** .....<br>□ **AFGSU 2** .....<br>□ **C° d'entrée en F°**<br>□ **PEC**..... |
|---|---|---|

# DOSSIER D'INSCRIPTION CONCOURS AMBULANCIER
## Sélection Printemps 2027
## Date de formation du 10 mai 2027 au 22 novembre 2027

SEULS LES DOSSIERS RECUS **DANS LES DELAIS PRESCRITS** SERONT TRAITES
TOUT DOSSIER RENVOYE **INCOMPLET ET /OU HORS DELAI** NE SERA PAS PRIS EN COMPTE

## 1. ÉTAT CIVIL

□ Madame □ Monsieur

NOM de naissance …..……..…….. (en majuscule)
Prénoms :……..……...
Adresse complète (en majuscule)
……..….
……..….
…….....…..
Téléphone fixe …….....…
Adresse mail (obligatoire)

Nom d'usage ……..…….…….....
Né(e) le ……..…….....
Lieu de naissance … ……..…….....
N° Sécurité Sociale
Département de naissance ……..…….....
Pays de naissance ……..…….
Nationalité ……..……

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | @ | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Attention aux coordonnées que vous indiquez, nous privilégions la **correspondance par mail.**
Les candidats n'ayant pas pu être contactés dans les délais seront considérés comme démissionnaires.

## 2 . DIPLOMES

ATTENTION : TOUT CANDIDAT AYANT UN DIPLOME LUI DONNANT DROIT A LA FORMATION EN CURSUS PARTIEL NE PEUT PAS PRETENDRE A UNE FORMATION EN CURSUS COMPLET

**Diplômes Niveau 4 :** *Dispensant des épreuves d'admissibilités.*

Baccalauréat : □ ASSP □ SAPAT □ Transport □ autres — Année d'obtention : ……..……...
□ DEAS (Depuis 2021) □ DEAP (Depuis 2021) — Année d'obtention :……..…….
□ ARM (Depuis 2019) — Année d'obtention :……..…
□ Autre diplôme de niveau 4 (à préciser)……...……..…...

**Diplômes Niveau 3 :**

□ DEAS (avant 2021) □ DEAP (avant 2021) — Année d'obtention :……..
□ ARM (avant 2019) — Année d'obtention :……....
□ DEAES — Année d'obtention :……..…
Titre Professionnel : □ ADVF □ ASMS □ Conducteur Livreur VL — Année d'obtention ……..……
□ D.E. Infirmier — Année d'obtention :……..…....

**Autres Diplômes** le plus élevé obtenu : — Année d'obtention :……..….
□ **Attestation Auxiliaire Ambulancier** ou **RS 6415** — Année d'obtention :……..……..

## 3. PERMIS DE CONDUIRE

**Permis de conduire B** obtenu le : …….....…
Fin de la période probatoire le : ……..

*RQ : Vous ne devez plus être en possession d'un permis probatoire à la date d'entrée en formation.*
*Pour les candidats titulaires du permis de conduire boîte automatique : Nous vous invitons à effectuer la formation de 7 heures vous permettant de conduire des véhicules sur boite manuelle. En effet la conduite de ces véhicules sera évaluée dans le bloc 3.*

## 4. EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE : Transport Sanitaire

**Etes-vous auxiliaire ou conducteur ambulancier ?**

Depuis au moins 1 mois (1) ? ☐ Oui ☐ Non
Depuis plus de 12 mois (1) ? ☐ Oui ☐ Non

*(1) Joindre l'annexe VI page 10 du présent dossier, un bulletin de salaire, votre attestation d'auxiliaire ambulancier*

## 5. EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE : Autres Domaines

| EXPERIENCE PROFESSIONNELLE | |
|---|---|
| Dates | Employeurs |
| | |
| | |
| | |

## 6 . MODE DE FINANCEMENT ENVISAGE

☐ Personnel sans CPF ☐ Personnel avec CPF
☐ Transition PRO
☐ Employeur (nom et adresse)……
…….

Pour les demandeurs d'emploi :
☐ Région N° identifiant France Travail *(7 chiffres + 1 lettre)* ☐☐☐☐☐☐☐☐ + code Région*(3chiffres)* ☐☐☐
*Exemple pour la région Auvergne 044*

Autorisation de publication des résultats sur internet : ☐ OUI ☐ NON

En situation de handicap, souhaitez-vous bénéficier d'une reconnaissance spécifique ?:
☐ OUI ....Veuillez nous fournir un document attestant de cette reconnaissance.
☐ NON

Je soussigné(e), atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus

Fait à : ……., le ……..
Signature

LETTRE **MANUSCRITE DES MOTIVATIONS**

Motivez ce qui vous pousse à vouloir exercer le métier d'ambulancier (Capacité, qualités qui vous permettent de vous projeter dans ce métier)

..................................................................................................................
..................................................................................................................
..................................................................................................................
..................................................................................................................
..................................................................................................................
..................................................................................................................
..................................................................................................................
..................................................................................................................
..................................................................................................................
..................................................................................................................
..................................................................................................................
..................................................................................................................
..................................................................................................................
..................................................................................................................
..................................................................................................................
..................................................................................................................
..................................................................................................................
..................................................................................................................
..................................................................................................................
..................................................................................................................
..................................................................................................................
..................................................................................................................
..................................................................................................................
..................................................................................................................
..................................................................................................................
..................................................................................................................
..................................................................................................................
..................................................................................................................
..................................................................................................................
..................................................................................................................
..................................................................................................................
..................................................................................................................
..................................................................................................................
..................................................................................................................
..................................................................................................................
..................................................................................................................

Fait à : ……………………….,  le …………….
Signature

**UN DOCUMENT MANUSCRIT OBLIGATOIRE POUR TOUS LES CANDIDATS**

Relatant, au choix du candidat, soit une situation personnelle ou professionnelle vécue, soit son projet professionnel en lien avec les attendus de la formation

# CERTIFICAT MEDICAL DE VACCINATIONS

Pour répondre à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France

Je soussigné (e), Docteur …….. certifie que :
Mme / Mr :…….. né(e) le : ……

**A été vacciné DTCP**

Selon recommandations du calendrier vaccinal 2020, établi par Santé publique France
Date : ……. Nom du Dernier rappel : …….

**A été vacciné hépatite B**

Minimum de 3 doses obligatoires, cf arrêté du 02/08/2013.

| Dose | Date | Nom vaccin | Dose | Date | Nom vaccin |
|---|---|---|---|---|---|
| 1ère | | | 4ème | | |
| 2ème | | | 5ème | | |
| 3ème | | | 6ème | | |

**Preuve d'immunité à l'hépatite B**

Dosage obligatoire des anticorps anti-HBs, comme stipulé par l'arrêté du 02/08/2013.
Le départ en stage est conditionné par l'acquisition d'immunité à l'hépatite B.
Date: …… Anticorps anti-HBs: ……UI/L

- **Vaccination ROR** 2 doses de vaccin trivalent ROR sont fortement recommandées
- **Vaccination COVID** complète fortement recommandée

Daté de moins de trois mois à la date de réception du dossier d'inscription
Rq : pensez à bien vous présenter chez le médecin avec votre carnet de santé

Fait à : ……, le …..……..
Cachet et signature du médecin

Tableau I - Algorithme de contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des personnes mentionnées à l'article L.311-4 du CSP et dont les conditions sont fixées par l'arrêté du 02/08/2013.

| ATTESTATION MEDICALE | | DOSAGES COMPLEMENTAIRES A FAIRE | | IMMUNISATION | CAT |
|---|---|---|---|---|---|
| Anticorps antiHBs | Vaccination | Anticorps antiHBc | Antigène HBs | | |
| > 100 | Vaccination complète ou pas de preuve de vaccination ou antécédent de vaccination incomplète | Inutile | Inutile | Immunisé | RAS |
| Entre 10 et 100 | Vaccination complète | Négatif | Inutile | Immunisé | RAS |
| Entre 10 et 100 | Pas de preuve de vaccination Ou antécédent de vaccination incomplète | Négatif | Inutile | Non immunisé | Vaccinations à réaliser ou à compléter sans prévoir de redosage des antiHBs |
| Entre 10 et 100 | Vaccination complète Ou pas de preuve de vaccination Ou antécédent de vaccination incomplète | Positif | Négatif | Immunisé | RAS |
| Entre 10 et 100 | Vaccination complète Ou pas de preuve de vaccination Ou antécédent de vaccination incomplète | Positif | Positif | Infecté | Pas de vaccination Avis spécialisé |
| < 10 | Vaccination complète | Négatif | Inutile | Non immunisé | Un rappel à faire et dosage des antiHBs 6 semaines après chaque injection Supplémentaire (jusqu'à immunisation, maxi 6 injections) |
| < 10 | Pas de preuve de vaccination Ou vaccination incomplète | Négatif | Inutile | Non immunisé | Vaccination à réaliser ou à compléter et dosage antiHBs 6 semaines après chaque Injection supplémentaire (jusqu'à immunisation, maxi 6 injections) |

# CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATIONS A LA PROFESSION D'AMBULANCIER

Je soussigné(e), docteur ……, médecin **OBLIGATOIREMENT** agréé(e) par **l'Agence Régional de la Santé** (A.R.S.), certifie avoir examiné ce jour :

□ Madame □ Monsieur

NOM ……. Prénom : ……
Né(e) le : ……

J'atteste que le (la) candidat(e) ne présente aucun problème locomoteur, psychique, aucun handicap incompatible avec la profession d'ambulancier(e) : sensoriel (visuel, auditif,…), locomoteur…..

Fait à : ……., le ……
Cachet et signature du médecin agréé ARS**

Daté de moins de trois mois à la date de réception du dossier d'inscription
Rq : pensez à bien vous présenter chez le médecin avec votre carnet de santé

** Liste des médecins agréés par l'Agence Régional de la Santé (ARS) à consulter sur internet, dans moteur de recherche, tapez : MEDECINS AGREES ARS + DEPARTEMENT ou REGION
**(Attention : liste médecins ARS différente de la liste des médecins agréés par la Préfecture).**
Les médecins agréés par la Préfecture peuvent ne pas avoir l'agrément ARS.

# ANNEXE IV

***Document à apporter le jour de l'entretien oral.***

ATTESTATION DE SUIVI DE STAGE D'OBSERVATION

**Candidat :**

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

Prénom : ……

Adresse : …….....

Code postal : ……. Ville : ……....

Tél : …….. Mail : ……

**Date du stage :** du ……... Au ……..…..

**Entreprise :**

Raison Sociale : ……. N° Siret : ……..……

Adresse :……

Code postal : …… Ville :……....

Tél : …….

Nom du responsable du suivi de stage d'orientation professionnelle : ……

Fonctions dans l'entreprise : …….

**Evaluation du candidat**

| Critères | Non évalué | 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 | | | | | | |
| Capacité relationnelle et intégration dans l'équipe | | | | | | |
| Curiosité professionnelle | | | | | | |

Bilan……
……
……
……
……
……
……..

Stage validé : □ Oui □ Non

Fait à : ……., le : ……

Cachet et signature du responsable

# ANNEXE VI

## *Document à apporter le jour de l'entretien oral.*

ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR POUR LES PERSONNES AYANT EXERCE AU MOINS 1 MOIS EN QUALITE D'AUXILIAIRE AMBULANCIER OU CONDUCTEUR 'AMBULANCE

**Candidat :**

Nom : ……..……...……. Nom de jeune fille : ……
Prénom : ……
Adresse : …….....
Code postal : ……. Ville : ……....
Tél : …….. Mail : ……

**Date :** du ……... Au ……..…..

**Entreprise :**

Raison Sociale : ……. N° Siret : ..…….
Adresse : ……
Code postal : …… Ville : ……....
Tél : …….
Nom du responsable du suivi de stage d'orientation professionnelle : ……
Fonctions dans l'entreprise : …….

**Appréciation de l'employeur**

| Critères | Non évalué | 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 | | | | | | |
| Capacité relationnelle et intégration dans l'équipe | | | | | | |
| Curiosité professionnelle | | | | | | |

Bilan……
……
……
……
……
……
……..

Fait à : ……..,
Le : ……..

Cachet et signature du responsable

**INSTITUT DE FORMATION DES AMBULANCIERS**
1Boulevard Winston Churchill
63003 CLERMONT-FERRAND CEDEX 1
Tél : **04.73.752.470** ♦ Mail : **ifa@chu-clermontferrand.fr**

# Concours Ambulancier donnant accès à la Formation préparatoire au Diplôme d'Etat d'Ambulancier à l'IFA de Clermont-Ferrand

- **DOSSIERS D'INSCRIPTION DISPONIBLES :**
  Du 9 novembre 2026 au 19 février 2027

- **CLÔTURE DES INSCRIPTIONS :**
  Le 19 février 2027

- **ENVOI DES DOSSIERS A l'INSTITUT :**
  Dossier **complet** (cachet de la poste faisant foi)

- **RESULTATS D'ADMISSIBILITE :**
  Résultats le 10 mars 2027

- **ENVOI DES CONVOCATIONS D'ADMISSION:**
  Par mail 15 jours avant la date des épreuves

Attention aux coordonnées que vous indiquez, nous privilégions : **correspondance par mail.** Les candidats n'ayant pas pu être contactés dans les délais seront considérés comme démissionnaires

- **EPREUVE ORALE D'ADMISSION :**
  Les 31 mars 2027 et 1er avril 2027

***Un stage d'orientation et de découverte professionnelle de 70 heures doit être réalisé dans une entreprise de transport sanitaire avant l'entretien oral.***

La fiche de validation de stage devra être présentée le jour de cet entretien

- **RESULTATS D'ADMISSION :**
  Le 2 avril 2027

Document élaboré en référence à l'arrêté du 11 avril 2022 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat ambulancier modifiant l'arrêté du 26 janvier 2006

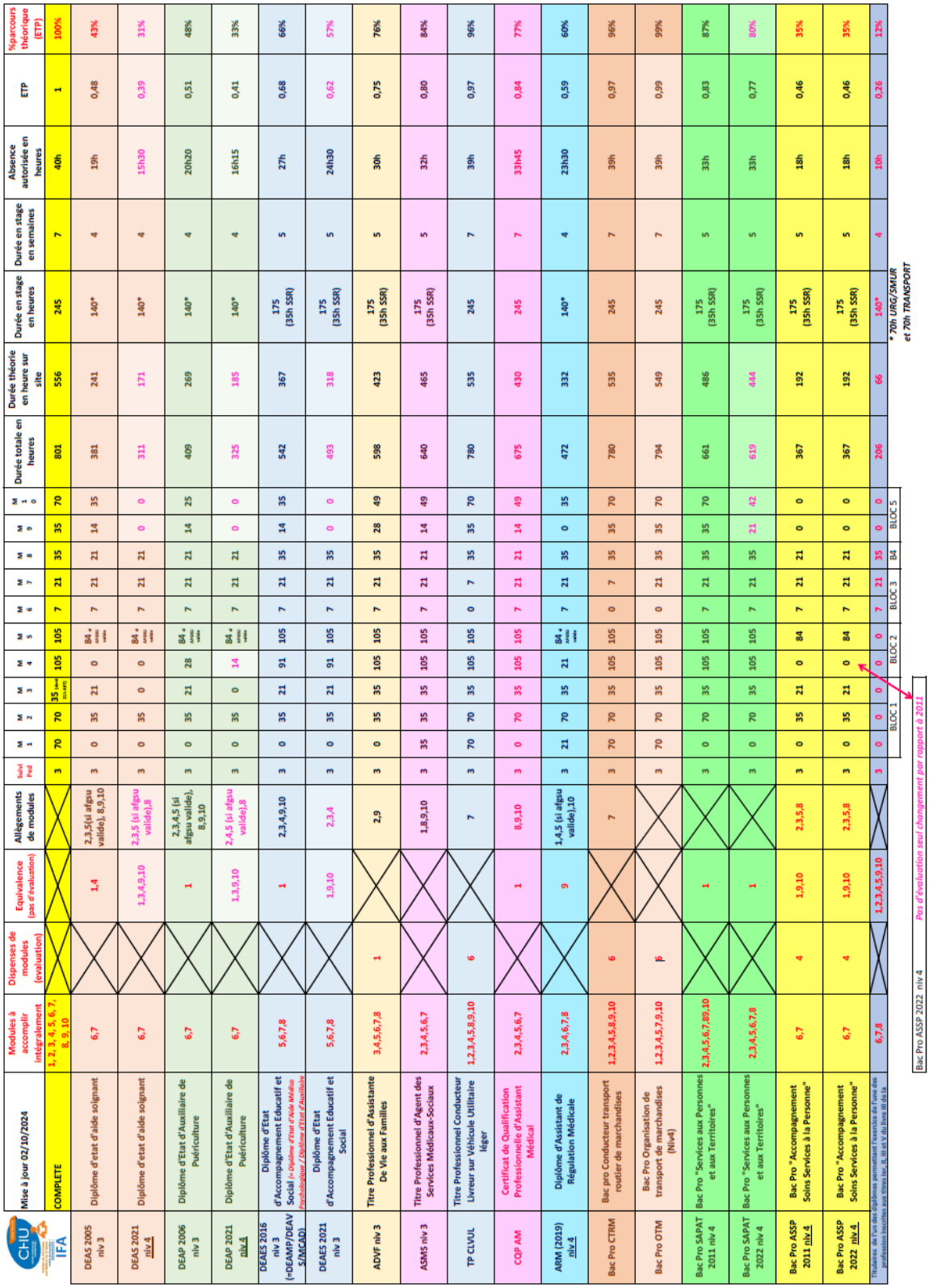
# INFORMATIONS

## La formation :

En cursus complet : la formation dure 23 semaines à temps plein (16 semaines d'enseignement théorique en Institut et 7 semaines de stages cliniques), hors vacances et jours fériés, pour une durée totale de 801 heures.

En cursus partiel : la durée de formation varie en fonction de votre formation initiale (voir doc ci-dessous)

L'enseignement pour l'obtention de l'AFGSU 2 fait partie intégrante de la formation (il n'est pas nécessaire de l'avoir obligatoirement avant l'entrée en formation).



| Mise à jour 02/10/2024 | Modules à accomplir intégralement | Dispenses de modules (évaluation) | Equivalence (pas d'évaluation) | Allègements de modules | Suivi Pad | M 1 | M 2 | M 3 | M 4 | M 5 | M 6 | M 7 | M 8 | M 9 | M 10 | Durée totale en heures | Durée théorie en heure sur site | Durée en stage en heures | Durée en stage en semaines | Absence autorisée en heures | ETP | %parcours théorique (ETP) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COMPLETE | 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 | | | | 3 | 70 | 70 | 35 (sauf aides-soignants) | 105 | 105 | 7 | 21 | 35 | 35 | 70 | 801 | 556 | 245 | 7 | 40h | 1 | 100% |
| Diplôme d'état d'aide soignant | 6,7 | | 1,4 | 2,3,5(si afgsu valide), 8,9,10 | 3 | 0 | 35 | 21 | 0 | 84 + stage | 7 | 21 | 21 | 14 | 35 | 381 | 241 | 140* | 4 | 19h | 0,48 | 43% |
| Diplôme d'état d'aide soignant | 6,7 | | 1,3,4,9,10 | 2,3,5 (si afgsu valide),8 | 3 | 0 | 35 | 0 | 0 | 84 + stage | 7 | 21 | 21 | 0 | 0 | 311 | 171 | 140* | 4 | 15h30 | 0,39 | 31% |
| Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Puériculture | 6,7 | | 1 | 2,3,4,5 (si afgsu valide), 8,9,10 | 3 | 0 | 35 | 21 | 28 | 84 + stage | 7 | 21 | 21 | 14 | 25 | 409 | 269 | 140* | 4 | 20h20 | 0,51 | 48% |
| Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Puériculture | 6,7 | | 1,3,9,10 | 2,4,5 (si afgsu valide),8 | 3 | 0 | 35 | 0 | 14 | 84 + stage | 7 | 21 | 21 | 0 | 0 | 325 | 185 | 140* | 4 | 16h15 | 0,41 | 33% |
| Diplôme d'Etat d'Accompagnement Educatif et Social (=DEAMP/DEAVS/MCAD) | 5,6,7,8 | | 1 | 2,3,4,9,10 | 3 | 0 | 35 | 21 | 91 | 105 | 7 | 21 | 35 | 14 | 35 | 542 | 367 | 175 (35h SSR) | 5 | 27h | 0,68 | 66% |
| Diplôme d'Etat d'Accompagnement Educatif et Social | 5,6,7,8 | | 1,9,10 | 2,3,4 | 3 | 0 | 35 | 21 | 91 | 105 | 7 | 21 | 35 | 0 | 0 | 493 | 318 | 175 (35h SSR) | 5 | 24h30 | 0,62 | 57% |
| Titre Professionnel d'Assistante De Vie aux Familles | 3,4,5,6,7,8 | 1 | | 2,9 | 3 | 0 | 35 | 35 | 105 | 105 | 7 | 21 | 35 | 28 | 49 | 598 | 423 | 175 (35h SSR) | 5 | 30h | 0,75 | 76% |
| Titre Professionnel d'Agent des Services Médicaux-Sociaux | 2,3,4,5,6,7 | | | 1,8,9,10 | 3 | 35 | 35 | 35 | 105 | 105 | 7 | 21 | 21 | 14 | 49 | 640 | 465 | 175 (35h SSR) | 5 | 32h | 0,80 | 84% |
| Titre Professionnel Conducteur Livreur sur Véhicule Utilitaire léger | 1,2,3,4,5,8,9,10 | 6 | | 7 | 3 | 70 | 70 | 35 | 105 | 105 | 0 | 7 | 35 | 35 | 70 | 780 | 535 | 245 | 7 | 39h | 0,97 | 96% |
| Certificat de Qualification Professionnelle d'Assistant Médical | 2,3,4,5,6,7 | | 1 | 8,9,10 | 3 | 0 | 70 | 35 | 105 | 105 | 7 | 21 | 21 | 14 | 49 | 675 | 430 | 245 | 7 | 33h45 | 0,84 | 77% |
| Diplôme d'Assistant de Régulation Médicale | 2,3,4,6,7,8 | | 9 | 1,4,5 (si afgsu valide),10 | 3 | 21 | 70 | 35 | 21 | 84 + stage | 7 | 21 | 35 | 0 | 35 | 472 | 332 | 140* | 4 | 23h30 | 0,59 | 60% |
| Bac pro Conducteur transport routier de marchandises | 1,2,3,4,5,8,9,10 | 6 | | 7 | 3 | 70 | 70 | 35 | 105 | 105 | 0 | 7 | 35 | 35 | 70 | 780 | 535 | 245 | 7 | 39h | 0,97 | 96% |
| Bac Pro Organisation de transport de marchandises (Nivl) | 1,2,3,4,5,7,9,10 | 5 | | | 3 | 70 | 70 | 35 | 105 | 105 | 0 | 21 | 35 | 35 | 70 | 794 | 549 | 245 | 7 | 39h | 0,99 | 99% |
| Bac Pro "Services aux Personnes et aux Territoires" | 2,3,4,5,6,7,8,9,10 | | 1 | | 3 | 0 | 70 | 35 | 105 | 105 | 7 | 21 | 35 | 35 | 70 | 661 | 486 | 175 (35h SSR) | 5 | 33h | 0,83 | 87% |
| Bac Pro "Services aux Personnes et aux Territoires" | 2,3,4,5,6,7,8 | | 1 | | 3 | 0 | 70 | 35 | 105 | 105 | 7 | 21 | 35 | 21 | 42 | 619 | 444 | 175 (35h SSR) | 5 | 33h | 0,77 | 80% |
| Bac Pro "Accompagnement Soins Services à la Personne" | 6,7 | 4 | 1,9,10 | 2,3,5,8 | 3 | 0 | 35 | 21 | 0 | 84 | 7 | 21 | 21 | 0 | 0 | 367 | 192 | 175 (35h SSR) | 5 | 18h | 0,46 | 35% |
| Bac Pro "Accompagnement Soins Services à la Personne" | 6,7 | 4 | 1,9,10 | 2,3,5,8 | 3 | 0 | 35 | 21 | 0 | 84 | 7 | 21 | 21 | 0 | 0 | 367 | 192 | 175 (35h SSR) | 5 | 18h | 0,46 | 35% |
| Tableau de l'un des diplômes permettant l'exercice de l'une des professions inscrites aux titres Ier, II, III et V du livre III de la | 6,7,8 | | 1,2,3,4,5,9,10 | | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 | 21 | 35 | 0 | 0 | 206 | 66 | 140* | 4 | 10h | 0,26 | 12% |

BLOC 1 | BLOC 2 | BLOC 3 | B4 | BLOC 5

Bac Pro ASSP 2022 niv 4 — Pas d'évaluation seul changement par rapport à 2011

* 70h URG/SMUR et 70h TRANSPORT

## La sélection :

Le processus de sélection comprend une admissibilité sur dossier et un entretien d'admission d'une durée de 20 minutes. Il comprend une présentation orale de 5 minutes du candidat en lien avec le stage d'observation ou son parcours professionnel (s'il est dispensé de stage), suivi d'un entretien de 15 minutes avec le jury.

Pour se présenter à l'entretien d'admission :

- le candidat n'ayant jamais exercé la fonction d'auxiliaire ambulancier doit réaliser un stage d'orientation dans une entreprise de transport sanitaire, pendant une durée de 70 heures. Ce stage est réalisé en continu et sur un seul lieu. A l'issu du stage le responsable de l'entreprise remet obligatoirement au candidat une attestation de suivi de stage (voir annexe IV page 6).
- le candidat ayant déjà exercé au moins un mois, en continu ou discontinu, comme auxiliaire ambulancier, dans les trois dernières années est dispensé de stage d'observation et le responsable de l'entreprise remet obligatoirement au candidat une attestation de suivi de stage (voir annexe VI page 7).
- le candidat issu de la brigade des sapeurs-pompiers de Paris ou marins-pompiers de Marseille justifiant d'une expérience professionnelle de trois années, est dispensé du stage d'observation.

**Un stage réalisé dans une entreprise non agrée ARS** ne permet pas de participer à l'épreuve orale d'admission.

**Le formulaire réglementaire de validation de stage d'orientation et de découverte** (Annexe IV ou VI) est à présenter le jour de l'oral, avant la présentation à l'épreuve.
ATTENTION : L'absence de document n'autorise pas la participation à l'entretien oral.

**Tout autre document de validation de stage ne sera pas accepté**

## Le financement de la formation :

Le coût de la formation est de :
**5 900€*** dans le cas d'une prise en charge de la formation par un organisme financeur,
**3 877€*** dans le cas d'un financement personnel de la part de l'élève.
**** Revalorisation chaque année***

Les frais annexes sont à la charge du stagiaire (achat de l'enveloppe et des timbres pour l'envoi du diplôme, hébergement, repas, transport, frais de reprographie des supports de cours numériques…).

Les stagiaires pendant la formation ne perçoivent pas de rémunération.

La formation préparatoire au Diplôme d'Etat d'Ambulancier est reconnue par les organismes de prise en charge et peut donner lieu à l'établissement d'une convention de formation.

**Pour les demandeurs d'emploi** : Prise en charge du coût pédagogique par la Région, vous n'avez pas de dossier à constituer il sera demandé une attestation d'inscription à France Travail le jour de la rentrée. Vous avez la possibilité de demander une bourse consulter le site « www.**aidesfss.auvergnerhonealpes.fr** »)

**Pour les salariés :** La demande de financement doit être faite auprès de votre employeur (OPCOMobilités, ANFH, TRANSITION PRO, UNIFAF, AGEFOS…).

**Pour les militaires en reconversion professionnelle** : Ministère de la défense.

**Remarque :** En cas de non prise en charge de la formation par un organisme financier, une convention de formation sera signée, le jour d'entrée en formation, entre l'IFA et le STAGIAIRE l'engageant à son financement personnel.

# Justificatives à fournir au dossier d'admissibilité

| N° | DOCUMENTS | INFORMATION | ok |
|---|---|---|---|
| 1 | Fiche de renseignement | - Pages 1 et 2 + dater et signer le bas de la 2ème page | - |
| 2 | Lettre de motivation manuscrite | - Document motivant votre demande d'inscription en page 4 du dossier d'inscription | - |
| 3 | Un document manuscrit OBLIGATOIRE pour tous les candidats | - Relatant, au choix du candidat, soit une situation personnelle ou professionnelle vécue, soit son projet professionnel en lien avec les attendus de la formation | - |
| 4 | Un Curriculum Vitae | - Daté et signé. | - |
| 5 | Copie des diplômes | - Photocopies des originaux des diplômes en noir et blanc ou titres traduits en français.<br>- Le cas échéant l'attestation d'auxiliaire ambulancier ou RS6415<br>- Le cas échéant l'AFGSU 2 (Obligatoire Pour les personnes possédant déjà l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgences 2 joindre une photocopie lisible.) | - |
| 6 | Selon la situation du candidat | - Si le candidat demande une prise en charge spécifique liée à un handicap, veuillez fournir la pièce attestant de celui-ci<br>- Pour les demandeurs d'emploi : joindre une copie de votre notification d'inscription à France Travail | - |
| 7 | Pour les ressortissants hors Union Européen | - Une attestation du niveau de langue française requis B2 ou tout autre document permettant d'apprécier la maîtrise de la langue française. | - |
| 8 | Attestation de carte vitale | - Photocopie lisible de votre attestation de carte vitale « justifiée conforme » par le candidat qui apposera lui-même cette mention | - |
| 9 | Attestation Préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulance<br>Ou<br>la copie du CERFA Bleu.<br><br>*Toute erreur dans le choix du médecin agréé bloquera l'enregistrement du dossier.* | - Copie de votre TARS si vous le posséder déjà.<br>- Pour obtenir le TARS, prenez rendez-vous, pour la visite médicale (payante et non remboursée) auprès d'un MEDECIN AGREE PREFECTURE *(liste sur Internet ou téléphoner à la Préfecture ou Sous-Préfecture)*, ce dernier établira la demande de votre attestation avec un document CERFA Bleu.<br>Adresser l'original à votre Préfecture pour obtenir votre Certificat d'aptitude médicale à la conduite des ambulances<br>Faire une copie du document CERFA et la joindre à votre dossier d'inscription. | - |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 10 | Certificat médical de non contre-indication à la profession d'ambulancier<br>Prendre rendez-vous avec un médecin agréé ARS.<br><br>*Toute erreur dans le choix du médecin agréé bloquera l'enregistrement du dossier* | - Sur l'imprimé joint au dossier en page 5 du dossier d'inscription<br>- Document établi par un Médecin Agréé Agence Régionale de Santé (ARS) (Liste des médecins agréés ARS disponible sur Internet, dans le moteur de recherche taper : MEDECINS AGREES ARS + RÉGION ou DEPARTEMENT),<br>- *Attention : médecin ARS différent de la liste des médecins agréés par la Préfecture. Toute erreur dans le choix du médecin agréé bloquera l'enregistrement du dossier.* | - |
| 11 | Certificat médical de vaccination, conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France | - Sur le formulaire joint au dossier en page 4 du dossier d'inscription.<br>- Rempli par le médecin traitant ou le médecin agréé ARS, attestant que le candidat est à jour des vaccinations. Une contre-indication à l'une des vaccinations annule le dossier,<br>- ***Si une information manque sur ce document le dossier sera retourné au candidat*** | - |
| 12 | Photocopie *LISIBLE* du permis de conduire *RECTO-VERSO* | - Photocopie lisible **RECTO-VERSO** « justifiée conforme » par le candidat qui apposera lui-même cette mention,<br>- Ne pas être en possession d'un permis probatoire : à la date d'entrée en formation (2 ans si conduite accompagnée, sinon 3 ans) | - |
| 13 | Pièce d'Identité | - Document **EN COURS DE VALIDITÉ** (sinon copie du document + attestation de demande de renouvellement),<br>- Photocopie lisible **RECTO-VERSO** « justifiée conforme » par le candidat qui apposera lui-même cette mention,<br>- Date et signature du candidat en bas de ce document | - |
| 14 | Une photo d'identité | - Récente - Nom et Prénom du candidat au dos. | - |
| 15 | Un chèque de 80 € | - Frais d'inscription au concours,<br>- Chèque libellé à l'ordre de *Mr le Trésorier Principal du CHU***,**<br>- Inscrire les **Nom et Prénom du candidat au dos du chèque**,<br>-Une fois votre inscription enregistrée :<br>- **AUCUN REMBOURSEMENT NE POURRA ETRE EFFECTUE** | - |

# Justificatif à fournir le jour de l'entretien d'admission

| | | | |
|---|---|---|---|
| 6 | Pour le candidat ayant aucune expérience en tant d'auxiliaire ambulancier | - Effectuer un stage de 70 heures en continue dans une entreprise de transport ou un service hospitalier en charge de transport sanitaire<br>- Faire renseigner par l'employeur **l'annexe IV** (*page 9 du dossier d'inscription*) par l'entreprise vous ayant reçue en stage. Document à apporter le jour de l'entretien oral.<br>- **Il n'est pas nécessaire de le joindre au dossier d'admissibilité.** | - |
| | Pour le candidat ayant exercé la fonction auxiliaire ambulancier au moins un mois dans les trois dernières années. | - Faire renseigner par l'employeur **l'annexe VI** (*page 10 du dossier d'inscription*) par votre employeur. Document à apporter le jour de l'entretien oral.<br>- **Il n'est pas nécessaire de le joindre au dossier d'admissibilité.** | - |
| | Pour le candidat auxiliaire ambulancier ayant exercé la fonction auxiliaire ambulancier plus de 12 mois dans les trois dernières années | - Faire renseigner par l'employeur l'annexe VI (page 10 du dossier d'inscription) par votre employeur. Document à apporter le jour de l'entretien oral.<br>- **Il n'est pas nécessaire de le joindre au dossier d'admissibilité.** | - |

**INSTITUT DE FORMATION DES AMBULANCIERS**
1 Boulevard Winston Churchill
63003 CLERMONT-FERRAND Cedex 1
Tél : **04.73.752.470** ♦ Mail : **ifa@chu-clermontferrand.fr**
Site internet : **www.eifs.fr**

# Diplôme d'État d'Ambulancier
# Devis de formation **: Cursus Complet**

*Candidat* : NOM : ..... Prénom : .....
Adresse : .....
.....

*Lieu de Formation* : INSTITUT DE FORMATION DES AMBULANCIERS
1 Boulevard Winston Churchill
63003 CLERMONT-FERRAND Cedex 1

*Formation* **: du 10 mai 2027 au 22 novembre 2027**
Durée totale : 23 semaines soit 801 heures (soit 35 heures / semaine)

## Modules de formation : 556 heures

Bloc 1 : Prise en compte du patient à tout âge de la vie / 175 heures
Bloc 2 : Recueil de données cliniques relevant de l'urgence et mise en œuvre de soins adaptés à l'état du patient / 210 heures
Bloc 3 : Transport du patient en confort et en sécurité / 28 heures
Bloc 4 : Hygiène et prévention de infections / 35 heures
Bloc 5 : Travail en équipe et transmissions / 105 heures
Suivi pédagogique / 3 heures

## Stages : 245 heures

Service de court / 35 heures
Service de moyen ou long séjour / 35heures
Service de santé mentale / 35 heures
Service d'accueil des Urgences / 35 heures
SAMU-SMUR / 35 heures
Entreprise de transports sanitaires / 70 heures

## Coût de la Formation :

**Financement par l'élève :**
Frais de formation : **3 877€***

**Financement par un organisme** :
Frais de formation : **5 900€ ***

**** Montant non assujetti à TVA***
**** TARIF REVALORISE CHAQUE ANNEE***

Institut de Formation
des Ambulanciers - CHU / IFA 63
1 Boulevard Winston Churchill
1er étage
63003 CLERMONT-FERRAND CEDEX 1
Tél : 04.73.752.470 / Fax : 04.73.752.471

N° d'existence à la Délégation Régionale à la formation professionnelle : **8363P001663** ♦ N° SIRET : **26630746100290** ♦ Formacode : **31815**
Niveau de certification : **V** ♦ Type de validation : **Diplôme d'Etat d'Ambulancier**

# CONVENTION DE STAGE D'ORIENTATION PROFESSIONNELLE
(dans le cadre du concours ambulancier)

Il est convenu ce qui suit, entre

Le terrain de stage (coordonnées complètes) :

.....

.....

.....

.....

.....

Représenté par son Responsable : M.....

Et

Le candidat (coordonnées complètes) :

.....

.....

.....

.....

.....

## *Article 1 : OBJET DE LA CONVENTION*

La présente convention est bipartite et engage **uniquement** les signataires.

L'entreprise accueille en **stage d'orientation professionnelle**,
M.....

**Période du stage** : du ..... au ..... 20.....

**Durée du stage:** ☐ 70 heures

## *Article 2 : RESPONSABILITES ET OBLIGATIONS*

**Le candidat :**
Le candidat est tenu de **respecter** les **dates** mentionnées sur la convention et les **horaires** fixés par le Responsable ou le maître de stage, ainsi que le **règlement intérieur de l'entreprise**. En cas de manquement à ces règles, l'entreprise peut mettre fin au stage, sans préavis.

Le candidat doit s'assurer par lui-même au titre de la responsabilité civile couvrant le stage d'orientation professionnelle et devra en justifier auprès de l'entreprise d'accueil.

Le stagiaire ne perçoit **pas de rémunération** de l'entreprise. Le stage n'est **pas payant**.

**L'entreprise :**
L'entreprise d'accueil prend toutes les dispositions pour que le candidat soit couvert par les assurances « personnes transportées » des ambulances, **en qualité de stagiaire**.

L'entreprise s'engage à faire **découvrir** au stagiaire **les différents aspects du métier d'ambulancier**.
**Le stagiaire ne doit en aucun cas remplacer un membre du personnel,** dans l'activité de l'entreprise.

**A l'issue du stage**, le responsable de l'entreprise ou le maître de stage remet obligatoirement au candidat une **attestation de suivi de stage** (fournie par le stagiaire), précisant entre autres **l'évaluation des critères suivants** :

- Intérêt pour la profession d'ambulancier,
- Curiosité intellectuelle,
- Exactitude et rigueur,
- Capacité à s'intégrer au sein d'une équipe.

Le stagiaire devra obligatoirement **remettre cette attestation dûment complétée aux examinateurs lors de l'épreuve orale du concours ambulancier** pour lequel il a constitué un dossier d'inscription auprès d'un Institut de Formation d'Ambulanciers.

**Choix de l'entreprise :**
Les deux parties veilleront, en passant convention, à ne pas avoir l'une avec l'autre de liens de subordination ou de liens familiaux afin d'assurer la plus grande objectivité dans l'évaluation.

## *Article 3 : DUREE DE LA CONVENTION*

Les signataires de la présente convention l'acceptent dès signature, pour la période fixée dans l'article 1.

Fait à ..... le .....

| | |
|---|---|
| Pour l'entreprise,<br>Le Chef d'entreprise<br>(NOM, cachet et signature) | Le stagiaire<br>(NOM, prénom et signature)<br>Précédé de la mention manuscrite : « Lu et approuvé » |

***Important :*** *Une copie de cette convention doit être remise au stagiaire qui doit la conserver pendant toute la durée de son stage, afin d'attester de sa qualité de « stagiaire » au sein de l'entreprise, en cas de contrôle des forces de l'ordre, de l'URSAFF, de l'ARS....*