Photo

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

Réservé à l'Institut

□ **C° d'entrée en F°**

□ **PEC**.....

DOSSIER D'INSCRIPTION AUXILIAIRE AMBULANCIER

Je souhaite m'inscrire à la formation :

☐ du 30 mars au 16 avril 2027 clôture des inscription le 12 mars 2027

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

1. ÉTAT CIVIL (Écrire en majuscules)

□ Madame □ Monsieur

NOM …….…….....
Prénom …….…….....
Adresse complète :
……
……
……
Téléphone portable ……..
Adresse mail (obligatoire)

Nom d'usage……..……...
Né(e) le …….……..……....
Lieu de naissance … ……....
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. 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.

TARS : Aptitude préfectorale à la conduite d'ambulance Valable jusqu'au : ……..

3. EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE : Transport Sanitaire

Etes-vous auxiliaire ou conducteur ambulancier ?
Depuis plus d'un mois (1) ? □ Oui □ Non
Bénéficiez-vous d'une promesse d'embauche écrite ? □ Oui □ Non

4. EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE : Autres Domaines

Demandeur d'emploi : □ Oui □ Non

Indemnisé Pôle Emploi : □ Oui □ Non

Numéro identifiant pôle emploi : ……..

Dates	Employeurs

ATTESTATION AUX GESTES ET SOINS D'URGENCE 2 (AFGSU 2)

Avez-vous l'AFGSU2 □ oui □ non
Si oui merci de joindre la copie de votre attestation

MODE DE FINANCEMENT

□ France Travail : votre identifiant : *(7 chiffres + 1 lettre)* | | | | | | | | + code Région*(3chiffres)* | | |
Exemple pour la région Auvergne 044

Mail de votre conseiller : ……

□ Mon employeur : mail : ……
…adresse :……
……

□ Financement personnel

A noter *: A l'IFA de Clermont-Ferrand, il n'est pas possible de mobiliser son CPF dans le cadre de la formation auxiliaire ambulancier*

En situation de handicap, souhaitez-vous bénéficier d'une reconnaissance spécifique : OUI ☐ NON ☐

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

Fait à : ……, le ……..
Signature

EXPOSE MANUSCRIT DES MOTIVATIONS

…………………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………………

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

CERTIFICAT MÉDICAL 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(e) 1 fois par le B.C.G.**

Date de l'injection : ……

Contrôlé(e) par IDR, depuis moins de deux ans, qui servira de référence : OBLIGATOIRE
Date IDR : ……. Résultat : □ positif……..mm
□ négatif

Si NEGATIF : pas de revaccination, en application du décret 2204-635 du 30 juin 2004.

- **A été vacciné(e) contre la Diphtérie, le Tétanos et la Poliomyélite**

Selon les recommandations du calendrier vaccinal de mars 2013. Un rappel de vaccin coquelucheux acellulaire associé au DTP est recommandé.

Date de la dernière injection ou du dernier rappel : …….

- **A été vacciné(e) contre l'Hépatite B**

En cas de vaccination en cours, la première injection doit avoir été effectuée à la date du dépôt du dossier.

	VACCINATIONS		RAPPELS	
	Date	N° lot	Date	N° lot
1ère injection				
2ème injection				
3ème injection				

Dosage anticorps HBS : Date ……. Taux ……

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

P.S : pensez à bien vous présenter chez le médecin avec votre carnet de santé

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

Je soussigné(e), docteur ……
médecin 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**

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.

INFORMATIONS

Pré-requis : Aucun niveau de formation n'est exigé mais il est fortement recommandé de savoir lire, écrire, compter et parler français afin de pouvoir valider les 2 évaluations écrites de fin de formation pour pouvoir obtenir l'AFGSU 2 et l'attestation d'auxiliaire ambulancier. - Disposer d'un permis de conduire français ; hors période probatoire, conforme à la réglementation en vigueur et en état de validité.

1. **La Formation :**

La formation se compose de 70 heures d'enseignement théorique et pratique en Institut, hors vacances et jours fériés.
Le candidat, pour l'obtention de son attestation de formation, doit également être titulaire de l'Attestation de Formation de Gestes aux Soins d'Urgences niveau 2 (AFGSU 2). Si le candidat ne la possède pas il peut, soit s'inscrire auprès d'un centre d'enseignement aux soins d'urgences, soit suivre cette formation à l'IFA Cette formation est de 21 heures.

2. **Le financement de la formation :**

Le coût de la formation est de 900* € soit 200€ pour la formation aux gestes et soins d'urgences et 1 100€ pour la formation auxiliaire ambulancier)

A noter qu'à l'IFA de Clermont-Ferrand cette formation n'est pas éligible via le CPF.

Les frais annexes sont à la charge de l'élève (hébergement, repas, transport…).

Les étudiants pendant la formation ne perçoivent pas de rémunération.

La formation d'Auxiliaire Ambulancier est reconnue par les organismes de prise en charge et peut donner lieu à l'établissement d'une convention de formation.
Voici quelques exemples d'organismes pouvant financer la formation selon la situation professionnelle de l'élève :
Transition Pro ou OPCO pour les salariés,
Pôle Emploi pour les demandeurs d'emploi,
Ministère de la Défense pour les reconversions professionnelles des militaires,
ANFH pour les agents hospitaliers.

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

Les élèves sont couverts en matière d'assurance maladie ou accident par les contrats d'assurance qu'ils peuvent avoir à titre personnel ou professionnel et éventuellement par le C.H.U. de Clermont-Ferrand.

PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR

N°	DOCUMENTS	INFORMATION
1	**Fiche de renseignement**	- Pages 1 et 2 + dater et signer le bas de la 2ème page
2	**Lettre manuscrite**	- Page 3 document motivant votre demande à l'Institut de Formation,
3	**Certificat médical de vaccination**	- Sur le formulaire joint au dossier page 4, - 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. - **Si une information manque sur ce document le dossier sera retourné au candidat.**
4	**Certificat médical de non contre-indication à la profession d'ambulancier**	- Sur l'imprimé joint au dossier page 5, - Document établi par un MEDECIN AGREE ARS, **A**gence **R**égional de **S**anté, (Liste des médecins agréés ARS disponible sur internet dans le moteur de recherche taper : MEDECINS AGREES ARS + REGION ou DEPARTEMENT), - **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.**
6	**Photocopie du TARS= Certificat délivré par la préfecture mentionnant l'aptitude médicale à la conduite d'ambulance ou la copie de la demande CERFA Bleu.**	- Prendre rendez-vous, pour la visite médicale (payante et non remboursée) auprès d'un MÉDECIN AGRÉÉ 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. - Faire une copie du document CERFA et la joindre à votre dossier d'inscription. - Adresser l'original à votre Préfecture pour obtenir votre Certificat d'aptitude médicale à la conduite des ambulances - **Toute erreur dans le choix du médecin agréé bloquera l'enregistrement du dossier.**
7	**Photocopie *LISIBLE* du permis de conduire français *RECTO-VERSO***	- Ne pas être en possession d'un permis probatoire : à la date d'entrée en formation confirme à la réglementation en vigueur et en état de validité.
9	**Promesse d'embauche Le cas échéant**	- Le cas échéant : Attestation **ECRITE** du futur employeur.

10	**Carte Nationale d'Identité** Ou **Passeport**	- Document **EN COURS DE VALIDITE** (sinon copie du document + attestation de demande de renouvellement) - Photocopie lisible **RECTO-VERSO** « justifiée conforme » par le candidat qui apposera lui-même cette mention, - Date et signature du candidat en bas de ce document.	
11	**Attestation d'assurance**	- Copie de l'attestation d'assurance de responsabilité civile habitation comportant la garantie « **RESPONSABILITE CIVILE VIE PRIVEE** »	
12	**1 photo d'identité**	- Pas de photo scannée ou photocopiée, - Format standard, - Nom et prénom du candidat au dos de la photo.	
13	**Chèque de 30 €**	- Frais de dossier Auxiliaire Ambulancier - **Chèque de 30 €** à établir à l'ordre de ***M. le Trésorier principal du CHU*** (NOM et prénom du candidat au dos du chèque)	

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

Formation Auxiliaire Ambulancier
Devis de formation

Candidat : NOM : Prénom :
Adresse :

Lieu de Formation **: INSTITUT DE FORMATION DES AMBULANCIERS**
1 Boulevard Winston Churchill1
63003 CLERMONT-FERRAND CEDEX 1

Formation **:** **du 30 mars au 16 avril 2027**
Durée totale : 70 heures + 21 heures AFGSU 2

Modules de formation

Gestes d'urgence - Règlementation et Déontologie – Hygiène - Manutention et ergonomie - Règlementation transport sanitaire - Mise en situation des compétences / 70 heures

Formation aux Gestes et Soins d'Urgences niveau 2 / 21 heures

Coût de la Formation Auxiliaire Ambulancier	**Coût de la Formation FGSU 2**
Frais de formation : 900 **€ ***	Frais de formation 200 *€
Coût de la Formation Auxiliaire Ambulancier + FGSU 2 : 1 100 €	

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

**** Taux horaire : 12.088* €***
**** Montant non assujetti à TVA***
**** Sous réserve de modification tarifaire courant 2026***