



**N° SIRET : 266 900 273 001 83
N° AGRÉMENT : 82 69 P 47 08 69**

ETAT CIVIL

(Répondre en MAJUSCULES)

IDENTITE :

NOM DE FAMILLE (ou Nom de naissance) :

NOM D'USAGE (ou nom d'épouse/d'époux) :

Prénom(s) :

Sexe⁽¹⁾ : F M

Date de naissance :

Lieu de naissance (Ville, Département et Pays) :

Nationalité :

Adresse personnelle (domicile habituel)

.....
.....

Téléphone fixe

Téléphone portable.....

Adresse pendant la formation (si différente de celle indiquée ci-dessus) :

.....
.....

Adresse mail.....

Situation familiale : Nombre d'enfant(s) à charge :

Attention à l'adresse que vous indiquez

Les candidats n'ayant pu être contactés dans les délais seront considérés comme démissionnaires.



Coller photo d'identité
ici

DIPLOMES SCOLAIRES OBTENUS : Brevet des collèges, CAP, BEP, Baccalauréat... etc.
(Joindre **IMPÉRATIVEMENT** la copie)

Diplôme :	Date et lieu d'obtention :
Diplôme :	Date et lieu d'obtention :
Diplôme :	Date et lieu d'obtention :

DIPLOMES SANITAIRES OU SOCIAUX OBTENUS : DEAS, DEAP, DE d'Infirmier... etc.
(Joindre **IMPÉRATIVEMENT** la copie)

Diplôme :	Date et lieu d'obtention :
Diplôme :	Date et lieu d'obtention :
Diplôme :	Date et lieu d'obtention :

ATTESTATION AFGSU
(Joindre **IMPÉRATIVEMENT** la copie)

AFGSU Niveau 1 :	OUI / NON	N° d'AFGSU :
AFGSU Niveau 2 :	OUI / NON	

⁽¹⁾ Cocher la case correspondante

DIPLOMES DE PREMIERS SECOURS OBTENUS :

Diplôme :	Date et lieu d'obtention :
Diplôme :	Date et lieu d'obtention :
Diplôme :	Date et lieu d'obtention :
Diplôme :	Date et lieu d'obtention :

Etes-vous agent des Hospices Civils de Lyon ?

OUI NON

Si, oui de quel établissement dépendez-vous ?

FINANCEMENT DE LA FORMATION :

Demandeur d'emploi pris en charge par Pôle Emploi.

Salarié en promotion professionnelle pris en charge par son employeur :.....

Salarié en congé de formation pris en charge par un organisme financeur :.....

Prise en charge individuelle (autofinancement)

AVEZ-VOUS DÉJÀ DÉPOSÉ UN DOSSIER DE CANDIDATURE (Formation D.E.A) DANS NOTRE INSTITUT ? OUI NON

Je soussigné(e), atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document

A....., le...../...../.....

Signature

Cadre réservé à l'Institut

RECEPTIONNE LE :

CACHET DE LA POSTE LE :



N° SIRET : 266 900 273 001 83
N° AGRÉMENT : 82 69 P 47 08 69

DOSSIER D'INSCRIPTION A LA FORMATION D'AUXILIAIRE AMBULANCIER
POUR LA SESSION DU 18 JUIN AU 29 JUIN 2018
(A compléter par le candidat)

DATE LIMITE D'INSCRIPTION : Vendredi 25 mai 2018 (Cachet de la poste faisant foi)

PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR

N°	DOCUMENTS	INFORMATION
1	Pages 1 et 2 du dossier d'inscription (renseignements administratifs)	Pages à compléter Dater et signer le bas de la dernière page
2	CV et lettre manuscrite	Document motivant votre demande d'inscription à la formation d'Ambulancier
3	Photo d'identité récente	A coller sur le dossier d'inscription Format standard Nom et prénom du candidat au dos de la photo
4	Copie recto/verso de la Carte Nationale d'Identité, du Passeport ou du Titre de séjour	Document EN COURS DE VALIDITÉ (sinon, copie du document avec attestation de demande de renouvellement) Photocopie lisible « justifiée conforme » par le Candidat qui apposera lui-même cette mention Date et signature du Candidat en bas de ce document
5	Certificat médical de non contre-indication à la profession d'Ambulancier	Sur l'imprimé joint au dossier Document établi par un médecin agréé par l'Agence Régionale de Santé (ARS). Liste des Médecins agréés sur le site internet de l'ARS de votre région. → Attention médecin différent de la liste des médecins agréés par la Préfecture.
6	Certificat médical de vaccination	Sur formulaire joint au dossier Rempli par le médecin agréé ARS, attestant que le Candidat est à jour des vaccinations. <u>Une contre-indication à l'une des vaccinations obligatoires annule le dossier.</u> → Si une information manque sur ce document le dossier sera retourné au Candidat
7	Copie recto/verso du permis de conduire	Obligatoirement <u>hors période probatoire</u> : 2 ans si conduite accompagnée ou supervisée, sinon 3 ans → Vous ne devez plus être en possession d'un permis probatoire à la date de l'inscription
8	Copie de <u>l'attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulance définitive (TARS)</u>	Document établi suite à une visite médicale auprès d'un médecin agréé par la Préfecture. Liste des Médecins agréés sur le site internet de la Préfecture de votre département (voir procédure pour le Rhône ci-après* → Attention médecin différent de la liste des médecins agréés par l'ARS.

N°	DOCUMENTS	INFORMATION
9	Attestation de droits à la Sécurité Sociale	Photocopie de votre attestation de droits Sécurité Sociale (ne pas fournir la copie de la carte Vitale).
10	Une attestation d'assurance responsabilité civile	Une attestation d'assurance responsabilité civile couvrant la période de formation
11	3 timbres au tarif en vigueur	3 timbres autocollants au tarif normal
12	Un chèque de 60 € à l'ordre de « <u>Régisseur d'Avances et de Recettes de l'I.F.C.S.</u> »	<p>Chèque correspondant aux frais de dossier. Inscrire les noms et prénoms du candidat au dos du chèque.</p> <p>Paiement en espèces possible UNIQUEMENT si le dossier d'inscription est remis en main propre au secrétariat. L'appoint sera exigé.</p> <p style="text-align: right;">→ Une fois votre inscription enregistrée, <u>AUCUN REMBOURSEMENT NE POURRA ETRE EFFECTUÉ</u></p>

***NOTE SUR L'OBTENTION DU TARS POUR LES CANDIDATS RÉSIDANT
DANS LE DÉPARTEMENT DU RHÔNE**

Le dossier de demande de TARS (attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulance) se compose :

- Des deux feuillets originaux du document Cerfa destiné à la Préfecture remplis par le médecin agréé et signés par le demandeur (sur les deux pages) ;
- D'une copie recto/verso d'une pièce d'identité en cours de validité ;
- D'une copie recto/verso du permis de conduire ;
- D'un justificatif de domicile de moins de 6 mois.
Si le demandeur est hébergé chez un tiers, fournir une attestation d'hébergement + une copie recto/verso de la pièce d'identité de la personne hébergeant + un justificatif de domicile au nom de l'hébergeant ;
- D'une enveloppe timbrée et libellée aux noms et adresse du demandeur.

Il doit être transmis **complet** dès que possible à :

**Agence Régionale de Santé
Service transports sanitaires - Bureau 145
241, rue Garibaldi
CS 93383
69418 LYON cedex 03**

L'Agence Régionale de Santé est chargée de transmettre les demandes complètes à la Préfecture.
L'attestation définitive est envoyée directement au domicile des demandeurs sous un délai de 3 semaines minimum.



N° AGREMENT : 8269P470869
N° SIRET : 266 900 273 001 83

INSTITUT DE FORMATION D'AMBULANCIER
HOSPICES CIVILS DE LYON
IFA ESQUIROL
5, avenue Esquirol
CS 63782 - 69424 Lyon cedex 03
Tél : 04 72 11 67 15
Fax : 04 72 11 67 39
ifa.secretariat@chu-lyon.fr



CLÔTURE DES INSCRIPTIONS
Le **vendredi 25 mai 2018** (le cachet de la Poste faisant foi)

Le dossier d'inscription complet est à retourner à l'adresse suivante :

INSTITUT DE FORMATION AMBULANCIER DES HCL
IFA ESQUIROL
3-5, avenue Esquirol – CS 63752
69424 Lyon Cedex 03

La formation sera assurée sous réserve d'un nombre suffisant de participants.

COUTS ET PRISE EN CHARGE DE LA FORMATION

La formation est payante. Les tarifs sont fixés par le Conseil de Surveillance des Hospices Civils de Lyon en lien avec le Conseil Régional. Ces tarifs font l'objet d'une réévaluation chaque année.

Coût de formation 2018 variable selon le dispositif de prise en charge (Autofinancement, OPCA, CIF, Conseil Régional, Pôle Emploi, Ministère de la Défense...).

Les frais de dossier **2018** s'élèvent à **60 €**. Cette somme est à verser obligatoirement lors de la dépose du dossier d'inscription. **Une fois versée elle n'est en aucun cas restituée en cas de désistement de l'intéressé(e).**

COÛT DE LA FORMATION :

Tarif forfaitaire HCL pour 70 heures de formation : **840,00 €** (hors frais de dossier)

Les frais annexes (transport, hébergement, repas ...) sont à la charge de l'élève.
Les élèves pendant la formation ne perçoivent pas de rémunération.

La formation 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) :

DEMANDEURS D'EMPLOI : Pôle Emploi (dans le cadre d'une Aide Individuelle à la Formation)

SALARIÉS : ANFH, FONGECIF, AGEFOS, autres OPCA...

MILITAIRES EN RECONVERSION PROFESSIONNELLE : Ministère de la Défense

Les élèves sont couverts en matière d'assurance maladie ou accident par les contrats d'assurance qu'ils peuvent avoir contracté à titre personnel ou professionnel.



SERVICE MEDICAL :

☎ 04 72 11 79 11

DOSSIER DE SANTÉ

L'admission définitive dans notre institut de formation est subordonnée à la production, au plus tard lors des épreuves de sélection,¹

- d'un certificat médical émanant **d'un médecin agréé**, attestant que le candidat présente les aptitudes physiques et psychologiques nécessaires à l'exercice de la profession d'ambulancier
- d'une attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires concernant les maladies transmissibles suivantes : **Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Tuberculose, Hépatite B**

VACCINATION ANTI-HÉPATITE B

Dans le cadre de vos stages cliniques puis de votre exercice professionnel, vous serez exposé(e) à des produits biologiques à risques infectieux, dont celui de l'**Hépatite B** est considéré comme majeur. Il s'agit d'une maladie grave, contre laquelle on dispose d'un vaccin efficace et sûr. **Depuis 1991, cette vaccination est légalement obligatoire, pour tout soignant.**

Le ministère de la santé a rappelé le 24 janvier 2014 qu'une contre-indication à cette vaccination correspond de fait à une inaptitude à ce type de profession.

Pour pouvoir partir en **stage**, conformément à la nouvelle législation sur la protection contre l'hépatite B (arrêté du 02/03/2017), vous devrez donc justifier avant le début du stage d'avoir été immunisé(e) en présentant au médecin scolaire :

Soit un taux d'anticorps anti-HBS > 100 UI/L

Soit la preuve d'avoir reçu 2 injections de vaccin anti HVB

Pour les adultes non vaccinés, le protocole consiste en 2 injections à 1 mois d'intervalle : la protection ne débute que 30 jours après la 2^{ème} injection. Dès connaissance de votre admission, débutez le protocole de vaccination sans tarder.

En outre, les vaccinations suivantes sont recommandées :

- ✓ **ROR (Rougeole, Oreillons, Rubéole) :**
pour les personnes nées avant 1980 : 1 dose de vaccin trivalent
pour les personnes nées depuis 1980 : 2 doses de vaccins trivalent

- ✓ **Coqueluche :**

Un rappel est conseillé en l'absence de vaccination depuis 10 ans pour tous les professionnels en contact avec les nourrissons.

Vous trouverez, dans les pages suivantes, les documents à faire remplir par un médecin, et à renvoyer avec votre dossier d'inscription.

¹ - art 6 de l'arrêté du 26 janvier 2006 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation préparant au diplôme d'état d'ambulancier



SERVICE MEDICAL :
☎ 04 72 11 79 11

Auxiliaires Ambulanciers - Promotion 2018

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE

A FAIRE REMPLIR PAR UN MEDECIN AGREE
auprès d'une Agence Régionale de Santé (voir listes sur les sites internet des ARS)

Je soussigné(e), Docteur, Médecin agréé

Atteste que Mme, M.

Nom d'usage :

Nom de famille :

Prénom :

Demeurant :

.....

présente les aptitudes physiques et psychologiques nécessaires à l'exercice de la profession d'ambulancier(e) : absence de problème locomoteur, psychique, d'un handicap incompatible avec la profession (visuel, auditif, amputation d'un membre...).

Cachet du Médecin

Date :

Signature du Médecin



SERVICE MEDICAL :

☎ 04 72 11 79 11

Attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires

Dr.....A.....le...../2018

Adresse

Téléphone

Je, soussigné(e) Dr.....certifie que Mme/M.....

Nom.....Prénom.....né(e) le : / /

Candidat à l'inscription à : Formation au Diplôme d'Etat d'Ambulancier

A été vacciné(e) :

- contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite (DTP):

Dernier rappel effectué		
Nom du vaccin	date	N° lot

- contre l'hépatite B,

Dates vaccinations		
Nom du vaccin	date	N° lot

selon les conditions définies page suivante, il/elle est considéré(e) comme (rayer les mentions inutiles) :

- immunisé(e) contre l'hépatite B : oui non

Taux d'anticorps : à la date du :

- non répondeur(se) à la vaccination : oui non

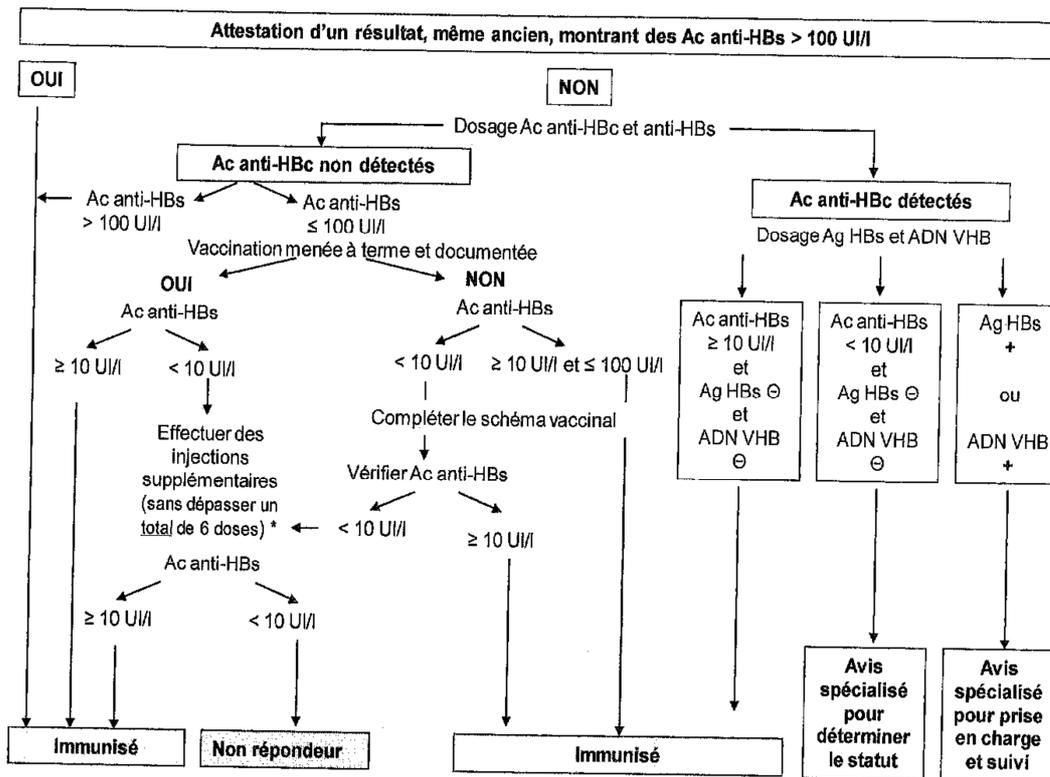
*Le ministère de la santé a rappelé le 24 janvier 2014 qu'une contre-indication à cette vaccination correspond de fait à une **inaptitude** à ce type de profession*

- par le BCG :

Vaccin intradermique ou Monovax [®]	Date (dernier vaccin)	N° lot
	Date	N° lot
IDR à la tuberculine (Tubertest [®]) de moins de 5 ans	Date	Résultat (en mm)

Cachet et signature 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>)