



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 19 JUIN AU 30 JUIN 2017  
(A compléter par le candidat)**

**DATE LIMITE D'INSCRIPTION : Vendredi 26 mai 2017 (Cachet de la poste faisant foi)**

**PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR**

N°	DOCUMENTS	INFORMATION
1	Dossier d'inscription (renseignements administratifs)	Pages à compléter Dater et signer le bas de la dernière page
2	CV + Lettre manuscrite	Document motivant votre demande d'inscription à la formation d'Ambulancier
3	1 photo d'identité récente	Pas de photos scannées ou photocopiées A coller sur le dossier d'inscription Format standard Nom et prénom du candidat au dos de la photo
4	Carte Nationale d'Identité ou Passeport ou du Titre de séjour	Document <b>EN COURS DE VALIDITÉ</b> (sinon, copie du document avec attestation de demande de renouvellement) Photocopie lisible <b>RECTO-VERSO</b> « <i>justifiée conforme</i> » 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 MEDECIN AGRÉÉ par l'Agence Régionale de Santé* (ARS) *Liste des Médecins agréés A.R.S : sur Internet dans moteur de recherche, taper : MEDECINS AGREES + DEPARTEMENT ou REGION → <b>Attention médecin différent de la liste des médecins agréés par la Préfecture.</b>
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> → <b>Si une information manque sur ce document le dossier sera retourné au Candidat</b>
7	Photocopie LISIBLE du permis de conduire recto-verso	Ne pas être détenteur d'un permis probatoire : 2 ans si conduite accompagnée, sinon 3 ans → <b>Vous ne devez plus être en possession d'un permis probatoire à la date de la rentrée en formation</b>

N°	DOCUMENTS	INFORMATION
8	<b>Photocopie de l'Attestation définitive délivrée par la Préfecture (ou photocopie du document CERFA rempli par le médecin) mentionnant l'aptitude médicale à la conduite d'un véhicule ambulance (TARS)</b>	Document valable 5 ans si la visite médicale est validée Prendre rendez-vous pour une visite médicale ( <u>payante et non remboursée</u> ) auprès d'un médecin «AGREE par la PREFECTURE » Liste sur Internet ou téléphoner à la Préfecture ou sous-Préfecture)
9	<b>Attestation de droits à la Sécurité Sociale</b>	Photocopie de votre attestation de droits Sécurité Sociale (ne pas fournir la copie de la carte Vitale).
10	<b>Une attestation de responsabilité civile</b>	Une attestation de responsabilité civile couvrant la période du stage d'orientation professionnelle (si vous devez l'effectuer) ainsi que la durée de la formation
13	<b>1 enveloppe format 110 X 220</b>	Enveloppe affranchie au tarif en vigueur (poids jusqu'à 20 g) libellées au NOM et ADRESSE du CANDIDAT.
14	<b>3 timbres au tarif en vigueur</b>	3 timbres autocollants au tarif normal
16	<b>Un chèque de 117 €</b>	<b>Frais de dossier</b> Chèque à libeller à l'ordre de : « <u>Régisseur d'Avances et de Recettes de l'I.F.C.S.</u> » Inscrire les <b>Nom</b> et <b>Prénom</b> du Candidat au dos du chèque ou en espèces, <b>UNIQUEMENT si le dossier d'inscription est déposé au secrétariat.</b>  → Une fois votre inscription enregistrée, <b><u>AUCUN REMBOURSEMENT NE POURRA ETRE EFFECTUÉ</u></b>



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

**ETAT CIVIL**

(Répondre en **MAJUSCULE**)



➤ **IDENTITE :**

**NOM DE FAMILLE** (ou Nom de naissance) :.....

**NOM D'USAGE** (ou nom d'épouse/d'époux pour les personnes mariées) :.....

Prénom(s) :..... Sexe<sup>(1)</sup> : F  M

Date et 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.*

**PERMIS DE CONDUIRE**

Permis de conduire B obtenu le : ..... (joindre une **copie recto-verso lisible**)

Fin de la période probatoire le : .....

➤ ***Vous ne devez plus être en possession d'un permis probatoire à la date d'entrée en formation***

Aptitude Préfectorale à la conduite d'ambulance délivrée le : .....(joindre une copie)

Valable jusqu'au : .....

Avez-vous subi un retrait de permis de conduire ? OUI  NON

<sup>(1)</sup> Cocher la case correspondante



**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](mailto:ifa.secretariat@chu-lyon.fr)



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

**DIPLOMES SANITAIRES OU SOCIAUX**  
 (Joindre **IMPÉRATIVEMENT** la copie)

Intitulé du Diplôme	Organisme de formation et date d'obtention	N° du Département
DE d'Aide-Soignant		
DE en Soins Infirmiers		
DE d'Auxiliaire de Puériculture		
DE d'Auxiliaire de Vie Sociale		
DE d'Assistante de Vie aux Familles		

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

Intitulé du Diplôme ou de l'Attestation	Organisme de formation et date d'obtention	N° du Département
AFGSU Niveau 1		
AFGSU Niveau 2		

**DIPLOMES DE PREMIERS SECOURS**

	Date d'obtention	Organisme	N° du Département
<b>AFPS</b>			
<b>BNPS/BNS</b>			
<b>PSC1</b>			
<b>PSE1/PSE2</b>			
<b>CFAPSE/CFAPSR</b>			
<b>BNMPS</b>			
<b>Autres (précisez) :</b>			

Etes-vous agent des Hospices Civils de Lyon ? OUI  NON   
 Si, OUI de quel établissement dépendez-vous ? .....

**SITUATION A L'ENTREE EN FORMATION**

- Elève sorti du système scolaire depuis moins d'un an
- Elève sorti du système scolaire depuis plus d'un an
- Salarié en promotion sociale ou professionnelle
- Salarié en congé individuel de formation (CIF)
- Demandeur d'emploi : inscrit au Pôle Emploi depuis le : .....

Si OUI numéro identifiant PÔLE EMPLOI : .....



**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](mailto:ifa.secretariat@chu-lyon.fr)



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

**EXPERIENCE PROFESSIONNELLE : AUTRES DOMAINES**

**QU'AVEZ-VOUS FAIT DEPUIS LA FIN DE VOTRE SCOLARITE OBLIGATOIRE ?**

NOM de l'Employeur	Qualification	Date d'embauche
1.....	.....	du.....au.....
2.....	.....	du.....au.....
3.....	.....	du.....au.....
4.....	.....	du.....au.....
5.....	.....	du.....au.....
6.....	.....	du.....au.....

**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

### BULLETIN D'INSCRIPTION

*A retourner à l'adresse indiquée en en-tête*

#### **Coordonnées du stagiaire**

NOM et Prénom du stagiaire \_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_

Adresse professionnelle (Etablissement – nom et adresse) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

N° SIRET de l'établissement : \_\_\_\_\_

Service : \_\_\_\_\_

N° de téléphone du service de formation continue : \_\_\_\_\_

E-mail du service de formation continue \_\_\_\_\_

Intitulé de la session : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dates : \_\_\_\_\_

Coût de la session : \_\_\_\_\_

#### **Modalités de prise en charge du coût de la formation**

**Par le stagiaire – à titre individuel**

Adresse personnelle : \_\_\_\_\_

E-mail personnel: \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_

**Par l'employeur**

Je soussigné (e) : \_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

N° SIRET de l'Etablissement : \_\_\_\_\_

M'engage à prendre en charge les frais de la formation désignée ci-dessus

Suivie par : \_\_\_\_\_

Dans chaque cas la somme correspondante est à payer dès réception de l'avis de paiement établi par le Trésorier Principal des Hospices Civils de Lyon

Date

Signature (+ cachet établissement)

▪ **Une convention de formation vous sera établie par les HCL**

**Conditions d'annulation :** Par courrier : 30 jours avant le début de la formation  
Passé ce délai, la formation sera facturée

**COUT DE LA FORMATION :**

Tarif forfaitaire HCL pour 70 heures de formation : **805,00 €**  
auxquels se rajoutent les frais de dossier qui s'élèvent à **117,00 €**.

**Les frais de dossier sont NON REMBOURSABLES EN CAS D'ANNULATION DE LA FORMATION PAR LE DEMANDEUR**

**Joindre impérativement les pièces nécessaires à la constitution du dossier**

Merci de nous retourner le dossier d'inscription complet à l'adresse suivante :

**INSTITUT DE FORMATION AMBULANCIER DES HCL**

**5, avenue Esquirol – CS 63752**

**69424 Lyon Cedex 03**

**☎ 04 72 11 67 15**

Date limite d'inscription : **Vendredi 26 mai 2017** (*Cachet de la poste faisant foi*)

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



SERVICE MEDICAL :

☎ 04 72 11 79 11

## DOSSIER DE SANTE

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

- 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-HEPATITE 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 02/08/2013), vous devrez donc justifier au plus tard 10 jours 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 3 injections de vaccin anti HVB et un taux d'anticorps anti HBS > 10 UI/l (quarante jours après la dernière injection)**

Pour les personnes non vaccinées, il est recommandé de débiter la vaccination le plus tôt possible : plusieurs protocoles de vaccination existent, mais celui qui assure une immunité la plus fiable nécessite six mois.

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.**

<sup>1</sup> - 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



## 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, Mlle, M*

*Nom patronymique : .....*

*Nom marital : .....*

*Prénom : .....*

*Demeurant : .....*

*.....*

*présente les aptitudes physiques et psychologiques nécessaires à l'exercice de la profession d'ambulancier(ière) : 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*

## Attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires

Dr ..... A le /2016

Adresse

Téléphone

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

**Nom**                      **Prénom**                      né (e) le : / /

Candidat à l'inscription à : Formation d'Auxiliaire 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

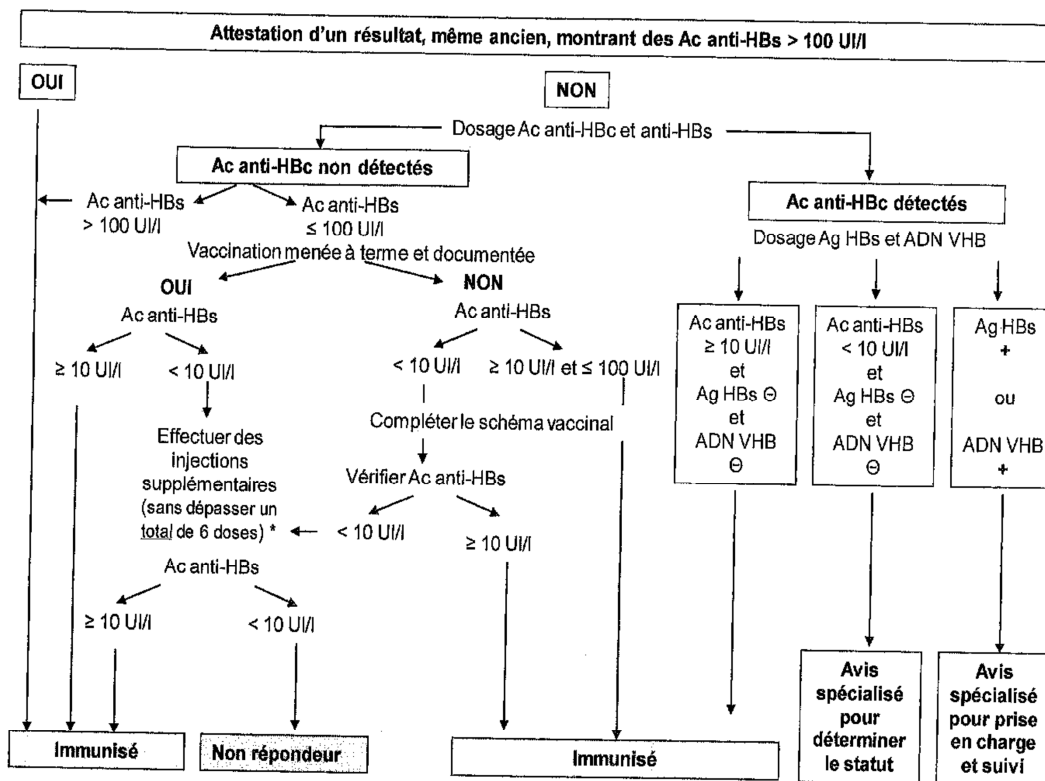
*Le ministère de la santé a rappelé le 24 janvier 2014 qu'une contre-indication à cette vaccination correspond de fait à une **inaptitude** à ce type de profession*

- **par le BCG :**

Vaccin intradermique ou Monovax®	Date (dernier vaccin)	N° lot
	Date	N° lot
IDR à la tuberculine (tubertest® ) <u>de moins de 5 ans</u>	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>)