



Institut de Formation Ambulancier des Hospices Civils de Lyon  
**IFA ESQUIROL**  
 5, avenue Esquirol  
 CS63752  
 69424 Lyon Cedex 03  
 ☎ 04 72 11 67 15  
 ✉ ifa.secretariat@chu-lyon.fr

**DOSSIER D'INSCRIPTION FORMATION AUXILIAIRE AMBULANCIER  
 POUR LA SESSION DU 15 AU 26 FEVRIER 2021**

**CLÔTURE DES INSCRIPTIONS**

Le vendredi 22 janvier 2021 à minuit (cachet de la poste faisant foi)

**INSTITUT DE FORMATION AMBULANCIER DES HCL**  
 3-5, avenue Esquirol - CS 63752 - 69424 Lyon cedex 03  
 Tél : 04 72 11 67 15  
 Fax : 04 72 11 67 39  
 Mail : ifa.secretariat@chu-lyon.fr

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

**RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**

(Répondre en **MAJUSCULES**)

➤ **IDENTITE :**

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

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

Prénom(s) : .....

Sexe<sup>(1)</sup> : 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 : .....

Date d'obtention du permis de conduire : ..... Fin de période probatoire : .....

**Attention à l'adresse que vous indiquez**  
**Les candidats n'ayant pu être contactés seront considérés comme démissionnaires.**



Coller photo  
d'identité ici

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

**DIPLOMES SCOLAIRES OBTENUS** : Brevet des collèges, CAP, BEP, Baccalauréat... etc.

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	

**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 :

Je suis agent des Hospices Civils de Lyon

OUI  NON 

Si oui, de quel établissement dépendez-vous ? .....

➤ **PRISE EN CHARGE 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 : .....
- Mobilisation du compte CPF (via « Mon Compte Formation » : [www.moncompteformation.gouv.fr/](http://www.moncompteformation.gouv.fr/))
- Prise en charge individuelle (autofinancement)
- Autre: .....

➤ **AVEZ-VOUS DÉJÀ DÉPOSÉ UN DOSSIER DE CANDIDATURE (AMBULANCIER) DANS NOTRE INSTITUT ?**OUI  NON 

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

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

Signature

## PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR

Attention : ne joindre au dossier que les pièces exigées vous concernant

- Fiche « Renseignements administratifs » (**pages 1 et 2 du présent dossier**) **complétée de façon exhaustive**, datée et signée + photo d'identité récente **collée à l'emplacement dédié**
- Copie recto-verso d'une pièce d'identité en cours de validité (**Carte Nationale d'Identité, Passeport ou Carte de séjour uniquement**), ou à défaut copie de la demande de renouvellement
- Copie recto-verso du permis de conduire (vous ne devez plus être titulaire du permis probatoire pour pouvoir exercer la profession d'Auxiliaire Ambulancier)
- Certificat médical d'aptitude à l'exercice de la profession d'Auxiliaire Ambulancier (**page 5**) complété par **un médecin agréé par l'Agence Régionale de Santé - ARS** (liste des médecins agréés disponible sur le site de l'ARS de votre région)
- Copie de l'attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulance (TARS) obtenue après visite auprès d'**un médecin agréé par la Préfecture** (liste des médecins agréés disponible sur le site de la Préfecture de votre département). **Procédure à suivre pour le Rhône en bas de page<sup>1</sup>**. Ce document est obligatoire pour pouvoir travailler et doit être fourni à l'école si vous souhaitez pouvoir conduire l'ambulance école.
- Certificat médical de vaccination (**page 11**) complété par un médecin généraliste de votre choix + copies des pages du carnet de vaccination
- Règlement des frais de dossier par chèque de 60 € **à l'ordre du « régisseur d'avances et de recettes de l'IFCS »**
- Copie de l'éventuelle AFGSU 2 **si déjà obtenue lors d'une précédente formation en santé**

## COÛTS ET PRISES EN CHARGE DE LA FORMATION

Selon le catalogue 2021 des tarifs HCL soumis annuellement à révision - Tarifs non assujettis à TVA

**FRAIS DE DOSSIER : 60 €.** Cette somme est à verser obligatoirement lors du dépôt du dossier d'inscription.

**COUT DE LA FORMATION : 945 €** (hors frais de dossier). Tarif forfaitaire pour 70 heures de formation.

La formation Auxiliaire Ambulancier est reconnue par les organismes de financement et peut donner lieu à une prise en charge.

Voici quelques exemples d'organismes pouvant financer la formation (selon la situation de l'élève) :

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

SALARIÉS : ANFH, TRANSITION PRO, AGEFOS... etc.

MILITAIRES EN RECONVERSION PROFESSIONNELLE : Ministère de la Défense

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

Les élèves doivent être couverts en matière d'assurance maladie (CPAM ou sécurité sociale étudiante) et avoir souscrit à un contrat d'assurance responsabilité civile.

<sup>1</sup> Dans le département du Rhône, le dossier de demande de TARS (attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulance) se compose : - Du document Cerfa original par le médecin agréé et signé par le demandeur ; - 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 + copie recto/verso de la pièce d'identité de la personne hébergeante) ; - D'une enveloppe timbrée et libellée aux noms et adresse du demandeur. Il doit être transmis complet par courrier (3 semaines de délai de traitement environ) à : **PREFECTURE DU RHONE – DSPC/BPA/RR/TARS – 69419 LYON CEDEX 3.**



Institut de Formation Ambulancier des Hospices Civils de Lyon  
**IFA ESQUIROL**  
 5, avenue Esquirol  
 CS63752  
 69424 Lyon Cedex 03  
 ☎ 04 72 11 67 15  
 ✉ [ifa.secretariat@chu-lyon.fr](mailto:ifa.secretariat@chu-lyon.fr)

**ANNEXE 1 - CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE**

**A FAIRE REMPLIR PAR UN MEDECIN AGREE AUPRES D'UNE AGENCE REGIONALE DE SANTE**  
 (Listes disponibles sur le site internet de l'ARS de votre lieu de résidence)

Je soussigné(e), Docteur....., Médecin **AGRÉÉ(E)** (inscrit(e) sur la liste des  
 médecins agréés de la région)

atteste que Mme, M.

Nom de famille : .....

Nom d'usage : .....

Prénom : .....

Demeurant : .....

.....

présente les aptitudes physiques et psychologiques nécessaires à l'exercice de la profession d'Auxiliaire  
 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



Institut de Formation Ambulancier des Hospices Civils de Lyon  
IFA ESQUIROL  
5, avenue Esquirol  
CS63752  
69424 Lyon Cedex 03  
☎ 04 72 11 67 15  
✉ [ifa.secretariat@chu-lyon.fr](mailto:ifa.secretariat@chu-lyon.fr)

## ANNEXE 2 - NOTE D'INFORMATION SUR LES OBLIGATIONS VACCINALES

En tant que futur professionnel de santé, vous êtes soumis aux obligations vaccinales concernant les maladies transmissibles suivantes :

### Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Hépatite B

#### VACCINATION ANTI-HEPATITE B

Dans le cadre de l'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 exercer, conformément à la nouvelle législation sur la protection contre l'hépatite B (arrêté du 02/08/2013), vous devrez donc justifier auprès de votre futur employeur d'avoir été immunisé(e) et pouvoir présenter :

**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.



**ANNEXE 3 - ATTESTATION MÉDICALE DE VACCINATIONS ET D'IMMUNISATION**

Candidat(e) à la formation Ambulancier

**A faire remplir par un médecin, joindre la photocopie des pages du carnet de vaccination**

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_ Né(e) le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

NOM DU VACCIN OU DU TEST	DATES
<p><b>Vaccin Diphtérie - Tétanos - Coqueluche - Polio (obligatoire)</b></p> <p>Nombre total de doses depuis la naissance (DTP ou DTCP) : _____</p> <p>Nom commercial du dernier vaccin _____ et Date ___/___/___</p>	
<p><b>Vaccin Hépatite B (obligatoire)</b></p> <p>Nom commercial _____ 1<sup>ère</sup> dose ___/___/___</p> <p>_____ 2<sup>ème</sup> dose ___/___/___</p> <p>_____ 3<sup>ème</sup> dose ___/___/___</p> <p>Nombre de doses supplémentaires : _____ et Dates ___/___/___</p> <p>_____</p> <p><b>Dosage des anticorps anti-HBs</b> Date ___/___/___</p> <p><b>Résultat</b> _____ UI/L</p>	
<p><b>Vaccin Rougeole – Oreillons – Rubéole</b></p> <p>Nombre de doses _____ et Dates ___/___/___</p> <p>_____</p> <p>A défaut date de la rougeole-maladie ___/___/___</p>	
<p><b>Vaccination antituberculeuse</b></p> <p>BCG : <i>ID</i> ou <i>Monovax</i> (entourer le nom du vaccin) Date du dernier vaccin ___/___/___</p> <p>TEST tuberculinique <u>datant de moins d'un an</u> Date du dernier test ___/___/___</p> <p><i>Tubertest</i> ou <i>Monotest</i> (entourer le nom du test) Résultat : _____ mm</p> <p>et/ou QUANTIFERON Résultat : _____ Date ___/___/___</p>	

Date \_\_\_\_\_

Cachet du médecin

Signature