



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 21 JUIN AU 2 JUILLET 2021**

CLÔTURE DES INSCRIPTIONS

Le vendredi 28 mai 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⁽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 :

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

⁽¹⁾ 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/)
- 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 page¹**. 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.

¹ 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

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

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.



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

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

Date _____

Cachet du médecin

Signature