

## DIPLOME D'ETAT D'AMBULANCIER

<u>DATE DE SESSION</u>	<u>CLÔTURE DES INSCRIPTIONS</u>	
<u>22/01/2024</u>	<u>ADMISSIBILITE</u> <u>Etude des dossiers</u> <u>18/12/2023</u>	<u>ENTRETIEN D'ADMISSION</u> <u>Oral</u> <u>21/12/2023</u>
<u>Au</u>		
<u>12/07/2024</u>	<u>STAGE D'ORIENTATION PROFESSIONNELLE (70 h, soit 2 semaines de 35 h)</u> À effectuer avant le <u>21/12/2023</u>	

Civilité       Mme  Mr

Nom de naissance : .....

Nom marital : .....

Prénoms : .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Lieu de naissance : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tel : ..... Portable : .....

Mail : .....

### Cadre réservé à l'institut

- Dossier reçu par courrier le :  
 Dossier remis en main propre le :

Permis de conduire B obtenu le :  
.....

Conduite accompagnée  OUI  NON Si OUI, depuis le :  
.....

Validation Ambulance depuis le :  
.....

### Diplômes scolaires

### Autres Diplômes, Attestations

<input type="checkbox"/> Niveau 6 : aucun diplôme <input type="checkbox"/> Niveau 5 : BEP/CAP (option :.....) <input type="checkbox"/> Niveau 4 : BAC, autres :..... <input type="checkbox"/> Niveau BAC +2, +3, +4 précisez :.....	<input type="checkbox"/> Attestation d'Auxiliaire Ambulancier : date..... <input type="checkbox"/> AFGSU de niveau 2 : date ..... <input type="checkbox"/> Autres : .....
--	---

### Situation Professionnelle

<input type="checkbox"/> <u>Salarié (e) d'une société d'ambulance :</u>  Fonction : .....  Depuis combien de mois à temps plein ?.....  Coordonnées de l'employeur :..... .....  <input type="checkbox"/> <u>Salarié (e) dans un autre domaine</u>  Profession :.....  Coordonnées de l'employeur : ..... .....	<input type="checkbox"/> <u>Demandeur d'emploi</u>  N° Identifiant : ..... Depuis le : ..... Coordonnées du Pôle Emploi : ..... ..... ..... Email du conseiller à contacter:.....  Etes-vous en CSP ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
--	---

**Serez-vous demandeur d'emploi à l'entrée en formation ?**  OUI  NON

**Pièces à joindre à l'adresse :**  
**FORMA SANTÉ - IFA de Versailles, 13 rue de l'école des postes 78000 Versailles**

**Joindre les originaux des pièces, uniquement pour l'attestation de l'employeur ou validation du stage d'orientation professionnelle de 70 heures, certificat de non-contre-indication et certificat de vaccination**

- Une lettre de motivation manuscrite**
- Un curriculum vitae (CV)**
- Un document manuscrit** relatant, au choix du candidat, soit une situation personnelle ou professionnelle vécue, soit un projet professionnel en lien avec les attendus de la formation. Ce document **n'excède pas deux pages.**
- Copie **recto verso** de la **carte nationale d'identité ou du passeport en cours de validité.**
- Copie **recto verso** du **permis de conduire**, hors période probatoire, conforme à la législation en vigueur et **en état de validité.**
- Pour les ressortissants hors Union Européenne, une attestation du niveau de langue française requis B2** ou tout autre document permettant d'apprécier la maîtrise de la langue française.  
Les candidats peuvent joindre tout autre justificatif valorisant un engagement ou une expérience personnelle en lien avec la profession d'ambulancier.
- Copie de **l'Attestation de droit** du régime de protection sociale.
- Copie de l'attestation de responsabilité civile vie privée à **votre nom et prénom, avec les dates de validité de votre assurance** (à demander à votre assureur)
- Certificat de non-contre-indication à la profession d'ambulancier** établi par **un médecin agréé par l'ARS** de votre département (pièce jointe). Liste des médecins agréés ARS disponible sur Internet.
- Copie de **l'Attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulance.** Liste des médecins agréés préfecture disponible Internet.
- Certificat médical de vaccinations à jour (pièce jointe). **Nous fournir la sérologie de l'hépatite B et la copie du compte rendu de la radio pulmonaire de moins de 2 ans.**
- Attestation de l'employeur** (ci-jointe) pour **les personnes ayant exercé au moins un mois, en continu ou discontinu, comme auxiliaire ambulancier ou comme conducteur d'ambulance ou validation du stage d'orientation professionnelle de 70 heures** (à nous retourner une fois le stage effectué)
- Selon la situation du candidat, la copie des originaux des diplômes ou titres traduits en français.
- Le cas échéant, la copie des relevés de résultats et appréciations ou bulletins scolaires.
- Selon la situation du candidat, les attestations de travail, accompagnées éventuellement des appréciations et/ou recommandations de l'employeur (ou des employeurs).
- 2 photos d'identités récentes **(noter nom et prénom au dos de la photo)**
- Cette fiche datée et signée.***
- Frais d'inscription 100.00 euros
- J'atteste avoir pris connaissance des conditions générales de vente (document joint au dossier d'inscription)**

Fait à ....., le .....

Nom, Prénom, Signature

# CONDITIONS GENERALES DE VENTE FORMA SANTE

## OBJET ET CHAMP D'APPLICATION :

Toute commande de formation implique l'acceptation sans réserve par l'acheteur et son adhésion pleine et entière aux présentes conditions générales de vente qui prévalent sur tout autre document de l'acheteur, et notamment sur toutes conditions générales d'achat.

## I. FORMATIONS INTRA-ENTREPRISE

### I.1. Définition :

Formation réalisée sur mesure pour le compte d'un Client ou d'un groupe de clients généralement exécutée dans les locaux du client.

### I.2. Documents contractuels :

Pour chaque formation intra-entreprise acceptée, une convention de formation professionnelle continue établie selon les textes en vigueur est adressée au client en deux exemplaires dont un est à nous retourner, au plus tôt et obligatoirement avant le début de la formation, signé et revêtu du cachet de l'établissement ou de l'entreprise.

La facture est adressée à l'issue de la formation ou du premier module de la formation.

Une attestation de présence est adressée au client après chaque formation. Sur demande elle peut être fournie après chaque module.

### I.3. Prix et conditions de règlement :

Forma Santé n'est pas assujéti à la TVA. Tous nos prix sont indiqués nets de toutes taxes et ne peuvent pas donner lieu à une récupération de TVA.

Le règlement du prix de la formation est à effectuer à réception de la facture, comptant et sans escompte à l'ordre de Forma Santé.

Toute somme non payée à l'échéance pourra donner lieu au paiement par le Client de pénalités de retard calculées à une fois et demi le taux de l'intérêt légal en vigueur.

Tout retard de paiement entraîne l'exigibilité d'une indemnité forfaitaire pour frais de recouvrement de 40 €uros.

Ces pénalités sont exigibles de plein droit, dès réception de l'avis informant le Client qu'elles ont été portées à son débit. L'acquiescement de ces pénalités ne peut en aucun cas être imputé sur le montant de la participation au développement de la Formation Professionnelle.

### I.4. Conditions d'annulation et de report :

L'organisme de formation se réserve le droit de reporter ou d'annuler une formation, de modifier le choix des animateurs, si des circonstances indépendantes de sa volonté l'y obligent et ce sans indemnités. Toute annulation par le Client doit être communiquée par écrit.

Une annulation signifiée moins de dix jours calendaires avant le début de la formation entraînera une facturation de 30% du coût total de la formation.

Si l'action de formation est reportée dans un délai de 6 mois, cette somme sera portée au crédit du Client sous forme d'avoir imputable sur la formation future.

### I.5. Obligations du client :

Le Client s'engage à proposer une salle de formation conforme à la réglementation en vigueur d'accueil du public.

### I.6. Obligations du stagiaire :

Le stagiaire reste soumis au pouvoir de discipline de l'employeur.

## II. FORMATIONS INTER-ENTREPRISES

### II.1. Définition :

Formation sur catalogue réalisée dans nos locaux ou dans des locaux mis à disposition par Forma Santé.

### II.2. Documents contractuels :

Le bulletin d'inscription est envoyé par le client par courrier, par mail, par fax ou par le biais du site.

Une confirmation d'inscription est adressée par Forma Santé qui décidera, en fonction du nombre d'inscriptions, de mettre en place la formation.

Pour chaque formation inter-entreprises mise en place, une convention de formation professionnelle continue établie selon les textes en vigueur est adressée au client en deux exemplaires dont un est à nous retourner, au plus tôt et obligatoirement avant le début de la formation, signé et revêtu du cachet de l'établissement ou de l'entreprise.

Lorsqu'une personne physique entreprend une formation à titre individuel et à ses frais, le contrat est réputé formé par la seule signature de la convention de formation. Cette convention est soumise aux dispositions des articles L6353-3 à L6353-7 du Code du travail.

La facture est adressée à l'issue de la formation ou du premier module de la formation.

Une attestation de présence est adressée au client après chaque formation. Sur demande elle peut être fournie après chaque module.

### II.3. Prix et conditions de règlement :

Forma Santé n'est pas assujéti à la TVA. Tous nos prix sont indiqués nets de toutes taxes et ne peuvent pas donner lieu à une récupération de TVA. Ils incluent le repas de midi sauf avis contraire exprimé à l'inscription.

Toute formation commencée est due en intégralité. Le règlement du prix de la formation est à effectuer à réception de la facture, comptant et sans escompte à l'ordre de Forma Santé.

Toute somme non payée à l'échéance pourra donner lieu au paiement par le Client de pénalités de retard calculées à une fois et demi le taux de l'intérêt légal en vigueur.

Tout retard de paiement entraîne l'exigibilité d'une indemnité forfaitaire pour frais de recouvrement de 40 €uros.

Ces pénalités sont exigibles de plein droit, dès réception de l'avis informant le Client qu'elles ont été portées à son débit. L'acquiescement de ces pénalités ne peut en aucun cas être imputé sur le montant de la participation au développement de la Formation Professionnelle.

### II.4. Remplacement d'un participant :

Forma Santé offre la possibilité de remplacer un participant par un autre participant ayant le même profil et les mêmes besoins en formation. Le remplacement d'un participant est toujours possible sans indemnités.

### II.5. Conditions d'annulation et de report :

Dans le cas où le nombre de participants serait insuffisant pour assurer le bon déroulement de la session de formation, Forma Santé se réserve la possibilité d'ajourner la formation au plus tard une semaine avant la date prévue et ce, sans indemnités. Toute annulation par le Client doit être communiquée par écrit.

Une annulation signifiée moins de dix jours calendaires avant le début de la formation entraînera une facturation de 50% du coût total de la formation.

Si l'action de formation est annulée et reportée dans un délai de 6 mois, cette somme sera portée au crédit du Client sous forme d'avoir imputable sur la formation future.

### II.6. Obligations du stagiaire :

Le stagiaire doit respecter le règlement intérieur de l'organisme de formation. Ce dernier est consultable sur le site de Forma Santé ou auprès du secrétariat des stages inter-entreprises.

## III. DISPOSITIONS COMMUNES INTRA ET INTER

### III.1. Informatique et libertés

En tant que responsables du traitement de vos données personnelles, les différentes structures du groupe Avenir Santé Formation s'engagent à prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et la confidentialité des données personnelles transmises, et ce dans le respect des dispositions légales en vigueur. Le détail de ces principes et actions visant au respect de la réglementation applicable en matière de protection des données à caractère personnel sont décrites dans la charte de protection des données personnelles du groupe, disponible sur le site internet de chacune de ses entités. Conformément au Règlement Européen 2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données personnelles, chaque personne bénéficie d'un droit d'accès, d'édiction des directives anticipées, de rectification, d'opposition, d'effacement, de portabilité ou de limitation aux traitements de données la concernant. Ces droits peuvent être exercés en nous contactant via l'adresse mail : [rgpd@avenirsanteformation.fr](mailto:rgpd@avenirsanteformation.fr). Pour faciliter le traitement, la personne est invitée à préciser dans sa demande son nom, son prénom, son adresse mail, sa qualité (stagiaire, client, formateur, salarié...), son établissement (si stagiaire ou client), la structure du groupe avec laquelle il est en contact et toutes informations jugées utiles par ses soins. Le groupe Avenir Santé Formation s'engage à adresser une réponse dans un délai maximum d'un mois à compter de la date d'exercice de ce droit. A défaut, il est possible de saisir les autorités compétentes et d'introduire une réclamation auprès de la CNIL. Le Client s'engage à informer chaque Stagiaire de ses droits.

### III.2. Renonciation

Le fait pour Forma Santé de ne pas se prévaloir à un moment donné de l'une quelconque des clauses des présentes, ne peut valoir renonciation à se prévaloir ultérieurement de ces mêmes clauses.

### III.3. Loi applicable

Les Conditions Générales et tous les rapports entre Forma Santé et ses Clients relèvent de la Loi française.

### III-3bis Engagement de non-réutilisation

Par la signature de la présente convention, le Client s'engage pour lui-même, ses agents, employés, collaborateurs, préposés, prestataires, conseils et tous autres tiers en lien avec lui, à n'utiliser ni ne transmettre à toute personne physique ou morale sans l'autorisation expresse et écrite préalable de Forma Santé, aucun des éléments dont il aura pu avoir connaissance, sous quelque format que ce soit, dans le cadre du déploiement de l'action de formation objet de la présente convention. En particulier, et sauf accord express intervenu entre le Client et Forma Santé, le Client s'interdit d'inclure dans les groupes de formation des stagiaires dont le rôle présent ou à venir serait de mettre en œuvre, à partir des éléments acquis lors de la formation, une démultiplication de tout ou partie de cette même formation auprès d'un public plus large.

La mise en œuvre d'une telle démarche constituerait une contravention aux droits de propriété intellectuelle de Forma Santé, de ses préposés ou de ses prestataires, et passible de poursuites, conformément aux Lois et Règlements en vigueur.

### III.4. Attribution de compétences

Tous litiges qui ne pourraient être réglés à l'amiable seront de la COMPÉTENCE EXCLUSIVE DU TRIBUNAL DE COMMERCE DE PARIS quel que soit le siège ou la résidence du Client, nonobstant pluralité de défendeurs ou appel en garantie. Cette clause attributive de compétence ne s'appliquera pas au cas de litige avec un Client non professionnel pour lequel les règles légales de compétence matérielle et géographique s'appliqueront. La présente clause est stipulée dans l'intérêt de la société Forma Santé qui se réserve le droit d'y renoncer si bon lui semble.

### III.5. Élection de domicile

L'élection de domicile est faite par Forma Santé à son siège social au 5, avenue Dauphine 45000 Orléans.

IFA Versailles – Forma Santé  
13 rue de l'école des postes  
78000, VERSAILLES

N° SIRET : 420 309 627 000 65 / Code APE : 8559A

Tel : 01 30 21 08 60 / Fax : 01 30 21 08 64 / Email : [ifave@formasante.fr](mailto:ifave@formasante.fr)

1. **Admissibilité sur dossier**

2. **Entretien d'admission**

- **Stage d'orientation professionnelle: durée 70 h**

Il doit être réalisé dans une entreprise de transport sanitaire ou un service hospitalier en charge du transport sanitaire de façon continue sur un seul lieu de stage.

A l'issu du stage, le responsable du service ou de l'entreprise remet obligatoirement au candidat une attestation de suivi de stage conforme au modèle figurant en annexe IV du présent arrêté. Cette attestation est remise aux examinateurs lors de l'entretien d'admission.

**Ce stage doit obligatoirement être effectué pour pouvoir se présenter à l'épreuve orale**

- **L'épreuve d'admission (épreuve orale) : durée 20 minutes maximum**

L'entretien d'admission est noté sur 20 points. Il comprend une présentation orale de 5 minutes du candidat en lien avec son stage d'observation lorsqu'il est réalisé ou son parcours professionnel antérieur lorsqu'il en est dispensé (8 points), suivie d'un entretien de 15 minutes avec le jury (12 points)

Une note inférieure ou égale à 8 sur 20 à cette épreuve est éliminatoire.

**Sont dispensés de l'admissibilité sur dossier et peuvent accéder directement à l'entretien d'admission :**

1. les candidats titulaires d'un titre ou diplôme homologué au niveau 4 ou enregistré à ce niveau au répertoire national de certification professionnelle, délivré dans le système de formation initiale ou continue français ;
2. les candidats titulaires d'un titre ou diplôme du secteur sanitaire social homologué au minimum au niveau 3, délivré dans le système de formation initiale ou continue français ;
3. Les candidats titulaires d'un titre ou diplôme étranger leur permettant d'accéder directement à des études universitaires dans le pays où il a été obtenu ;
4. Les candidats ayant été admis en formation d'auxiliaires médicaux ;
5. Les auxiliaires ambulanciers ayant exercé, à la date des épreuves, pendant un mois au minimum, en continue ou en discontinue, durant les trois dernières années et remplissant l'une des quatre conditions susmentionnées.

**Peuvent être dispensés de l'épreuve orale :**

- Les candidats ayant exercé au moins un mois, en continu ou discontinu, comme auxiliaire ambulancier, dans les trois dernières années.
- Les candidats issus de la brigade des sapeurs-pompiers de Paris ou marins-pompiers de Marseille justifiant d'une expérience professionnelle de trois années.

## Programme du DEA théorie et pratique en IFA (801h)

### Programme Théorique (556h)

#### **BLOC 1 : Prise en soin du patient à tout âge de la vie dans le cadre de ses missions (175h)**

- Modules 1 : Relation et communication avec les patients et leur entourage 70h
  - Etablir une communication adaptée pour informer et accompagner le patient et son entourage
- Module 2 : Accompagnement du patient dans son installation et ses déplacements 70h
  - Accompagner le patient dans son installation et ses déplacements en mobilisant ses ressources et en utilisant le matériel adapté
- Module 3 : Mise en œuvre des soins d'hygiène et de confort adaptés et réajustement 35h
  - Mettre en œuvre des soins d'hygiène et de confort adaptés aux besoins et à la situation du patient

#### **BLOC 2 : Réalisation d'un recueil de données cliniques et mise en œuvre de soins adaptés à l'état du patient notamment ceux relevant de l'urgence (210h)**

- Module 4 : Appréciation de l'état clinique du patient 105h
  - Apprécier l'état clinique du patient dans son domaine de compétences
- Module 5 : Mise en œuvre de soins adaptés à l'état du patient notamment ceux relevant de l'urgence 105h
  - Mettre en œuvre les soins adaptés à l'état du patient notamment ceux relevant de l'urgence

#### **BLOC 3 : Transport du patient dans le respect des règles de circulation et de sécurité routière (28h)**

- Module 6 : Préparation, contrôle et entretien du véhicule adapté au transport sanitaire terrestre 7h
  - Réaliser la préparation, le contrôle et l'entretien du véhicule adapté au transport sanitaire terrestre afin de garantir la sécurité du transport
- Module 7 : Conduite du véhicule adapté au transport sanitaire terrestre dans le respect des règles de circulation et de sécurité routière et de l'itinéraire adapté à l'état de santé du patient 21h
  - Conduire le véhicule adapté au transport sanitaire terrestre dans le respect des règles de circulation et de sécurité routière et de façon adaptée à l'état de santé du patient.

#### **BLOC 4 : Entretien des matériels et installations du véhicule adapté au transport sanitaire terrestre en tenant compte des situations d'intervention (36h)**

- Module 8 : Entretien du matériel et des installations du véhicule adapté au transport sanitaire terrestre et prévention des risques associés 35h
  - Utiliser des techniques d'entretien du matériel et des installations adaptées, dans son domaine de compétences en prenant en compte la prévention des risques associés.
  - Repérer, signaler, traiter les anomalies et dysfonctionnements en lien avec l'entretien du véhicule, du matériel et des installations et en assurer la traçabilité.

#### **BLOC 5 : Travail en équipe et traitement des informations liées aux activités de transport, à la qualité/gestion des risques (105h)**

- Module 9 : Traitement des informations 35h
  - Rechercher, traiter, transmettre les informations pertinentes pour assurer la continuité et la traçabilité des soins et des activités et transmettre ses savoir-faire professionnels.
- Module 10 : Travail en équipe pluriprofessionnelle, qualité et gestion des risques 70h
  - Organiser et contrôler son activité, coopérer au sein d'une équipe pluriprofessionnelles et améliorer sa pratique dans le cadre d'une démarche qualité/ gestion des risques.

#### **Suivi pédagogique : 3h**

**Programme Stages DEA (245h) + (42h) Accompagnement a la certification ( Transition écologique etc...)**

	Structure de soins de Courte durée Adulte ou Enfant	Structure de soins de longue durée, de soins de suite et de réadaptation ou EHPAD	Psychiatrie / Santé mentale Adulte ou Enfant	Parcours Médecine d'urgence Adulte / Enfant (Service des urgences / SAMU-SMUR)	Entreprise Transport sanitaire	Total (h)
<b>Répartition des stages</b>	105			70	70	245

Recommandations : Le stage de 3 semaines peut s'organiser en fonction de l'expérience professionnelle antérieure de l'élève et du projet pédagogique de l'institut.

**Entreprise de transport sanitaire :**

Chez un transporteur sanitaire agréé pour les deux catégories de transports sanitaires agréés mentionnées à l'article 5 du décret 87.965 du 30 Novembre 1987 relatif aux transports sanitaires terrestres.

**Durant la durée du stage en entreprise de transport sanitaire, l'apprenant est toujours supervisé par un ambulancier diplôme d'Etat. Il ne peut pas être considéré comme second membre d'équipage dans les ambulances.**

**Documents à joindre scanner au dossier ASP RS1 pour une indemnisation stagiaire par la région**

- ***Pièce d'identité ou titre de séjour (+ récépissé de demande de carte de séjour s'il y a lieu) en cours de validité***
- RIB au **nom complet** du stagiaire tel que noté sur la pièce d'identité
- Livret de famille ou acte de naissance
- Attestation de la carte vitale
- Attestation CAF (si allocataire)
- Certificats de travail + bulletins de salaire
- Avis de situation auprès du Pôle Emploi
- Attestation de fin de formation (si formation antérieure)



**ATTESTATION DE VALIDATION DU STAGE D'ORIENTATION PROFESSIONNELLE**

**CANDIDAT :**

Nom : Nom marital éventuel :  
 Prénom :  
 Adresse :  
 Code postal : Ville :  
 Tel :  
 Mail :

**DATE DE STAGE :**

**Du** **au**

**ENTREPRISE**

Nom :  
 N° Siret :  
 Adresse :  
 Code postal : Ville :  
 Tel :  
 Mail :  
 Nom du responsable du suivi du stage d'orientation professionnelle :  
 Fonction dans l'entreprise :

**EVALUATION DU CANDIDAT :**

CRITERES	Insuffisant	Moyen	Bon	Très bon	Observations
<b>Intérêt pour la profession d'ambulancier</b>					
<b>Curiosité intellectuelle</b>					
<b>Exactitude, rigueur</b>					
<b>Capacité à s'intégrer au sein d'une équipe</b>					
<b>Appréciation générale</b>					

**CACHET du responsable de l'entreprise**

**Date :**

**ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR POUR LES PERSONNES AYANT EXERCE AU MOINS UN  
MOIS EN QUALITE D'AUXILIAIRE AMBULANCIER**

**CANDIDAT :**

Nom : \_\_\_\_\_ Nom marital éventuel : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
 Tel : \_\_\_\_\_  
 Mail : \_\_\_\_\_

**PERIODE D'EXERCICE PROFESSIONNEL**

**Du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_**

**ENTREPRISE**

Nom : \_\_\_\_\_  
 N° Siret : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
 Tel : \_\_\_\_\_  
 Mail : \_\_\_\_\_  
 Nom du responsable de l'entreprise : \_\_\_\_\_

**APPRECIATION DE L'EMPLOYEUR**

CRITERES	Insuffisant	Moyen	Bon	Très bon	Observations
Aptitudes physiques (agilité, résistance, port de charges, ergonomie)					
Motivation professionnelle					
Exactitude, rigueur					
Maîtrise d'un véhicule sanitaire					
Appréciation générale					

**CACHET du responsable de l'entreprise**

**Date :**

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

**Établi par un médecin agréé par l'ARS de votre département**

Je soussigné (e), Docteur .....

Médecin agréé par l'ARS certifie avoir examiné ce jour :

Mr/Mme.....

J'atteste que le (la) candidat(e) ne présente aucun problème locomoteur, psychique, aucun handicap incompatible avec la profession d'ambulancier(e) : visuel, auditif, amputation d'un membre....

Fait à ....., le .....

**Cachet et signature du médecin Agréé par l'ARS**

2

**N.B. : pensez à vous présenter chez le médecin avec votre carnet de santé.**

**1**
**ETAT CIVIL ET COORDONNEES DU DEMANDEUR À REMPLIR À L'ENCRE NOIRE, EN LETTRES MAJUSCULES SANS ACCENT NI RATURE**

Nom de naissance   
(C'est le nom qui figure sur votre acte de naissance)

Prénom(s)   
(Dans l'ordre de l'état civil)

Nom d'usage (s'il y a lieu)   
(ex : nom d'époux(se))

Date de naissance : Jour  Mois  Année  Sexe : Femme  Homme  Téléphone portable (Personne)

Commune de naissance  Département ou Collectivité d'outre-mer

Pays   
(Si vous êtes né(e) à l'étranger)

Adresse : N° de la voie  Extension : bis, ter, etc.  Type de voie : avenue, boulevard, etc.   
 Nom de la voie

Complément d'adresse   
(Étage, escalier, appartement - Immeuble, bâtiment, résidence - Lieu-dit, Boîte postale, Commune déléguée)

Code postal  Commune

Courriel (Recommandé)

**2** Motif de la demande d'avis médical :  Renouvellement périodique  Nouvelle catégorie  Suspension  Après invalidation ou annulation  Autre

Catégorie(s) de permis déjà détenue(s) :

AM	A1	A2	A	B1	B	BE	C1	C1E	C	CE	D1	D1E	D	DE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Catégorie(s) de permis sur lesquelles porte l'avis médical :

A1	A2	A	B1	B	BE	C1	C1E	C	CE	D1	D1E	D	DE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Activité(s) professionnelle(s) exercée(s) :

 Taxi  VTC  Ambulance  Ramassage scolaire  Transport public de personnes  Transport public à moto  Enseignant de la conduite

**AVIS DU OU DES MÉDECINS**
**3** Modalités du contrôle médical :

 En cabinet médical  En commission médicale primaire  En commission médicale d'appel  Autres : \_\_\_\_\_

**3-1** Examens complémentaires demandés le \_\_\_\_\_ Examen psychotechnique réalisé le \_\_\_\_\_

**4** Le(s) médecin(s) \_\_\_\_\_ et \_\_\_\_\_ agréé(s) par le(s) préfet(s) de (s) département(s) n° \_\_\_\_\_, après contrôle médical de l'intéressé(e), émettent conformément à la réglementation en vigueur et à la liste des affections médicales compatibles avec le maintien ou la délivrance du permis de conduire, l'avis médical suivant :

<input type="checkbox"/> APTE pour la durée de validité fixée par la réglementation <input type="checkbox"/> Groupe léger <input type="checkbox"/> Groupe lourd <input type="checkbox"/> APTE TEMPORAIRE pour une durée de validité limitée à _____ et à réexaminer par la commission médicale : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> APTE avec les restrictions ou dispenses suivantes : <input type="checkbox"/> dispositif de correction et/ou protection de la vision <input type="checkbox"/> autres <input type="checkbox"/> INAPTE	Observations : <input type="checkbox"/> Groupe léger <input type="checkbox"/> Groupe lourd
--	---

**6** Après contrôle médical, le médecin agréé, consultant hors commission médicale :  
 ne prononce pas d'avis et renvoie l'utilisateur devant la commission médicale primaire.

**7** **DÉCLARATION EN CAS D'AVIS D'APTITUDE TEMPORAIRE, D'APTITUDE AVEC RESTRICTIONS OU D'INAPTITUDE**  
 Je soussigné(e),  M.  Mme \_\_\_\_\_ déclare avoir pris connaissance des motifs d'ordre médical qui ont entraîné l'avis d'aptitude temporaire, d'aptitude avec restrictions ou d'inaptitude à la conduite.

**8** Fait le : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

 Signature de l'utilisateur (à l'issue du contrôle médical)  
 [Représentant légal si mineur]

Signature et cachet du ou des médecins

## - Inscription des étudiants en santé - Fiche médicale à valider par un médecin

**Filière universitaire :** ..... **NOM :** ..... **NOM de naissance :** .....  
 Médecine **Prénom :** ..... **Date de naissance :** .. / .. / ....  
 Odontologie **Tél. :** ..... **Email :** .....  
 Pharmacie **Département de naissance :** ..... **Code postal lieu de résidence :** .....  
 Sage-femme **Année d'admission :** ..... **Commune de naissance ou pays si né(e) à l'étranger :** .....

Avant votre entrée en formation, vous devez apporter la preuve que vous êtes vacciné(e) contre différents risques infectieux. Si vous n'êtes pas à jour des vaccinations obligatoires, vous ne serez pas autorisé(e) à aller en stage. Les tableaux suivants devront être complétés par votre médecin sauf si le carnet de vaccination électronique a été créé sur [www.mesvaccins.net](http://www.mesvaccins.net) et validé par un professionnel de santé. Cette fiche devra être communiquée, avec les résultats\*\*, en même temps que votre dossier d'inscription (article L3111.4 du Code de la Santé Publique).

Si carnet de vaccination électronique créé et validé par un professionnel de santé : code de partage   
 Le médecin n'a rien de plus à compléter. Joindre uniquement les résultats demandés sous pli confidentiel.

### Diphthérie-Tétanos-Polio (dTP)\* / Diphthérie-Tétanos-Polio-Coqueluche (dTPca)

Rappel dTPca si un vaccin coquelucheux n'a pas été administré dans les 5 dernières années (respecter un délai de 1 mois après le dernier dTP). Lors des rappels à âge fixe (25, 45 et 65 ans), sera réalisé systématiquement un dTPca.

Dernier rappel dTP => Date : .. / .. / .... Nom : ..... Dernier rappel dTcaP => Date : .. / .. / .... Nom : .....

### Hépatite B\*

**Joindre les résultats sérologiques quelle que soit la date\*\***  
 Rappel des conditions d'immunisation :  
 1) Ac anti-HBs > 100 UI/l (quels que soient l'historique vaccinal et l'ancienneté des résultats)  
 2) Ac anti-HBs ≥ 10 UI/l et Ac anti-HBc négatif (si schéma vaccinal complet)

Les différents schémas complets :

- soit classique (3 doses) : 2 doses à 1 mois d'intervalle, la 3<sup>ème</sup> au moins 5 mois après la 2<sup>ème</sup> dose
- soit à l'adolescence (de 11 à 15 ans) : 2 doses espacées de 6 mois } avec un vaccin contre l'hépatite B dosé à 20 µg
- soit accéléré (à titre exceptionnel) : 3 doses en 21 jours, rappel à 1 an
- Première dose => Date : .. / .. / .... Nom : .....
- Deuxième dose => Date : .. / .. / .... Nom : .....
- Troisième dose => Date : .. / .. / .... Nom : .....
- Injections supplémentaires => Date : .. / .. / .... Nom : .....
- => Date : .. / .. / .... Nom : .....
- => Date : .. / .. / .... Nom : .....

### Covid-19

Première dose => Date : .. / .. / .... Deuxième dose => Date : .. / .. / ....

### Rougeole-Oreillons-Rubéole (ROR)

- Personnes nées avant 1980 :**
- Antécédent de rougeole => Date : .. / .. / ...
  - Pas d'antécédent de rougeole ou doute => vaccination 1 dose recommandée sans contrôle sérologique préalable
- Personnes nées depuis 1980 :**
- vaccination 2 doses recommandées quels que soient les ATCD

**Schéma vaccinal :**

- Première dose => Date : .. / .. / .... Nom : .....
- Deuxième dose => Date : .. / .. / .... Nom : .....

### Varicelle

- Antécédent de maladie
- Pas d'antécédent ou doute

Si pas d'antécédent ou doute => Sérologie à faire  
**Joindre le résultat\*\***

Si sérologie négative => Vaccination recommandée

- Première dose => Date : .. / .. / .... Nom : .....
- Deuxième dose => Date : .. / .. / .... Nom : .....

### Méningocoque C

Vaccination recommandée jusqu'à l'âge de 24 ans inclus => Date : .. / .. / .... Nom : .....

### Tuberculose (vaccination non obligatoire à compter du 1<sup>er</sup> avril 2019) recueillir uniquement des éléments ci-dessous

#### BCG

=> Date : .. / .. / ....

#### Test tuberculinique (IDR) quelle que soit la date de réalisation

(une valeur de référence post-vaccinale est indispensable)

- Taille de l'induration en mm :

Je, soussigné Dr \_\_\_\_\_ certifie que les renseignements inscrits ci-dessus sont exacts.

Fait le :

Signature et cachet du praticien :

\* Obligatoire

\*\* Nous vous rappelons que tous les éléments demandés doivent être joints sous pli confidentiel.



# Suis-je à jour de mes vaccinations ?

**Bonne question !... Car c'est indispensable pour mon inscription.**

Vous envisagez d'exercer un métier dans le domaine de la santé ? Pour cela, il est indispensable que vous soyez vaccinés.

La vaccination est utile pour soi mais aussi pour protéger les autres, notamment les personnes les plus fragiles. Ainsi, la vaccination vous protège contre certaines maladies infectieuses et protégera également les patients auprès desquels vous interviendrez.



**Attention : n'attendez pas les résultats des concours, faites vérifier vos vaccins par un médecin car être correctement vacciné peut prendre plusieurs mois.**

Voici la liste des vaccins à faire\* :

BCG	Obligatoire
Coqueluche	Recommandé
Diphtérie - Tétanos - Poliomyélite	Obligatoire
Grippe saisonnière	Recommandé
Hépatite B	Obligatoire
Méningocoque C	Recommandé
Rougeole - Oreillons - Rubéole (ROR)	Recommandé
Varicelle	Recommandé

Tous ces vaccins sont jugés comme indispensables compte tenu du milieu professionnel dans lequel vous envisagez d'évoluer. Certains conditionnent votre entrée dans votre formation ainsi que la réalisation de vos stages programmés dans le cadre de votre cursus.

\* Source : Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2016

A l'issue du concours, si vous êtes admis, vous devez impérativement remettre dans votre dossier d'inscription de formation la fiche vaccination complétée par un médecin.

Celle-ci peut être remplie de manière simplifiée si vous créez votre carnet de vaccination électronique sur [www.mesvaccins.net](http://www.mesvaccins.net) et le faites valider par votre médecin (ou le médecin universitaire ou le médecin du travail) : il sera partagé entre vous et ces professionnels de santé.

## NOTE EXPLICATIVE VACCINATIONS OBLIGATOIRES

**Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L. 3111-4 du code de la santé publique**

**Art. 2.** – Les élèves ou étudiants mentionnés à l'article 1er de l'arrêté du 6 mars 2007 susvisé sont soumis aux obligations d'immunisation mentionnées à l'article L. 3111-4 du code de la santé publique. Au moment de leur inscription dans un établissement d'enseignement et, au plus tard, avant de commencer leurs stages dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention ou de soins, ils apportent la preuve qu'ils satisfont aux obligations d'immunisation mentionnées à l'article L. 3111-4. A défaut, ils ne peuvent effectuer leurs stages.

**Attestation d'immunisation et de vaccinations obligatoires à faire remplir par un médecin (Photocopies du carnet de santé ou résultat de laboratoire non acceptés).**

### **Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite**

Schéma vaccinal : 2 – 4 - 11 mois / 6 – 11 ans  
25 – 45 – 65 ans (Tous les 10 ans après 65 ans)

### **Tuberculose**

« Le décret suspendant l'obligation de vaccination contre la tuberculose des professionnels vise aux articles R.3112-1C et R.3112-2 du code de la santé publique a été publié le 1er mars 2019. Ainsi la vaccination par le BCG ne sera plus exigée lors de la formation ou de l'embauche de ces professionnels dès le 1er avril 2019.

Toutefois, il appartiendra aux médecins du travail d'évaluer ce risque et de proposer, le cas échéant, une vaccination par le vaccin antituberculeux BCG au cas par cas aux professionnels du secteur sanitaire et social non antérieurement vaccinés **et** ayant un test immunologique de référence négatif **et** susceptibles d'être très exposés tels que :

- Les personnels en contact répété avec des patients tuberculeux et tout particulièrement ceux à risque de tuberculose multi résistante.
- Les personnels de laboratoires travaillant sur les mycobactéries (cultures, modèles animaux...)

### **Hépatite B**

Schéma vaccinal : 0 – 1 – 6 mois

Contrôle sérologie anti-HBs obligatoire à l'entrée en formation (résultat ancien accepté)

Si résultat > 100 UI/L : immunisation OK

Si résultat < 100 et > 10 UI/L : examen complémentaire, cf. médecin

Si résultat < 10 UI/L : non immunisé, compléter schéma vaccinal

*(Les personnes considérées comme non répondeuse à la vaccination sont soumises à une surveillance au moins annuelle des marqueurs sériques du virus de l'hépatite B.)*

### **Covid 19 :**

Schéma vaccinal complet obligatoire.