

## BULLETIN D'INSCRIPTION

### Auxiliaire Ambulancier

### Pour vous inscrire

- Courrier** : IFA de Brest  
9 rue de Vendée  
29200 BREST  
02 98 41 75 74

**Cocher la session choisie**

- Du 11 au 26 janvier 2024  
 Du 25 mars au 10 avril 2024  
 Du 13 au 29 mai 2024  
 Du 20 juin au 05 juillet 2024  
 Du 12 septembre au 27 septembre 2024  
 Du 14 au 29 octobre 2024  
 Du 21 novembre au 06 décembre 2024

**Les inscriptions sont retenues par ordre d'arrivée des dossiers complets**

Mr  Mme Nom : ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille : .....

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

Adresse : .....

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

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

**Les convocations pour l'entrée en formation sont envoyées par mail.**

Permis B obtenu le : ..... **(Votre permis ne doit plus être probatoire)**

Diplôme de secourisme : .....

Situation de famille : célibataire / Marié / Divorcé                      Nombre d'enfants : .....

Demandeur d'emploi : ..... OUI\*    NON\*

Si oui, depuis le ..... Indemnisé : ..... OUI\*    NON\*

Numéro d'identifiant : ..... Pôle emploi de référence : .....

Vous concernant, identifiez-vous un besoin d'adaptation particulier ? (Adaptation des supports, du matériel, de la durée de l'examen, du rythme de la formation...) ..... OUI\*    NON\*

**Financement de la formation** : Tarif de la formation : 950€ (coût incluant la formation AFGSU 2)

- Moi-même

**Le règlement devra se faire le jour de l'entrée en formation en 2 chèques (2x475€)**

Chèques à l'ordre de « FORMA SANTE – IFA BREST »

- Entreprise (nom, adresse postale et adresse mail) **joindre un accord de prise en charge écrit.**

Un organisme (nom et adresse) .....

**FORMA SANTE**

Institut de Formation d'Ambulanciers Brest

9 rue de Vendée – 29200 BREST

Tél : 02 98 41 75 74 - Fax : 02 98 41 72 62

[ifabr@formasante.fr](mailto:ifabr@formasante.fr)

APE : 8559A - N° SIRET : 42030962700073

**Constitution du dossier d'inscription :**

**NE PAS JOINDRE LES DOCUMENTS ORIGINAUX,**

**NE JOINDRE QUE DES PHOTOCOPIES**

- Bulletin d'inscription dûment complétées, datées et signées** par le candidat.
- Photocopie de l'attestation de formation aux Gestes et Soins d'Urgence niveau 2 en cours de validité (si titulaire)
- Photocopie** recto verso du permis de conduire (**Ce permis ne doit plus être probatoire : obtenu depuis plus de 3 ans et 2 ans pour les conducteurs en conduite accompagnée**)
- Photocopie** recto verso de la carte d'identité
- Photocopie** de l'attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires (**Pièce jointe : document type obligatoire**). **NE PAS JOINDRE LES RESULTATS D'EXAMENS BIOLOGIQUES.** (Visite médicale à effectuer auprès du médecin traitant avant la visite de non contre-indications à la profession d'ambulancier auprès du médecin agréé ARS)
- Photocopie** de l'attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulance **Cerfa 14880\*02** établie par un médecin agréé préfecture. (Pièce jointe). **Ce médecin ne doit pas être votre médecin traitant.**
- Photocopie** du certificat de non-contre-indications à la profession d'ambulancier établi par un médecin agréé par l'**ARS** de votre département (pièce jointe). **Ce médecin ne doit pas être votre médecin traitant.**
- Photocopie** de l'attestation Carte Vitale ou attestation de l'organisme de protection sociale (- 6 mois).
- Attestation nominative** d'assurance Responsabilité Civile « **vie privée** » couvrant la période de formation (En général, la garantie responsabilité civile est rattachée à l'assurance habitation).
- 1 photo d'identité récente (noter nom et prénom au dos de la photo)
- 2 enveloppes format A4 à vos noms et adresse + 4 timbres 20g (Ces enveloppes seront utilisées pour l'expédition des attestations de fin de formation)

**En signant ce document, j'atteste avoir pris connaissance des conditions générales de ventes.**

Fait à....., le.....SIGNATURE