

FICHE D'INSCRIPTION
CONCOURS DIPLOME D'ETAT D'AMBULANCIER
CONTRAT DE PROFESSIONNALISATION

Lieu de Formation :

QUIMPER

BREST

Ouverture des inscriptions : 15/12/2023 / Nombre de places ouvertes : 10

<p><u>Date de session :</u></p> <p><u>QUIMPER</u> Du 03 juin 2024 au 27 juin 2025 (Sous réserve de modification)</p> <p><u>BREST</u> Du 10 juin 2024 au 27 juin 2025 (Sous réserve de modification)</p>	<p><u>CLOTURE DES INSCRIPTIONS :</u> 21 mai 2024</p>	
	<p>ADMISSIBILITE (Dossier) AFFICHAGE RESULTATS : 22 mai 2024</p>	<p>EPREUVES ADMISSION (oral) : 27 mai 2024 AFFICHAGE RESULTATS : 28 mai 2024 à 15h00</p>
	<p>STAGE D'OBSERVATION 70H à valider avant le 26/05/2023 (Il doit être réaliser <u>de façon continue sur un seul lieu de stage</u>)</p>	

M., Mme Nom : Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tel : Portable :

Mail : **(obligatoire)**

- Diplômes scolaires obtenus (si BAC précisez la série)?
- Diplômes de secourisme : PSC1 AFGSU1 AFGSU2 PSE1 PSE2 Autres :
- Situation de famille* : Célibataire / Marié / Divorcé / Autre..... Nombre d'enfants
- Situation professionnelle avant l'entrée en formation :
- Demandeur d'emploi : OUI* NON*
- Si OUI, depuis le Indemnisé : OUI* NON*
- Numéro d'identifiant Pôle emploi :
- Avez-vous exercé en tant qu'auxiliaire ou conducteur ambulancier ? OUI* NON*
- Si OUI, depuis combien de mois à temps plein ?
- 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*

Si oui, lesquelles :

encadrez la réponse utile

Entreprise pour le contrat de professionnalisation :

Raison Sociale :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Nom Responsable :

Mail :

Téléphone :

Constitution du dossier d'inscription

NE PAS JOINDRE LES DOCUMENTS ORIGINAUX ! - LES PHOTOCOPIES DOIVENT ÊTRE LISIBLES

Pièces obligatoires:

- Fiche d'inscription** recto verso dûment **complétées, datées et signées** par le candidat.
- Photocopie recto-verso de la carte d'identité en **cours de validité**.
- Pour les personnes titulaires d'un titre 4 ou titre 3 secteur sanitaire et social** : Photocopie des diplômes ou titres traduits en français
- Une copie de l'attestation « **Auxiliaire ambulancier** » ou du **PSC1** datant de moins de 3 ans
- Une copie de l'attestation **AFGSU2** pour les personnes concernées
- Photocopie **recto-verso du permis de conduire (les 3 volets)** conforme à la réglementation en vigueur et en état de validité (**hors période probatoire** : délivré depuis plus de 3 ans ou 2 ans si conduite accompagnée).
- Photocopie** (ne pas joindre l'original) de **l'attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires**. (*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** (ne pas joindre l'original) de l'attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulance **Cerfa 14880*02** établie par un **médecin agréé Préfecture**. **Ce médecin ne doit pas être votre médecin traitant**. (*Les démarches auprès de la préfecture ou sous-préfecture du département de résidence du candidat **qui suivent la visite médicale** seront à effectuer par le candidat pendant ou après la formation*).
- Photocopie** (ne pas joindre l'original) **certificat de non-contre-indications** à la profession d'ambulancier établi par un **médecin agréé ARS**. **Ce médecin ne doit pas être votre médecin traitant**.
- L'attestation de suivi de stage d'observation de 70h** (*cette attestation doit nous parvenir au plus tard le jour de l'épreuve d'admission*) ou **attestation de l'employeur** ou, à défaut, tout document officiel justifiant de l'exercice professionnel **d'un mois au minimum** en tant qu'auxiliaire ambulancier ou conducteur ambulancier.
- Photocopie de la carte vitale ou attestation de l'organisme de protection sociale (moins de 6 mois).
- Charte de protection de vos données personnelles **signée**.
- 2 photos d'identité récentes (**noter votre nom et votre prénom au dos de chaque photo**)
- 2 enveloppes A5 (16.2cm x 22.9cm) et 1 enveloppe format A4 (22,9 x 32,4 cm) **libellées à vos noms et adresse** et 6 timbres à 20g

Pour les ambulanciers ayant exercé 1 an en continue durant les 3 dernières années :

- . une **attestation de l'employeur** ou, à défaut, tout document officiel justifiant de l'exercice professionnel

Pour les candidats présentant un dossier d'admissibilité

(non titulaire Titre 4 tous domaines confondus ou Titre 3 Secteur Sanitaire et Social)

- Une lettre de motivation **manuscrite** ;
- Un curriculum vitae ;
- Un document **manuscrit** relatant, au choix du candidat, soit une situation personnelle ou professionnelle vécue, soit son projet professionnel en lien avec les attendus de la formation figurant dans le descriptif du concours. Ce document n'excède pas deux pages (cf : *Descriptif détaillé du concours et programme de la formation*) ;

A fournir en complément selon la situation :

- 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 attestations de travail, accompagnées éventuellement des appréciations et/ou recommandations de l'employeur (ou des employeurs), éventuellement, un justificatif valorisant un engagement ou une expérience personnelle en lien avec la profession d'ambulancier.

Publication des résultats sur internet :

- J'accepte que mon identité (nom et prénom) paraisse à la publication des résultats sur internet**
- Je n'accepte pas que mon identité (nom et prénom) paraisse à la publication des résultats sur internet.** Dans le cas d'un refus, merci de compléter la note relative à la publication des résultats du concours sur internet (cf : document joint)

ATTENTION : En l'absence de réponse, les résultats seront publiés sur internet.

Je certifie les documents photocopiés conformes aux originaux que je détiens

J'atteste avoir pris connaissance des conditions générales de ventes

Fait à, le SIGNATURE

A réception de votre dossier complet, vous pourrez alors être convoqué pour les épreuves d'admission du concours d'entrée (sauf si dispense). L'attestation de validation de stage est à nous retourner avant la fin des épreuves d'admission (sauf si dispense). Un modèle de convention de stage est à disposition sur notre site internet : www.formasante.fr

CONDITIONS GÉNÉRALES 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 €.

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 €.

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'édition 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. Pour en 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 d'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.

FORMA SANTE

Institut de Formation d'Ambulanciers Brest

9 rue de Vendée – 29200 BREST

Tél : 02 98 41 75 74 - ifabr@formasante.fr

APE : 8559A - N° SIRET : 42030962700073

ATTESTATION MEDICALE D'IMMUNISATION ET DE

VACCINATIONS OBLIGATOIRES

 des personnes mentionnées à l'article L3111-4 du code de la santé publique

Je, soussigné(e) Docteur

Certifie que : Nom de naissance Nom d'usage

Prénom : Né(e) le...../...../.....

En formation de :

Est immunisé(e) :

- Contre la DIPHTERIE, le TETANOS et la POLIOMYELITIS :

Dernier rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N° lot

- Contre l'HEPATITE B, selon les conditions définies au verso, il/elle est considéré(e) comme : *(rayer les mentions inutiles)*

- Immunisé(e) contre l'HEPATITE B :	oui	non
- Non répondeur (se) à la vaccination (après l'administration de 6 doses) :	oui	non
- Nécessitant un avis spécialisé	oui	non

- Par le BCG* OUI NON

Nom du vaccin intradermique ou Monovax®	Date du vaccin	N° lot

*Un arrêté du 27 février 2019 a suspendu l'obligation de vaccination par le BCG.

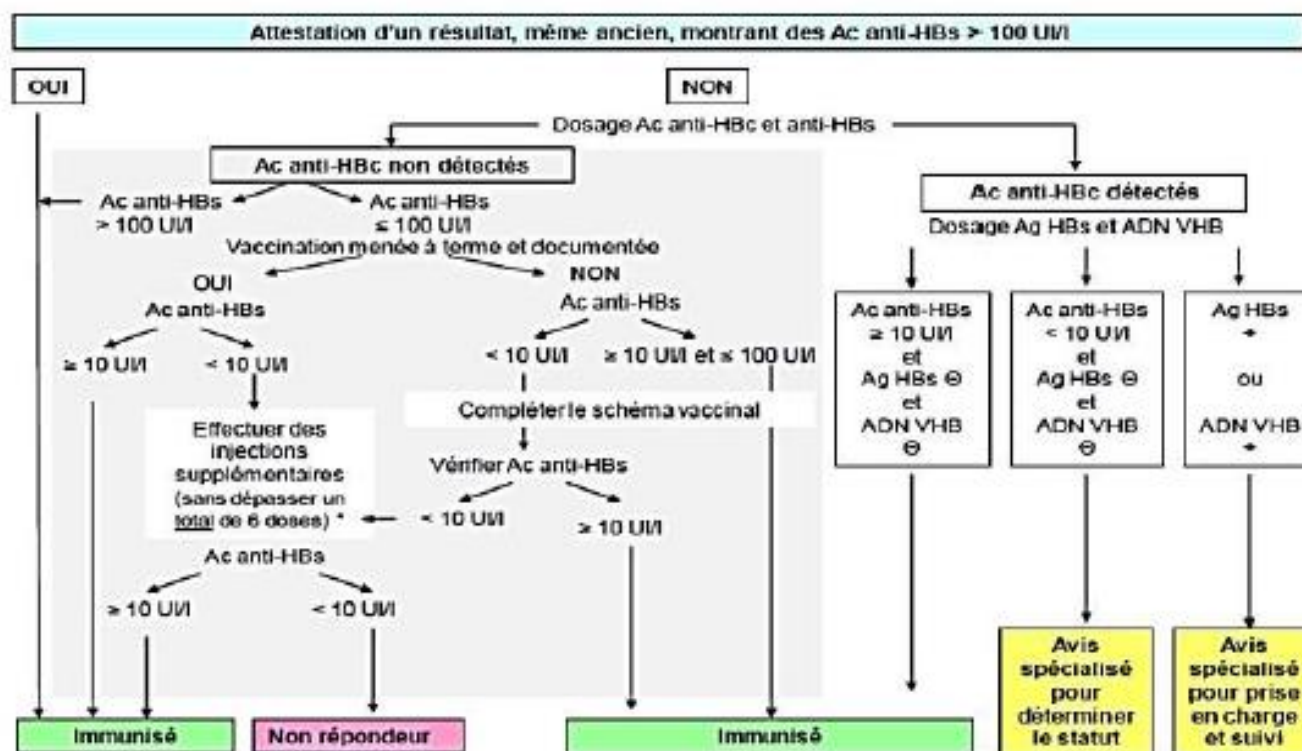
IDR à la tuberculine*	Date	Résultat (en mm)

*L'IDR de référence est **obligatoire** : Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiques.

SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN

Nota bene : Selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour les étudiants et professionnels de santé, il est par ailleurs recommandé d'être immunisé contre la COVID-19, la coqueluche, la rougeole, la rubéole et les oreillons (ROR), la varicelle et la grippe saisonnière, ainsi que contre l'hépatite A pour les personnes s'occupant d'enfants n'ayant pas atteint l'âge de la propreté (par exemple personnels des crèches, assistants maternels...) et – des structures collectives d'accueil pour personnes handicapées.

Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des personnes mentionnées à l'article L.311-4 et dont les conditions sont fixées par l'arrêté du 2 août 2013



* Sauf cas particuliers 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. <https://vaccination-info-service.fr/>)

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 (Recommandé)

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) :

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

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

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

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 :

5

APTE pour la durée de validité fixée par la réglementation Groupe léger Groupe lourd

APTE TEMPORAIRE pour une durée de validité limitée à _____ et _____ à réexaminer par la commission médicale : oui non

APTE avec les restrictions ou dispenses suivantes :

dispositif de correction et/ou protection de la vision

autres

INAPTE Groupe léger Groupe lourd

Observations :

6

Après contrôle médical, le médecin agréé, consultant hors commission médicale :

- ne prononce pas d'avis et renvoie l'usager 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'usager (à l'issue du contrôle médical)
[Représentant légal si mineur]

Signature et cachet du ou des médecins

NOTICE EXPLICATIVE
relative au Cerfa N° 14880*02
Contrôle médical de l'aptitude à la conduite
des conducteurs et des candidats au permis de conduire

1 ETAT CIVIL ET COORDONNEES (à remplir par l'utilisateur)

- Inscrire une seule lettre par case.
- Indiquer une adresse courriel et un numéro de téléphone portable (fortement recommandé).

2 MOTIF DE LA DEMANDE D'AVIS MEDICAL (à remplir par l'utilisateur) :

Renouvellement périodique : vous devez renouveler une ou plusieurs catégories de permis dont la date de validité arrive à échéance (permis poids lourds C ou D par exemple, restrictions médicales...).

Vous devez renouveler votre attestation d'aptitude médicale pour exercer les professions de taxis, VTC, ambulances, etc.

Nouvelle catégorie : Vous vous inscrivez en vue d'obtenir un permis de conduire et déclarez être atteint d'une affection médicale.

Vous possédez déjà un permis de conduire (par ex. la catégorie B) et vous demandez une nouvelle catégorie soumise à un avis médical (par ex. la catégorie C).

Suspension : Votre permis de conduire a été suspendu et vous devez disposer, avant la fin de votre suspension, d'un avis médical pour demander un permis de conduire.

Après invalidation ou annulation : Votre permis a été annulé ou invalidé, vous avez repassé l'examen, et vous devez disposer d'un avis médical pour demander un permis de conduire.

Autre : Vous êtes titulaire d'un permis de conduire et l'administration vous demande de vous soumettre à un contrôle médical.

- **Catégorie(s) de permis déjà détenues** : cocher toutes les catégories de permis que vous possédez (ou possédiez avant l'invalidation ou l'annulation).
- **Catégorie(s) de permis sur lesquelles porte l'avis médical** : cocher toutes les catégories de permis pour lesquelles vous sollicitez un avis médical.
Ex : vous détenez les catégories B et C et vous réalisez le renouvellement périodique de votre permis C. Sur la ligne « catégories détenues » vous cochez B et C et sur la ligne « catégories pour lesquelles porte l'avis médical », vous ne cochez que la C.
- **Activité(s) professionnelle(s) exercée(s)** : vous exercez ou souhaitez exercer une des activités professionnelles mentionnées qui nécessitent un avis médical (cocher les cases correspondantes).

AVIS DU OU DES MEDECINS (A remplir par le ou les médecins)

3 MODALITES DU CONTROLE MEDICAL

Indiquer s'il s'agit d'un passage devant un médecin agréé consultant hors commission médicale ou devant la commission médicale.

La case « autre(s) » correspond au contrôle médical exercé par des médecins professionnels pour des publics spécifiques (sapeurs-pompiers...).

En 3-1, indiquer la date de la demande des examens complémentaires et la date de réalisation de l'examen psychotechnique.

4 Le médecin agréé consultant hors commission médicale/les médecins de la commission médicale indiquent leurs noms, ainsi que le numéro du département dans lequel le préfet a délivré l'agrément.

5 AVIS MEDICAL RENDU

En plus de la case cochée sur l'avis rendu (aptitude, aptitude temporaire, aptitude avec restrictions, inaptitude), cocher le(s) groupe(s) de véhicules correspondant(s) [léger, lourd ou les deux].

Exemple : un titulaire de la catégorie B qui sollicite la catégorie C peut être déclaré inapte pour la catégorie C mais demeurer apte pour la catégorie B, il faudra cocher les cases « Apte » - « Groupe léger », et « Inapte » - « Groupe lourd ».

Le cadre « Observations » doit être utilisé pour indiquer le ou les codes correspondant aux mentions additionnelles ou restrictives, la nature de la dispense, et toutes les informations jugées utiles.

6 A remplir par le(s) médecin(s) lorsqu'aucun avis n'est prononcé et l'utilisateur est renvoyé devant la commission médicale.

7 L'utilisateur renseigne et signe cette rubrique impérativement si le médecin émet un avis d'aptitude temporaire, d'aptitude avec restrictions ou d'inaptitude.

8 Le cerfa doit comporter la signature du ou des médecins, assortie de leur(s) cachet(s), et la signature de l'utilisateur. En l'absence de ces éléments il ne pourra pas être pris en compte.

**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE
INDICATIONS A LA PROFESSION
D'AUXILIAIRE AMBULANCIER ¹
OU D'AMBULANCIER ²**

Je soussigné (e), Docteur **médecin**

agréé ARS certifie avoir examiné ce jour M

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 àle³

Cachet et signature du médecin Agréé par l'ARS⁴

¹ : article 2 de l'arrêté du 11 avril 2022 relatif aux conditions de formation de l'auxiliaire ambulancier et au diplôme d'ambulancier.

² : article 7 de l'arrêté du 11 avril 2022 relatif aux conditions de formation de l'auxiliaire ambulancier et au diplôme d'ambulancier.

³ : Daté de moins de 1 an.

⁴ : Liste des médecins agréés (Agence Régional de Santé) : sur Internet, dans moteur de recherche, taper :
MEDECINS AGREES+DEPARTEMENT OU REGION (**Attention : médecin différent de la liste des
médecins agréés par la préfecture**)

ATTESTATION DE SUIVI DU STAGE D'OBSERVATION

CANDIDAT :

Nom : Nom marital éventuel

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Tel :

Portable :

Mail :

DATE DU STAGE :

Du au

ENTREPRISE

Nom :

N° Siret :

Coordonnées :

Nom du responsable du suivi du stage de découverte du candidat :

Fonction dans l'entreprise :

APPRECIATION DU CANDIDAT

(mettre une croix dans la colonne choisie et motivez impérativement votre choix dans la case observation) :

CRITERES	Insuffisant	Moyen	Bon	Très bon	Observations
Aptitudes physiques (agilité, résistance, port de charges, ergonomie)					
Aptitudes relationnelles (communication avec les membres de l'équipe, relation avec les patients)					
Motivation professionnelle					
Exactitude, rigueur					
Maîtrise des caractéristiques spécifiques d'un véhicule sanitaire					
BILAN					

Date :

Signature et Cachet du responsable de l'entreprise

ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR POUR LES PERSONNES AYANT EXERCÉ AU MOINS UN MOIS EN QUALITÉ D'AUXILIAIRE AMBULANCIER OU DE CONDUCTEUR D'AMBULANCE

CANDIDAT :

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

PERIODE D'EXERCICE PROFESSIONNEL :

Du _____ au _____

ENTREPRISE

Nom : _____
 N° Siret : _____
 Coordonnées : _____
 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					
BILAN					

Date

Cachet et signature du responsable de l'entreprise

CHARTRE DE PROTECTION DE VOS DONNEES PERSONNELLES

Exemplaire à nous remettre complété et signé

Le groupe Avenir Santé Formation, au travers de ses différentes structures, met en place des parcours de formation diplômants. A ce titre, il collecte et traite des données à caractère personnel dans le respect du Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

Responsable du traitement

Les données à caractère personnel collectées sont traitées par les entités du groupe Avenir Santé Formation dont la liste, à ce jour, figure ci-dessous :

- Formavenir Performances SAS – 139, avenue Jean Jaurès - 75019 PARIS – RCS Paris 380 245 878
- Forma Santé SAS – 50, rue Tudelle - 45100 ORLEANS - RCS Orléans B 420 309 627
- INFOR Santé SAS - 50, rue Tudelle - 45100 ORLEANS – RC 399 642 735
- IFP Atlantique SAS - Rond-Point de la République - 17180 PERIGNY – RCS LA ROCHELLE - 409 688 884
- Planète Enfance SAS – 139, avenue Jean Jaurès – 75019 PARIS - RC 421 113 721
- Bretagne-Compétences SAS - 24, rue Alfred Kastler - 56038 Vannes CDX – RCS Vannes B 795 004 795
- IF2M SAS - 113, rue Marietton – 69009 Lyon – RCS Lyon B 523 582 096

Finalités et fondements juridiques

Les données à caractère personnel qui sont demandées ne seront traitées que dans la mesure où cela est nécessaire et ce, dans le cadre des finalités suivantes :

Finalités du traitement de données	Fondement juridique
Répondre à la demande et assurer le déploiement de la transaction : <ul style="list-style-type: none">- <i>Identification des prérequis, personnalisation des parcours...</i>- <i>Communication et notamment envoi de documents : Convocation, attestation, certificat...</i>- <i>Gestion administrative de nos stages et facturation</i>	Exécution du contrat
Répondre à une obligation institutionnelle, légale ou réglementaire : <ul style="list-style-type: none">- <i>Production de l'attestation d'assiduité</i>- <i>Enregistrement des dossiers sur les plates-formes institutionnelles</i>- <i>Remise aux autorités compétentes des justificatifs en cas de contrôle</i>- <i>Le cas échéant, production de statistiques (Enquête annuelle sur les écoles de formation aux professions de santé) par les autorités compétentes (Ministère des solidarités et de la santé)</i>	Obligation légale <i>Conformément aux dispositions de l'article L 6353-9 du Code du travail</i>
Le cas échéant, envoi de communications commerciales sur nos produits et services, si la personne n'a pas opposé son refus.	Intérêt légitime / Consentement

Destinataires des données

Le Groupe Avenir Santé Formation est composé de plusieurs sociétés, toutes situées en France et susceptibles de se voir communiquer des données personnelles provenant d'une autre filiale du groupe, dans le cadre de son organisation fonctionnelle. L'accès aux données personnelles est strictement limité aux salariés du groupe, habilités à les traiter en raison de leurs fonctions. Les informations recueillies pourront éventuellement être communiquées ou visibles par des tiers liés aux entreprises du groupe par contrat pour :

- L'exécution de tâches sous-traitées nécessaires à la gestion de votre demande
- La validation de votre cursus et la délivrance de votre diplôme via une plate-forme institutionnelle (EOS, KAIROS, ODESSA ...)
- La production de statistiques (Enquête ECOLES Santé) par les autorités compétentes

Il est précisé que dans ce cadre, les tiers n'ont qu'un accès limité au strict nécessaire, et ont l'obligation de les utiliser en conformité avec les dispositions de la législation applicable en matière de données personnelles. Les destinataires des données sont intégralement situés dans l'Union Européenne.

Durée de conservation

Les données personnelles traitées dans le cadre d'un parcours diplômant sont conservées jusqu'à la fin de votre parcours et sont ensuite archivées pour la durée requise par la prescription légale applicable à des fins de justification et de contrôle. La durée de conservation des données des prospects est de 3 ans, conformément aux préconisations de la CNIL. Les contacts qui sont enregistrés dans notre base et avec lesquels aucun échange n'est établi depuis plus de 3 ans sont systématiquement supprimés.

Sécurité de vos données

Les entités du groupe Avenir Santé Formation, en tant que responsables du traitement des données personnelles, s'engagent à prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et la confidentialité des données transmises, et ce dans le respect des dispositions légales en vigueur :

- L'accès à nos locaux et à nos plates-formes informatiques sont sécurisés
- L'accès, le partage, et le transfert de données sont sécurisés
- Nos collaborateurs amenés à accéder aux données personnelles sont sensibilisés aux exigences de confidentialité

Droits des personnes

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'édition 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. Pour en 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 les 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. Enfin, et pour faciliter l'accès à ces droits, chaque newsletter envoyée par l'une des structures du groupe Avenir Santé Formation propose un lien de désabonnement, permettant en un clic, de se désabonner facilement des newsletters et actualités du groupe Avenir Santé Formation.

J'accepte de recevoir des informations commerciales de la part des entités du groupe Avenir Santé Formation.

Je déclare avec pris connaissance de la charte de protection de mes données personnelles du groupe Avenir Santé Formation et en accepte les conditions.

Fait à :

Nom et prénom

Signature

Le :

note relative à la publication des résultats du concours sur internet

Au moment de l'affichage des résultats de notre concours d'entrée en formation au DEA, nous diffuserons, sur le site Internet de FORMA SANTE des informations à caractère personnel vous concernant (Nom, Prénom, date de naissance, rang de classement).

Compte tenu des caractéristiques du réseau Internet que sont la libre circulation et captation des informations diffusées et la difficulté, voire l'impossibilité de contrôler l'utilisation qui pourrait en être faite par des tiers, nous vous informons que vous pouvez vous opposer à une telle diffusion.

Aussi, pour que nous puissions prendre en compte votre refus, merci de nous retourner dûment rempli, daté et signé, ce document à l'Institut de Formation d'Ambulanciers de Brest, ou de nous le spécifier par un courrier signé de votre part et joint à votre dossier d'inscription.

Attention : en l'absence de réponse de votre part dans un délai d'un mois à compter de la réception de cette lettre d'information préalable, votre accord sera réputé acquis. Vous pourrez toutefois nous faire part ultérieurement, à tout moment, de votre souhait de cessation de diffusion de vos données sur Internet.

Nous vous rappelons que vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent. (Article 34 de la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978).

Pour exercer ce droit, adressez-vous à **l'Institut de Formation d'Ambulanciers de Brest**.

Je soussigné(e) : M, Mme, Mllerefuse à ce jour d'apparaître dans la liste des reçus au *Concours DE Ambulancier*.

Fait à, le...../...../.....

Signature