

**CADRE RESERVE A L'INSTITUT**

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

**FICHE D'INSCRIPTION :**  
**SELECTION POUR L'ENTREE A LA FORMATION CONDUISANT AU DIPLOME D'ETAT D'AMBULANCIER**  
**INSTITUT DE BORDEAUX**

<b>DATE DE SESSION :</b> <b>23 août 2024</b> <b>au</b> <b>29 janvier 2025</b>	<b>CLÔTURE DES INSCRIPTIONS :</b>	
	<b>ADMISSIBILITÉ : 06/06/2024</b>	<b>ADMISSION : 20/06/2024</b>
	<b>ADMISSIBILITÉ SUR DOSSIER :</b> Du 10 au 14/06/2024	<b>ENTRETIEN D'ADMISSION (oral):</b> Du 01 au 05/07/2024
	<b>AFFICHAGE RÉSULTAT :</b> 14/06/2024	<b>AFFICHAGE RÉSULTAT :</b> 08/07/2024
<b>STAGE D'ORIENTATION PROFESSIONNELLE (70 h soit 2 semaines de 35 h) à réaliser avant le 28/06/2024</b>		

**N'attendez pas le dernier moment pour vous inscrire, car vous devez effectuer votre stage chez un ambulancier habilité et l'imprimé relatif à la convention de stage de 70 h ne sera délivré qu'après inscription à l'institut et sur demande**

Nom de naissance :  Mme  Mr ..... Nom marital : .....

Prénom 1 : ..... Prénom 2 : .....

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

Adresse : .....

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

Tel : ..... Portable : ..... Mail : ..... @ .....

**Personne à contacter en cas d'urgence (Nom, téléphone) :** .....

Permis de conduire B obtenu le : .....  
Conduite accompagnée  OUI  NON Si OUI, depuis le : .....  
Validation Ambulance depuis le : .....

**Diplômes Scolaires**

- Aucun diplôme  
 Niveau 3 : BEP/CAP .....  
 Niveau 4 : BAC, autres : .....  
 Niveau 5 : BAC +2 : .....  
 Niveau 6 : Licence : .....  
 Niveau 7 : Master .....  
 Niveau 8 : Doctorat .....

**Autres Diplômes, Attestations**

- Attestation d'Auxiliaire Ambulancier : date.....  
 AFGSU de niveau 2 : date .....  
 Autres : .....

**Situation Professionnelle**

**Salarié (e) d'une société d'ambulance :**  
Fonction : .....  
Depuis combien de mois à temps plein ?.....  
Coordonnées de l'employeur : .....

**Salarié (e) dans un autre domaine**  
Profession : .....  
Coordonnées de l'employeur : .....

**Demandeur d'emploi**  
N° Identifiant : .....  
Depuis le : .....  
Coordonnées du Pôle Emploi : .....

Etes-vous en CSP ?  OUI  NON  
**Demandeur d'emploi à l'entrée en formation ?  OUI  NON**

**Vous concernant, identifiez-vous un besoin d'adaptation particulier ? (Adaptation des supports pour dyslexie par exemple)  OUI  NON**

Si oui, précisez : .....

**Prise en charge de la formation :**

<input type="checkbox"/> <b>Autofinancement</b>	<input type="checkbox"/> <b>Organisme</b> Raison Sociale : ..... Adresse : ..... Téléphone : ..... Personne à contacter : .....	<input type="checkbox"/> <b>Entreprise</b> Raison Sociale : ..... Adresse : ..... Téléphone : ..... Personne à contacter : .....
---	---	--

**La formation au Diplôme d'Etat d'ambulancier est définie par l'arrêté du 11 avril 2022 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'ambulancier et aux conditions de formation de l'auxiliaire ambulancier.**

**L'ensemble de la formation comprend 23 semaines, soit 801 heures d'enseignement :**

- Enseignement en institut de formation : 16 semaines, soit 556 heures
- Enseignement en stage clinique et en stage en entreprise : 7 semaines, soit 245 heures.

**Deux sessions de 55 élèves sont organisées chaque année : janvier et août**

**La participation à l'ensemble des enseignements est obligatoire.**

**L'enseignement en institut de formation ainsi que les stages cliniques et en entreprise sont organisés sur la base des 35 heures par semaine.**

Pour être admis en formation conduisant au DEA, le candidat doit avoir effectué le stage d'observation de 70 heures, réussir les épreuves de sélection et être placé en liste principale.

Niveau scolaire des candidats : Aucun diplôme n'est obligatoire pour être candidat à cette formation.

Toutefois, des dispenses sont possibles pour l'évaluation du dossier d'admissibilité, selon les diplômes obtenus

**Tarifs de la formation :** 5560 € \_ Organisme non assujetti à la TVA

**Les horaires de formation :** 8h30 - 11h30 / 12H30 - 16H30 (sous réserve de modifications)

**Le processus de sélection des candidats comprend :  
une admissibilité sur dossier et un entretien d'admission**

### **Admissibilité sur dossier :**

Les candidats dispensés de cette épreuve sont les suivants :

1. Les titulaires d'un titre ou diplôme homologué au niveau 4 ou enregistré à ce niveau au RNCP, délivré dans le système de formation initiale ou continue français
2. Les titulaires d'un titre ou diplôme du secteur sanitaire ou social homologué au minimum niveau 3, délivré dans le système de formation initiale ou continue français (Code NSF : 330, 331 et 332)
3. Les 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

Les candidats ayant obtenu une note supérieure ou égale à 10 sur 20 sont déclarés admissibles.

L'ensemble du dossier d'admissibilité est apprécié au regard des attendus de la formation énumérés ci-dessous :

<b>ATTENDUS</b>	<b>CRITERES</b>
Intérêt pour le domaine de l'accompagnement et de l'aide à la personne (adulte et/ou enfant)	- Connaissances dans le domaine sanitaire, médico-social ou social - Connaissance du métier
Qualités humaines, capacités relationnelles, aptitude physique	- Aptitude à faire preuve d'attention à l'autre, d'écoute et d'ouverture d'esprit - Aptitude à entrer en relation avec une personne adulte, à collaborer et à travailler en équipe - Aptitude aux activités physiques
Aptitudes en matière d'expression écrite, orale	- Maîtrise du français et du langage écrit et oral - Pratique des outils numériques
Capacités organisationnelles	- Aptitudes à s'organiser, à prioriser les activités, autonomie dans le travail

**Les résultats de l'admissibilité sur dossier sont affichés à l'Institut de Formation d'Ambulanciers et publiés sur le site internet FORMA SANTÉ**

## Epreuve d'admission :

### Les candidats dispensés de l'épreuves d'admission :

Sont dispensés de l'épreuve orale d'admission, les candidats ayant exercé, à la date des épreuves, les fonctions d'auxiliaire ambulancier pendant une durée continue d'au moins un an durant les 3 dernières années dans une ou plusieurs entreprises de transport sanitaire.

### Conditions de présentation à l'entretien d'admission :

Afin de pouvoir être présenté à cet entretien d'admission, les candidats doivent **réaliser un stage d'observation** dans un service hospitalier en charge du transport sanitaire ou dans une entreprise de transport sanitaire habilitée par le directeur de l'Institut pendant une durée **de 70 heures** (soit 2 semaines de 35 heures).

### Ce stage est réalisé de façon continue sur un seul lieu de stage.

A l'issue du stage, le responsable du service ou de l'entreprise remet obligatoirement au candidat une attestation de validation du stage d'observation (document joint au dossier d'inscription). Cette attestation sera remise aux membres du jury lors de l'entretien d'admission.

### Les candidats dispensés du stage d'observation sont les suivants :

- les candidats ayant exercé au moins un mois (en continu ou discontinu) comme auxiliaire ambulancier dans les 3 dernières années. Il faudra alors, **faire compléter l'attestation de l'employeur pour les personnes ayant exercé au moins un mois (document joint au dossier d'inscription)**
- les candidats issus de la brigade des sapeurs-pompiers de Paris ou marins-pompiers de Marseille justifiant d'une expérience professionnelle de trois années. Il faudra alors, **fournir une attestation de l'employeur précisant la fonction et la durée d'exercice professionnel.**

Cet entretien d'admission d'une durée de 20 minutes maximum est noté sur 20 points.

Elle 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)

Elle est évaluée par un ou plusieurs groupes du jury d'admission, composés chacun :

- du directeur de l'Institut ou de son représentant issu de l'équipe pédagogique,
- d'un chef d'entreprise de transport sanitaire titulaire du DEA ou d'un ambulancier DE en exercice depuis au moins 3 ans.

Elle a pour objet :

- d'évaluer la capacité du candidat à s'exprimer et à ordonner ses idées pour argumenter de façon cohérente ;
- d'apprécier les aptitudes et la capacité du candidat à suivre la formation ;
- d'apprécier le projet professionnel du candidat et sa motivation.

**Une note inférieure à 8 sur 20 est éliminatoire.**

**Sont déclarés admis :** Les candidats ayant une note supérieure ou égale à 08 sur 20, et dont le stage d'observation est réalisé. Le jury d'admission établit une liste de classement, comportant une liste principale et une liste complémentaire (55 places par session).

### **⚠ Sont dispensés du processus de sélection et admis en formation :**

#### **Article 14 de l'arrêté du 11 avril 2022 :**

Peuvent être admis à suivre la formation conduisant au diplôme d'Etat d'ambulancier les auxiliaires ambulanciers ayant exercé cette fonction pendant une durée continue d'au moins **un an durant les trois dernières années** dans une ou plusieurs entreprises de transport **ET titulaires des titres ou diplômes du secteur sanitaire ou social homologué au niveau 3**, délivré dans le système de formation initiale ou continue français.

Leur nombre au regard de l'ensemble des élèves d'une même session de formation est défini en concertation avec l'agence régionale de santé territorialement compétente. L'admission des candidats est déterminée en fonction de leur ordre d'inscription.

**Si dans les 10 jours suivant l'affichage**, un candidat classé sur la liste principale ou sur la liste complémentaire n'a pas confirmé par écrit son souhait d'entrer en formation, **il est présumé avoir renoncé à son admission** ou à son classement sur la liste complémentaire et sa place est proposée au candidat inscrit en rang utile sur cette dernière liste.  
Les résultats des épreuves ne sont valables que pour la rentrée au titre de laquelle elles ont été organisées.

## ÉQUIVALENCES DE COMPÉTENCES ET ALLEGEMENT DE FORMATION

Sous réserve d'être admis à suivre la formation, les personnes titulaires des diplômes suivants, et qui souhaitent obtenir le DEA, bénéficient de dispenses ou d'équivalence pour les évaluations des blocs de compétences (**Article 28 de l'arrêté du 11 avril 2022**)

Listes des professions inscrites aux titres Ier, II, III et V du livre III de la quatrième partie du CSP :	Passerelles DEA Certifications niveau 4	Passerelles DEA Certifications niveau 3
Infirmier Masseur-kinésithérapeute Pédicure-podologue, Ergothérapeute Psychomotricien Manipulateur d'électroradiologie médicale Technicien de laboratoire médical	<p><b>BAC PRO ASSP</b> : Baccalauréat professionnel "Accompagnement Soins et Services à la Personne" option "A domicile" et option "En structure sanitaire, sociale ou médicosociale" (arrêtés du 11 mai 2011)</p> <p><b>BAC PRO SAPAT</b> : Baccalauréat professionnel spécialité "Services aux personnes et aux territoires" (arrêté du 22 août 2011)</p> <p><b>ARM</b> : Diplôme d'assistant de régulation médical (arrêté du 19 juillet 2019)</p> <p><b>BAC PRO Organisation de transport de marchandises</b></p> <p><b>BAC PRO Conducteur transport routier marchandises (niveau 4)</b></p> <p><b>DE AS</b> : Diplôme d'Etat d'aide-soignant (nouveau référentiel 2021)</p> <p><b>DE AP</b> : Diplôme d'Etat d'auxiliaire de puériculture (nouveau référentiel 2021)</p>	<p><b>DE AS</b> : Diplôme d'Etat d'aide-soignant (ancien référentiel relevant de l'arrêté du 22 octobre 2005)</p> <p><b>DE AP</b> : Diplôme d'Etat d'auxiliaire de puériculture (référentiel relevant de l'arrêté du 16 janvier 2006)</p> <p><b>ADVF</b> : Titre professionnel d'assistant de vie aux familles (arrêté du 11 janvier 2021)</p> <p><b>ASMS</b> : Titre professionnel d'agent de service médico-social (arrêté du 10 juillet 2020)</p> <p><b>DE AES 2016</b> : Diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social (arrêté du 29 janvier 2016 : spécialités "à domicile", "en structure collective", "éducation inclusive et vie ordinaire")</p> <p><b>DE AES 2021</b> : Diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social (fusion des spécialités ; nouveau référentiel publié en 2021)</p> <p><b>Titre professionnel Conducteur livreur sur véhicule utilitaire léger</b></p> <p><b>CQP Assistant médical</b></p>

Ces candidats ne sont pas dispensés de l'épreuve d'admission et devront **réaliser un stage d'observation** dans un service hospitalier en charge du transport sanitaire ou dans une entreprise de transport sanitaire habilitée par le directeur de l'Institut pendant une durée **de 70 heures** (soit 2 semaines de 35 heures)

## **LISTE DES PIÈCES A FOURNIR POUR L'ENSEMBLE DES CANDIDATS**

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

- Une lettre de motivation manuscrite
- Un curriculum vitae (CV)
- 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)
- Copie de l'**attestation** de droit du régime de protection sociale, de moins de 6 mois
- Copie de **l'Attestation de l'Avis de Situation du Pôle Emploi (à télécharger sur votre espace pôle emploi). Uniquement pour les demandeurs d'emploi.**
- 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)
- Copie de **l'attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulance.** *Liste des médecins agréés préfecture disponible sur Internet.*
- Certificat de non contre-indication à la profession d'ambulancier établi par un médecin agréé par l'**ARS** de votre département (ci-jointe). *Liste des médecins agréés ARS disponible sur Internet.*
- Certificat médical de vaccinations à jour (ci-jointe). **Nous fournir la sérologie de l'hépatite B et la copie du compte rendu de la radio pulmonaire de moins de 2 ans.**
- Copie de l'attestation de la participation à la **Journée d'Appel de Préparation à la Défense pour les personnes ayant – de 25 ans. (OBLIGATOIRE, sinon vous ne pouvez pas vous présenter au concours)**
- Chèque de **100 €**, à l'ordre de **FORMA SANTÉ**, correspondant aux **frais d'admission (encaissés à réception du dossier et non remboursés).**
- 1 photo d'identité récente (**noter nom et prénom au dos de la photo**)
- Cette fiche datée et signée.**
- J'atteste avoir pris connaissance des conditions générales de vente (document joint au dossier d'inscription)**

Fait à ....., le .....  
SIGNATURE

### **Pièces à joindre à l'adresse :**

**FORMA SANTÉ - IFA de Bordeaux – 19/21 avenue Léonard de Vinci- Zone Europarc - 33600 PESSAC**

## **Pièces supplémentaires à fournir pour les candidats concernés par l'admissibilité sur dossier**

- 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.**
- 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)
- 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.

## **Pièces supplémentaires à fournir pour les candidats concernés par l'épreuve d'admission et les candidats admis sur dossier**

- Copie du Titre ou Diplôme de niveau 4** (ex : baccalauréat ou équivalent) ou **BEP sanitaire et social** si vous en êtes titulaire ou **dispenses particulières de niveau 3**.  
L'original du diplôme ou du relevé de notes sera à nous présenter le jour de l'épreuve d'admission.  
**Pour les personnes ayant perdu leurs diplômes**, une plateforme dématérialisée permet de récupérer certains diplômes ou attestations perdus : <https://diplome.gouv.fr/sanddiplome/login>  
**Pour les diplômes étrangers**, nous fournir une équivalence ou demander une attestation de comparabilité de diplôme sur le site du Ministère de l'Éducation Nationale : [www.ciep.fr](http://www.ciep.fr) (**obligatoire**).
- Attestation de l'employeur** (ci-jointe) pour les candidats ayant exercé la fonction d'auxiliaire ambulancier pendant une durée de 1 mois au minimum (en continu ou discontinu dans les 3 dernières années)
- Un justificatif** pour les candidats ayant une expérience professionnelle de 3 ans à la brigade des sapeurs-pompiers de Paris ou marins-pompiers de Marseille
- Attestation de validation du stage d'observation de 70 heures** (ci-jointe) et à nous retourner une fois le stage effectué.

## **Pièces à fournir pour les candidats dispensés de l'admissibilité sur dossier et de l'épreuve d'admission**

**Pour les candidats ayant exercé 1 an la profession en continu, depuis moins de 3 ans et disposant d'un diplôme scolaires conforme à la dispense de l'admissibilité sur dossier :**

- Attestation (s) employeur justifiant l'exercice professionnel de 1 an
- Copie de l'attestation d'Auxiliaire Ambulancier
- Copie de l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2 (AFGSU 2)

**QUELQUES INFORMATIONS UTILES A LA CONSTITUTION DE VOTRE DOSSIER ADMINISTRATIF ET MEDICAL**

Afin de vous présenter au concours, vous devez avoir impérativement 3 ans de permis révolu au moment de l'entrée en formation (ou 2 ans dans le cadre d'une conduite accompagnée), être à jour de vos vaccinations, avoir fait compléter l'ensemble des documents médicaux et, enfin, avoir suivi votre stage de découverte de 70h (soit 2 semaines, impérativement).

Dans un premier temps, vous devez prendre rendez-vous avec un médecin agréé **PREFECTURE** (rechercher sur internet la liste des médecins agréés PREFECTURE de votre région) et passer une visite médicale avec celui-ci. Il vous complètera un feuillet CERFA (n°14880\*02) en indiquant si vous êtes apte ou non à conduire des ambulances (voir avec lui au moment de la prise de rendez-vous s'il fournit le feuillet ou si vous devez le télécharger sur internet). Si vous êtes apte, vous devrez ensuite déposer avec ce CERFA un dossier de demande **d'attestation préfectorale** auprès de la Préfecture ou Sous-Préfecture. Reportez-vous à la procédure d'obtention jointe au dossier, qui vous indique la marche à suivre **pour la Gironde**. Pour les autres départements, vous devrez vous rapprocher de votre Préfecture ou Sous-Préfecture. Dans tous les cas, cette demande doit être effectuée en fonction de votre lieu d'habitation.

**La copie du feuillet CERFA remis par le médecin sera à nous transmettre dans un premier temps puis la copie de l'attestation dès que la Préfecture vous l'aura délivrée. Vous devrez conserver l'original.**

Vous trouverez dans le dossier d'inscription un **certificat de non contre-indication** : vous devrez prendre rendez-vous avec un médecin agréé **ARS** - (rechercher sur le site internet de l'A.R.S. [**Agence Régionale de la Santé**] la liste des médecins agréés de votre région).

**Afin de tout effectuer lors d'une seule et même consultation, vous pouvez trouver un médecin qui a les deux agréments et donc qui apparaisse à la fois sur la liste ARS et sur la liste PREFECTURE.  
Vous ne paierez qu'une seule consultation (attention, non remboursée par la CPAM)**

**Le dossier médical** doit être également à jour. Voici quelques précisions :

- la fiche médicale jointe au dossier d'inscription est à faire compléter par le médecin de votre choix (pensez à amener votre carnet de santé)

- Vous devrez voir avec votre médecin si vous avez déjà été vacciné(e) contre l'hépatite B. Si ce n'est pas le cas, vous allez entamer la procédure (une première injection, une deuxième un mois après et une troisième cinq mois après). Il existe également une procédure accélérée mais le choix du parcours est laissé à l'appréciation du médecin. Pour suivre la formation, il faut que vous ayez reçu au moins les deux premières injections et que vous ayez fait ensuite, après ces deux injections, une prise de sang qui indique votre immunisation. Si votre sérologie (résultat de la prise de sang à nous transmettre) s'avérait négative ou inférieure à 10 (ligne "anticorps antiHbs" ou « AC antiHbs »), votre médecin devra vous établir une attestation spécifiant impérativement la phrase suivante : "Monsieur ou Madame XXXXXX est apte à suivre la formation et exercer la profession d'ambulancier malgré une sérologie négative / inférieure à 10 (*rayez la mention inutile*)". A noter que si vous avez déjà été vacciné(e), la prise de sang devra être effectuée directement. La procédure en fonction du résultat reste la même et le médecin jugera de la nécessité d'un rappel ou non.

- une radio pulmonaire est à effectuer : nous adresser la copie du compte rendu (et non la radio)

A noter que si le résultat de votre IDR (test tuberculique / voir en bas de la fiche médicale) est négatif ou indiqué à zéro, votre médecin devra vous établir une attestation spécifiant impérativement la phrase suivante : "Madame ou Monsieur XXXX est apte à suivre la formation et exercer la profession d'ambulancier malgré une IDR négative".

**L'attestation de droit au régime social**, dans le cas où vous dépendez de la Sécurité Sociale, sera à télécharger sur votre compte AMELI.FR si vous en possédez un ou à retirer sur une borne C.P.A.M. avec votre carte VITALE. Il s'agit d'un feuillet avec un tableau récapitulatif vos droits. Les dates indiquées sur ce tableau doivent couvrir la période de formation. Vous pouvez dépendre d'un autre organisme tel que le R.S.I. par exemple : une attestation sera à nous fournir également.

**L'attestation de RESPONSABILITE CIVILE** est à demander à votre assureur. Très généralement, elle est liée à votre contrat HABITATION. Si vous êtes hébergé(e), la personne qui vous loge doit établir une attestation sur l'honneur et fournir sa propre responsabilité civile. Vous devrez également nous fournir un justificatif de domicile à votre nom rattaché à cette adresse (facture téléphone par exemple).

### **Le Schéma Régional des Formations Sanitaires et Sociales**

Le Conseil Régional de la Nouvelle Aquitaine finance intégralement les frais de formation. Ces places peuvent varier d'un concours à un autre et sont attribuées aux candidats qui auront obtenu les meilleurs résultats au concours, sous réserve qu'ils soient **inscrits au POLE EMPLOI** (indemnisés ou non). Un avis de situation Pôle Emploi au moment de l'inscription doit impérativement être fourni. Aucune démarche supplémentaire ne sera nécessaire de la part du candidat qui sera informé par courrier de sa prise en charge.

### **Le financement personnel**

Si vous optez pour un autofinancement, un échelonnement des frais peut être établi sur la durée de la formation (6 mois). L'échéancier sera mis en place le jour de la rentrée.

### **Le Compte Personnel de Formation (C.P.F.)**

La formation du Diplôme d'Etat d'Ambulancier est éligible au C.P.F. sur l'espace [www.moncompteformation.gouv.fr](http://www.moncompteformation.gouv.fr). Le financement sera à effectuer en totalité sur le site. Si vous n'avez pas la somme intégrale, vous devrez régler directement le solde par carte bancaire sur le site internet et si vous êtes demandeur d'emploi, vous pouvez effectuer une demande d'abondement auprès de votre conseiller pôle emploi.

### **Le financement si vous êtes salarié (toutes branches d'activités confondues)**

Le candidat salarié peut demander un congé de formation et obtenir un financement de sa formation par un **OPCO** ou par **TRANSITION PRO** ainsi que la continuité du versement de son salaire durant la période de formation. Il doit se rapprocher du service du personnel de son entreprise. **Attention aux délais d'instruction de ces dossiers !**

### **Le Contrat de Sécurisation Professionnelle (C.S.P.)**

Ce dispositif s'applique aux salariés visés par une procédure de licenciement économique. Le candidat devra se mettre en relation avec son conseiller Pôle Emploi.

Le financement de sa formation pourra être pris en charge par un OPCO avec un éventuel complément du Pôle Emploi si le contrat s'arrête en cours de formation.

**Attention** : les candidats concernés par le C.S.P. ne seront pas prioritaires pour le financement du Schéma Régional des Formations Sanitaires et Sociales.

### **Le Contrat de Professionnalisation**

Cette formation en alternance sur 12 mois s'adresse : aux jeunes âgés de 16 à 25 ans, aux demandeurs d'emploi âgés de 26 ans et plus, aux bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA), de l'allocation de solidarité spécifique (ASS) ou de l'allocation aux adultes handicapés (AAH)

La formation sera ainsi financée par l'OPCO auquel est rattaché l'employeur.

## **Les Aides de la Région Nouvelle Aquitaine**

### **ROMEO / DOCAPOST**

Pour les stagiaires **non indemnisés par le Pôle Emploi** engagés dans un parcours de formation et d'accès à l'emploi d'une durée supérieure ou égale à 150 heures, la Région a mis en place un dispositif qui garantit le versement d'une rémunération.

Le dossier vous sera remis sur demande et devra être déposé au plus tard auprès de notre Institut le premier jour d'entrée en formation.

### **La Bourse Sanitaire et Sociale**

La Région Nouvelle-Aquitaine propose des bourses d'études sur critères sociaux en faveur des élèves et des étudiants en formations sociales, paramédicales et de santé. Le candidat devra être éligible aux critères et conditions d'attribution. L'ouverture des dépôts de dossier se fera sur le site [boursesanitairesociale.fr](http://boursesanitairesociale.fr).

Le candidat devra créer un compte utilisateur et déposer ensuite sa demande d'aide en ligne.

**Cette demande ne pourra se faire qu'à l'entrée en formation.**

### **FONDS SOCIAL Formation**

Pour les stagiaires demandeurs d'emploi rencontrant des difficultés pour payer les frais de logement et /ou de transport et étant en grande précarité mettant en péril le suivi de la formation.

Demande à effectuer en ligne sur le site [les-aides.nouvelle-aquitaine.fr](http://les-aides.nouvelle-aquitaine.fr), conjointement avec le secrétariat de l'Institut.



**ATTESTATION DE SUIVI DU STAGE D'OBSERVATION**

**CANDIDAT :**

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

**DATE DE STAGE :**

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

**ENTREPRISE**

Nom : \_\_\_\_\_  
 N° Siret : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
 Tel : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_  
 Mail : \_\_\_\_\_  
 Nom du responsable du suivi du stage d'observation du candidat : \_\_\_\_\_  
 Fonction dans l'entreprise : \_\_\_\_\_

**APPRÉCIATION DU CANDIDAT : Mettre une croix dans la colonne choisie et motivez impérativement votre choix dans la case observations**

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					
<b>BILAN</b>					

**CACHET** du responsable de l'entreprise

**Date :** \_\_\_\_\_

**ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR POUR LES PERSONNES AYANT EXERCÉ AU MOINS UN MOIS EN QUALITE D'AUXILIAIRE AMBULANCIER OU 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 : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
 Tel : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_  
 Mail : \_\_\_\_\_  
 Nom du responsable de l'entreprise : \_\_\_\_\_

**APPRECIATION DE L'EMPLOYEUR**

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

**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**

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

## - 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.A 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.

### Diphtérie-Tétanos-Polio (dTP)\* / Diphtérie-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) Ae anti-HBs > 100 UI/ml (quel que soient l'historique vaccinal et l'ancienneté des résultats)

2) Ae anti-HBs ≥ 10 UI/ml et Ae anti-HBe 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

Antécédent de COVID => Date : .. / .. / .... Première dose => Date : .. / .. / .... Deuxième dose => Date : .. / .. / .... Rappel => 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 quel 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)

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.

**PERMIS DE CONDUIRE - AVIS MÉDICAL**

(Art. R. 212-2, R. 221-10 à R. 221-14-1, R. 221-19 et R. 226-1 à R. 226-4 du Code de la route)  
(Amendé du 31 juillet 2012 modifié relatif à l'organisation du contrôle médical de l'aptitude à la conduite)

cerfa  
N°14880\*02

1

**ETAT CIVIL ET COORDONNÉES 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 détenus(x) :

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"/>
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 :

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  APTÉ pour la durée de validité fixée par la réglementation  Groupe léger  Groupe lourd  
 APTÉ TEMPORAIRE pour une durée de validité limitée à \_\_\_\_\_ et \_\_\_\_\_  
à réexaminer par la commission médicale :  oui  non Observations :   
 APTÉ avec les restrictions ou dispenses suivantes :  
 dispositif de correction et/ou protection de la vision  
 autres  
 INAPTE  Groupe léger  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

## Procédure obtention aptitude préfectorale : département du 33

### Attestation d'aptitude physique

Mise à jour le 17/01/2020

Attestation d'aptitude physique délivrée après visite médicale chez un médecin agréé pour les permis de conduire pour exercice d'une activité professionnelle (taxi, ambulance, voiture de Tourisme avec chauffeur, transport public de personne ou scolaire)

1/ Je constitue mon dossier avec les pièces justificatives suivantes :

- Une copie recto verso d'une pièce d'identité (CNI, Passeport, Carte de séjour...)
- Une copie recto verso du permis de conduire
- Un justificatif de domicile de moins de six mois (EDF, Quittance de loyer, avis d'imposition ...)
- Pour les personnes hébergées : l'attestation sur l'honneur d'hébergement, une copie recto/verso de la pièce d'identité de l'hébergeant, un justificatif de domicile de l'hébergeant
- Une copie de la visite médicale passée chez un médecin agréé avec validation des mentions demandées. La liste des médecins agréés est disponible sur le site [www.gironde.gouv.fr](http://www.gironde.gouv.fr), rubrique démarches administratives / permis de conduire / visite médicale devant un médecin agréé
- Une enveloppe timbrée libellée à vos nom et adresse
- Une demande manuscrite

> LISTE MEDECINS AGREES PERMIS DE CONDUIRE - format : PDF   - 2,96 Mb

2/ J'envoie mon dossier par courrier à l'adresse suivante :

Préfecture de la Gironde  
Attestation d'aptitude physique  
2, Esplanade Charles De Gaulle – CS 41397  
33077 Bordeaux Cedex

Information : le délai d'obtention de l'attestation d'aptitude physique est d'environ 1 mois.

**Si vous n'avez pas reçu votre attestation d'aptitude après le délai d'un mois, vous pouvez envoyer un mail à l'adresse suivante :**

**[pref-carte-aptitude-physique@gironde.gouv.fr](mailto:pref-carte-aptitude-physique@gironde.gouv.fr) en précisant impérativement vos :**

- Nom de naissance
- Prénom
- Date de naissance

**Attention :** toute demande incomplète ou ne concernant pas l'état d'avancement du dossier pour la carte d'aptitude ne sera pas traitée.

## 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 Euros.

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 Euros.

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 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 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 écrite et 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 contrevention aux droits de propriété intellectuelle le 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 EXCLUSIV E 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.