

BULLETIN D'INSCRIPTION 2026 AUXILIAIRE AMBULANCIER

91 heures de formation
1165€ par participant
12 ou 24 places par session

(Cases réservées à l'IFA – ne pas cocher)

Dossier remis en main propre le :

Dossier reçu par courrier le :

- Cochez la session de votre choix (sous réserve des places disponibles)
- 16/02 au 04/03/2026
 - 23/03 au 09/04/2026
 - 20/04 au 07/05/2026
 - 01/06 au 17/06/2026
 - 07/09 au 23/09/2026
 - 14/10 au 30/10/2026
 - 12/11 au 30/11/2026

Mme M Nom : Prénom :

Nom de jeune fille : **Date, lieu et département de naissance** :

Adresse :

Code postal : Ville : Tel. Fixe :

Tel portable : **Courriel (obligatoire)** :

Prise en charge de la formation :

<input type="checkbox"/> <u>Autofinancement</u> <input type="checkbox"/> <u>Echéancier en 3X</u>	<input type="checkbox"/> <u>Organisme</u> Identifiant	<input type="checkbox"/> <u>Entreprise</u> Raison Sociale : Adresse :
-----------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------

Pièces à joindre (se reporter au guide de constitution ci-après) :

- Copie **recto verso** du permis de conduire
- Copie **recto verso** de la carte nationale d'identité ou du passeport (en cours de validité)
- Copie du feuillet CERFA complété puis copie de l'attestation préfectorale dès réception par la Préfecture
- Certificat de non-contre-indications à la profession d'ambulancier complété par un médecin agréé par **l'ARS - Agence Régionale de la Santé** - (document en pièce jointe – **retourner l'original impérativement**)
- Fiche médicale de vaccinations complétée (document en pièce jointe – **retourner l'original impérativement**)
- Copie de la sérologie de l'hépatite B (résultat de la prise de sang)
- Copie de l'attestation de droit du régime de protection sociale (CPAM...)
- Copie de l'attestation de responsabilité civile vie privée (à demander à votre assureur)
- Document « INFORMATIONS PRÉALABLES » page 11, daté et signé**

J'atteste avoir pris connaissance des conditions générales de vente (document joint au dossier d'inscription) et des conditions de règlement et d'annulation mentionnées en page 2 et 3.

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

Oui Non

Si oui, précisez.....

Comment avez-vous eu nos coordonnées : réseaux sociaux forum France Travail salon de l'emploi site internet FORMA SANTE autre : précisez.....

Fait à, le SIGNATURE

Conditions d'inscription

Déposer le dossier dûment complété directement à notre secrétariat si vous le souhaitez ou renvoyez-le par courrier à :

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

Dès réception du bulletin d'inscription, l'IFA de Bordeaux adressera un courriel de confirmation d'inscription ainsi qu'un contrat de prestation au participant.

Montant

1165€ par participant - *Montant non assujetti à la TVA*

Aucune réservation de place n'est possible

Vous ne serez inscrit qu'à réception de votre dossier d'inscription, de la signature de votre contrat avec le règlement de l'acompte des 349.50€ pour un financement personnel dans le délai des 14 jours (délai légal de rétractation)

L'établissement d'un devis ne vaut pas inscription

Règlement

Si la formation est prise en charge par un organisme tiers, il appartient au candidat ou à son employeur :

- indiquer sur le bulletin d'inscription le nom de l'organisme financeur de la formation et d'y notifier l'identifiant France TRAVAIL afin qu'un devis puisse être transmis sur son espace demandeur d'emploi.

Si la formation est financée directement par le stagiaire, il recevra un contrat à son inscription qu'il devra nous retourner signé par voie postale. Il sera ensuite demandé au participant de nous faire parvenir le versement de l'acompte de 349.50€ qui sera perçu 14 jours après (délai légal de possibilité de rétractation). Le solde de 815.50€ pourra faire l'objet d'un échelonnement sur la durée de la formation.

Le règlement de la formation peut être effectué :

- par virement : nous contacter afin de pouvoir obtenir le lien internet pour de vous acquitter des sommes attendues (acompte- et/ou solde)

Conditions d'annulation

Les annulations doivent se faire par courrier en lettre recommandée avec accusé de réception pour tout financement personnel et par mail pour tous les stagiaires faisant l'objet d'une demande de financement par un organisme financeur (AIF...) au minimum quinze jours avant l'entrée en formation.

Les annulations par téléphone ne sont pas prises en compte.

- Les 349.50€ d'acompte sont perçus 14 jours après la signature de la convention de formation. Ils sont non remboursables en cas d'annulation au-delà de la période légale de rétractation.
- Le solde 815.50€ pourra faire l'objet d'un échelonnement des paiements au fur et à mesure du déroulement de l'action de formation (conformément aux dispositions de l'article L 6353-6 du code du travail)
- En cas de force majeure dûment reconnue, le stagiaire peut rompre le contrat. Dans ce cas, seules les prestations effectivement dispensées sont rémunérées à due proportion de leur valeur prévue au contrat (conformément aux dispositions de l'article L 6353-7 du code du travail).

Conformément à la loi du 06/01/1978, les informations peuvent donner lieu à l'exercice d'un droit d'accès et de rectification auprès de notre service commercial.

Quelques informations utiles à la constitution de votre dossier

Nous inscrivons les personnes par ordre d'arrivée : aucune réservation de place ne peut être faite par téléphone et sans dossier. Il n'y a donc pas de date limite de dépôt de dossier : la limite sera effective lorsque le quota de 24 places maximum par session sera atteint.

Aucun prérequis n'est exigé pour cette formation hormis le fait d'avoir 3 ans de permis révolus au moment de l'entrée en formation (ou 2 ans dans le cadre d'une conduite accompagnée)

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 ce médecin. Celui-ci vous complètera le feuillet CERFA (n°14880*02), que vous trouverez sur notre site internet, en indiquant si vous êtes apte ou non à conduire des ambulances.

FORMA SANTÉ

Institut de Formation d'Ambulanciers de Bordeaux
19/21 avenue Léonard de Vinci – Zone Europarc – 33600 PESSAC
Tél : 05 56 36 72 23 - Fax : 05 57 26 94 51
Courriel : ifabo@formasante.fr
APE : 8559A - N° SIRET : 420 309 627 00 081

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 l'information sur notre site internet 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 complété 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 (carte verte en Gironde).

ATTENTION ! Il y a un certain délai pour l'obtention en GIRONDE (en règle générale 1 mois minimum) : il est inutile de relancer téléphoniquement la Préfecture.

La copie du feuillet CERFA est obligatoire pour le dossier. En revanche, même si fournir la copie de l'attestation préfectorale avant d'entrer en formation, voire pendant la formation, serait souhaitable, cela ne sera absolument pas bloquant si vous ne l'avez pas reçue à temps.

Vous trouverez dans le dossier d'inscription un **certificat de non-contre-indications** : 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.

Attention, ARS et PREFECTURE sont bien deux agréments différents mais certains médecins ont les deux.

Vous ne paierez ainsi qu'une seule consultation (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 comme votre médecin traitant par exemple (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 de la vaccination selon le schéma choisi par votre médecin.

Si votre sérologie (résultat de la prise de sang à nous transmettre) **s'avérait négative ou inférieure à 10** (ligne "anticorps anti HBS" ou « AC anti HBS »), 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'auxiliaire ambulancier malgré une sérologie négative / inférieure à 10"**.

L'attestation de droit au régime social, dans le cas où vous dépendez de la Sécurité Sociale, sera à télécharger sur votre compte AMELI 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 récapitulant vos droits. Les dates indiquées sur ce tableau doivent couvrir la période de formation. **Attention, ce n'est pas la copie de la carte VITALE qui est demandée.**

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, dans la mesure du possible, nous fournir un justificatif de domicile à votre nom rattaché à cette adresse (facture téléphone par exemple)

Vous pouvez déposer dans un premier temps une partie du dossier afin de vous garantir une place sur une session : certaines pièces sont en effet plus faciles à obtenir telles que la copie de la pièce d'identité, du permis de conduire ou l'attestation CPAM....

Vous continuerez de compléter votre dossier au fur et à mesure mais attention cependant, en dehors de l'attestation préfectorale qui peut mettre du temps à être délivrée par la Préfecture, toutes les pièces du dossier devront être enregistrées impérativement deux semaines avant la formation. Dans le cas contraire, votre place ne serait plus garantie sur la session choisie.

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

Une convocation vous sera adressée par mail une semaine au plus tard avant le début de la formation avec tous les détails pratiques

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

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, 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 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.

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)
(Arrêté du 31 juillet 2012 modifié relatif à l'organisation du contrôle médical de l'aptitude à la conduite)



N° 14890*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'épouse(s))

Date de naissance

Jour Mois Année

Commune de naissance

Sexe: Femme Homme Téléphone portable (recommandé) 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.

Complément d'adresse

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

Code postal

Commune

Courriel (Recommandé)

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

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

AM A1 A2 A B B1 B2 BE C1 C1E C C2 CE B1 B1E D DE

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

A1 A2 A B1 B BE C1 C1E C CE B1 B1E 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

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

APTÉ 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

- 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 et validé par un professionnel de santé. Cette fiche devra être communiquée, avec les résultats**, en même temps que votre dossier d'inscription (article L3111.4 du Code de la Santé Publique).

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

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^{1*}

Joindre les résultats sérologiques quelle que soit la date**

Rappel des conditions d'immunisation :

1) Ao anti-HBs > 100 UI/l (quels que soient l'historique vaccinal et l'ancienneté des résultats)
2) Ao anti-HBs ≥ 10 UI/l et Ao anti-HBe négatif (si schéma vaccinal complet)

Les différents schémas complets :

- soit classique (3 doses) : 2 doses à 1 mois d'intervalle, la 3^{ème} au moins 5 mois après la 2^{ème} dose
- soit à l'adolescence (de 11 à 15 ans) : 2 doses espacées de 6 mois
- soit accéléré (à titre exceptionnel) : 3 doses en 21 jours, rappel à 1 an

avec un vaccin contre l'hépatite B dosé à 20 µg

- 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 quels que soient les ATCD

Schéma vaccinal :

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

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

Varicelle

Antécédent de maladie
 Pas d'antécédent ou doute

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

Si sérologie négative => Vaccination recommandée

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

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

Méningocoque C

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

Tuberculose (vaccination non obligatoire à compter du 1^{er} 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.

tétanos
oreillons
méningocoque C
diphtérie
rougeole
coqueluche

MÉMO VACCINATION

à destination des étudiants en santé et des professionnels en charge de leur vaccination

Version 2023-2024

Vaccinations obligatoires, vaccinations recommandés, quelle différence ?

Vaccinations obligatoires : Références aux articles L3111-4.

- LOI n° 2021-1040 du 5 août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire, articles 12, 13 et 14 notamment.
- Décret n° 2021-1059 du 7 août 2021 modifiant le décret n° 2021-699 du 1er juin 2021 prescrivant les mesures générales

Vaccinations obligatoires (DTP, Hep B, Covid)

- Responsabilité de l'employeur d'exiger les preuves vaccinales,
- Prise en charge par l'employeur,
- Le médecin du travail doit s'assurer que :
 - les vaccinations ont été réalisées,
 - l'immunité des salariés (selon vaccin) est compatible avec l'activité professionnelle, sans nuire à leur santé,
- Si refus ou contre-indication ET en fonction de l'évaluation du risque et des moyens de prévention :
 - aptitude à évaluer au cas par cas (voire inaptitude),
 - risque de refus d'embauche ou de rupture de contrat,
- Les étudiants doivent apporter la preuve qu'ils satisfont aux obligations d'immunisation (carnet de santé ou vaccinal, sérologie...). A défaut, ils ne peuvent effectuer leurs stages.

Vaccinations recommandées

- Vaccination à la charge de l'employeur en fonction du risque professionnel,
- L'employeur ne peut exiger la vaccination mais certaines sont fortement recommandées (Coq, ROR, Grippe, Varicelle,...)
- Si refus de la vaccination par le salarié :
 - pas d'éviction systématique du poste, ni d'inaptitude de fait
 - il est primordial de délivrer à la personne une information claire concernant les risques encourus et les moyens de prévention.
 - Mettre en place des mesures barrières si nécessaire (port du masque, lavage des mains...)

Mémo Vaccination des étudiants en santé



INFORMATIONS PREALABLES

Les instituts de formation FORMA SANTE, autorisés pour la formation au diplôme d'Etat d'ambulancier, dispensent la formation de 70h (dite formation d'auxiliaire ambulancier) prévue à l'article 2 de 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.

Cette formation porte sur l'hygiène, les principes et valeurs professionnelles, la démarche relationnelle envers les membres de l'équipe et les patients, les principes d'ergonomie et les gestes et postures adaptés lors des mobilisations, des aides à la marche, des déplacements et des portages ou brancardages, et les règles du transport sanitaire.

Cette formation, avec évaluation des compétences acquises, est accessible sans conditions. En revanche, afin de prétendre à postuler au métier d'Auxiliaire Ambulancier, il faudra être titulaire :

- d'un permis de conduire hors période probatoire, conforme à la réglementation en vigueur et en état de validité ;
- de l'attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulance après examen médical effectué dans les conditions définies à l'article R. 221-10 du code de la route ;
- d'un certificat médical de non-contre-indications à la profession d'ambulancier délivré par un médecin agréé ;
- d'un certificat médical de vaccinations conformément à l'article L. 3111-4 du code de la santé publique

Je soussigné(e),

Candidat(e) à la formation d'auxiliaire ambulancier au sein de l'IFA FORMA SANTE, certifie par la présente avoir été informé(e) des prérequis indispensables à l'exercice du métier d'auxiliaire ambulancier. Je certifie également en avoir informé le financeur de ma formation.

Fait à _____, le _____

Signature (précédée de la mention lu et approuvé)

Public concerné / Prérequis

- Toutes personnes souhaitant travailler dans le domaine du transport sanitaire :
- Personnes en formation initiale
 - Personnes en reconversion professionnelle et/ou demandeur d'emploi

Accès à la formation :

- Satisfaire aux conditions d'inscription : permis de conduire catégorie B hors période probatoire, conforme à la réglementation en vigueur et en état de validité
- Obtenir l'attestation préfectorale d'aptitude à la conduite des véhicules sanitaires après examen médical effectué dans les conditions définies à l'article R.221-10 du code de la route
- Obtenir le certificat médical de non contre-indications à la profession d'ambulancier délivré par un médecin agréé
- Le certificat médical de vaccination conformément à l'article L.3111-4 du code de la santé publique)

Objectifs

- Appliquer les règles d'hygiène et participer à la prévention de la transmission des infections
- Assurer les gestes adaptés à l'état du patient, dans toute situation d'urgence
- Utiliser les techniques préventives de manutention et les règles de sécurité pour l'installation et la mobilisation des patients
- Assurer la sécurité du transport sanitaire
- Organiser son activité professionnelle dans le respect de la déontologie, des règles et des valeurs de la profession

Durée

- 13 jours soit 91 heures.

Programme

- Hygiène et prévention : prévention des infections, précautions standards, précautions complémentaires
- Gestes d'urgence : protection, alerte, mise en œuvre des gestes de secours et d'urgence adaptés, bilan, installation du patient en position d'attente et conditionnement du patient en vue de son évacuation
- La démarche relationnelle envers les membres de l'équipe et les patients
- Mesure des paramètres vitaux
- Gestes et manutention : règles d'ergonomie, manipulation, brancardage et transfert.
- Déontologie : rôle et mission de l'auxiliaire ambulancier, règles de prise en charge des transports, documentation et cadre réglementaire.
- Règles du transport sanitaire : déontologie, gestion administrative du transport, respect des règles de sécurité.
- **Formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2**

Programme AUXILIAIRE AMBULANCIER

19/21 a :

Tél : 05 56 36 72 23 - Fax : 05 57 26 94 51

Courriel : ifabo@formasante.fr

APE : 8559A - N° SIRET : 420 309 627 00 081

Modalités pédagogiques

- Alternance de cours théoriques en plénière, de travaux pratiques dirigés et de simulations en sous-groupes

Validation de la formation

- Mises en situation

Supports de cours

- Un memento « gestes et soins d'urgence » est remis aux stagiaires à l'issue de la formation

Intervenants

- Formateurs permanents (infirmiers et ambulanciers).
- Professionnels en activités (chefs d'entreprise de transport sanitaire, ambulanciers, infirmiers, formateurs PRAP, formateurs premiers secours, etc...)

