FORMA SANTÉ

BULLETIN D'INSCRIPTION 2026
AUXILIAIRE AMBULANCIER

91 heures de formation
1180€ par participant
(730€ attestation A+ 450€ AFGSU)
12 ou 24 places par session

☐ **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 :

☐ Autofinancement ☐ Echéancier en 3X	☐ Organisme Identifiant	☐ Entreprise 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

FORMA SANTÉ
Institut de **F**ormation d'**A**mbulanciers de **B**ordeaux
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

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 360€ 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 360€ qui sera perçu 14 jours après (délai légal de possibilité de rétractation). Le solde de 820€ 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 vous acquitter des sommes attendues (acompte- et/ou solde)

FORMA SANTÉ
Institut de **F**ormation d'**A**mbulanciers de **B**ordeaux
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

FORMA SANTÉ

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 360€ 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 820€ 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 **F**ormation d'**A**mbulanciers de **B**ordeaux
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***".

FORMA SANTÉ
Institut de **F**ormation d'**A**mbulanciers de **B**ordeaux
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

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

FORMA SANTÉ
Institut de **F**ormation d'**A**mbulanciers de **B**ordeaux
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

FORMA SANTÉ

.

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

FORMA SANTÉ
Institut de **F**ormation d'**A**mbulanciers de **B**ordeaux
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

FORMA SANTÉ

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.

FORMA SANTÉ
Institut de **F**ormation d'**A**mbulanciers de **B**ordeaux
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

FORMA SANTÉ

N°14880*02

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)

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'épouse(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) : 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 : 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

FORMA SANTÉ
Institut de **F**ormation d'**A**mbulanciers de **B**ordeaux
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

FORMA SANTÉ

Réalisation : département communication ARS Nouvelle-Aquitaine (2023)

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

Filière universitaire : .....
- ☐ Médecine
- ☐ Odontologie
- ☐ Pharmacie
- ☐ Sage-femme

ou Institut de formation : .....

Année d'admission : .....

NOM : .....

Prénom : .....

Tél. : .....

Département de naissance : .....

Commune de naissance ou pays si né(e) à l'étranger : .....

NOM de naissance : .....

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

Email : .....

Code postal lieu de résidence : .....

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*

Joindre les résultats sérologiques quelle que soit la date**

Rappel des conditions d'immunisation :
1) Ac anti-HBs > 100 UI/l (quels que soient l'historique vaccinal et l'ancienneté des résultats)
2) Ac anti-HBs ≥ 10 UI/l et Ac anti-HBc négatif (si schéma vaccinal complet)

Les différents schémas complets :
- soit classique (3 doses) : 2 doses à 1 mois d'intervalle, la 3ème au moins 5 mois après la 2ème 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 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 1er avril 2019)

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

Fait le :

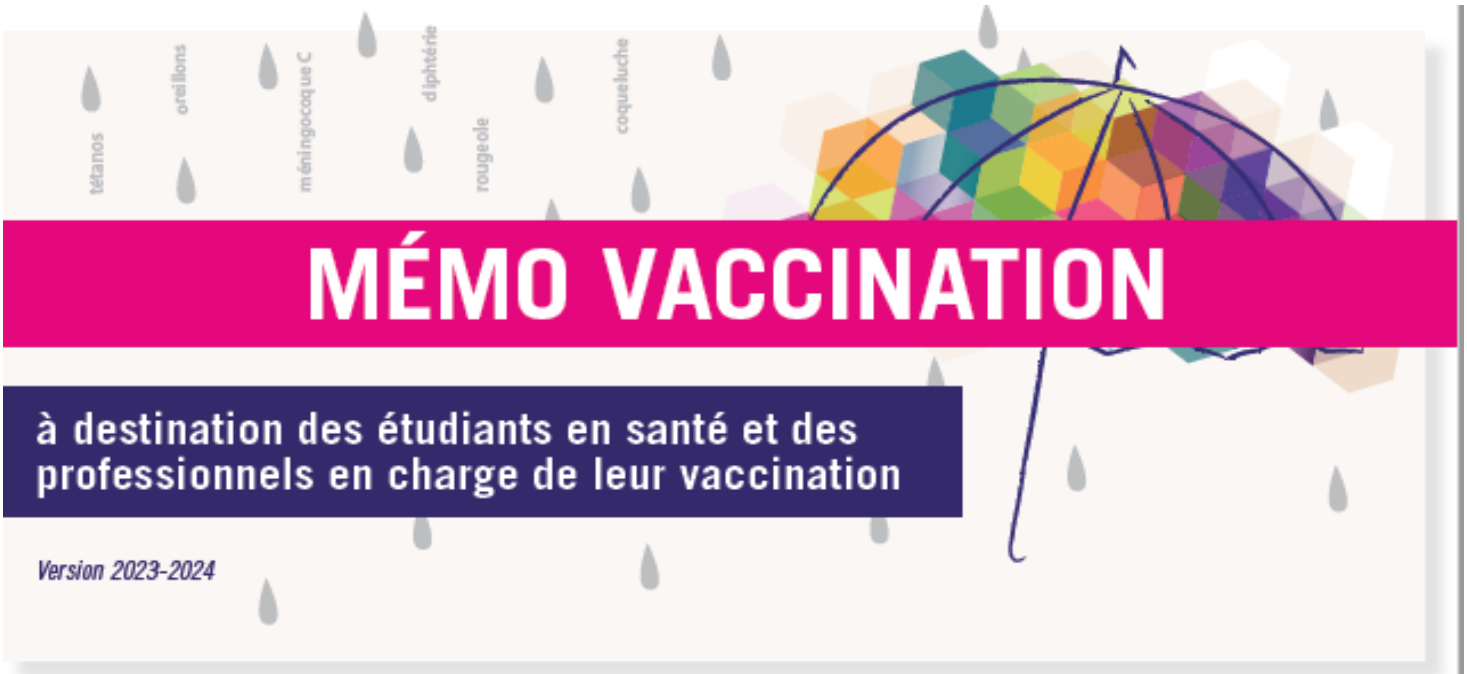
Signature et cachet du praticien :

** Obligatoire*

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

FORMA SANTÉ
Institut de **F**ormation d'**A**mbulanciers de **B**ordeaux
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

FORMA SANTÉ



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 necessaire (port du masque, lavage des mains...)

FORMA SANTÉ
Institut de **F**ormation d'**A**mbulanciers de **B**ordeaux
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

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)

ANTÉ
leaux
SSAC
94 51
Courriel : ifabo@formasante.fr
APE : 8559A - N° SIRET : 420 309 627 00 081

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 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 règlementaire.
- Règles du transport sanitaire : déontologie, gestion administrative du transport, respect des règles de sécurité.
- **Formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2**

ANTÉ
deaux
19/21 a SSAC
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…)

FORMA SANTÉ
Institut de **F**ormation d'**A**mbulanciers de **B**ordeaux
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

FORMA SANTÉ

CONDITIONS GENERALES DE VENTE FORMA SANTE IFA BORDEAUX

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 au 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 SANTE IFA BORDEAUX n'est pas assujetti 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 SANTE IFA BORDEAUX.

Toute somme non payée à l'échéance pourra donner lieu au paiement par le Client de pénalités de retard calculées à 3 fois le taux de l'intérêt légal en vigueur.

Tout retard de paiement entraîne l'exigibilité d'une indemnité forfaitaire pour frais de recouvrement de 50 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'acquittement de ces pénalités ne peut en aucun cas être imputé sur le montant de la participation au développement de la Formation Professionnelle.

En cas de subrogation de paiement, le client devra apporter la preuve de l'accord de prise en charge avant le déroulement de la formation. Sans confirmation du financeur à l'échéance, FORMA SANTE IFA BORDEAUX facturera le client directement.

Dans le cas où l'inscription à la formation s'effectue par l'intermédiaire de la plateforme MonCompteFormation, le stagiaire dispose d'un délai de 14 (quatorze) jours ouvrés pour se rétracter.

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 intervenants, si des circonstances indépendantes de sa volonté l'y obligent et ce sans indemnités.
Toute annulation par le Client doit obligatoirement être communiquée par écrit.

Toute annulation signifiée :
- entre 30 jours et 10 jours calendaires avant le début de la formation entraînera une facturation de 25% du coût total de la formation majorée des frais de déplacement et d'hébergement s'ils n'ont pu être annulés ou remboursés (sur justificatif)
- entre 9 jours et 4 jours calendaires avant le début de la formation entraînera une facturation de 50% du coût total de la formation majorée des frais de déplacement et d'hébergement s'ils n'ont pu être annulés ou remboursés, (sur justificatif)
- entre 3 jours calendaires avant le début de la formation et la date de la formation entraînera une facturation de 100% du coût total de la formation majorée des frais de déplacement et d'hébergement s'ils n'ont pu être annulés ou remboursés, (sur justificatif).

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.

Si le stagiaire est empêché de suivre la formation par suite d'un cas de force majeure personnel reconnu, le contrat de formation est résilié. La présentation des justificatifs est obligatoire à l'appui de cette demande de la résiliation. Dans ce cas, seules les prestations et / ou coûts annexes déjà engagés sont dus (sur justificatif).
Une seule possibilité de report est autorisée. Au-delà, les modalités financières d'annulation énoncées ci-dessus s'appliqueront de plein droit.

I.5. Obligations du stagiaire :
Le stagiaire reste soumis au pouvoir de discipline de l'employeur.

I.6. Obligations du client:
Dans le cas des formations se déroulant sur le site du client, celui-ci s'engage à mettre à disposition des locaux en conformité avec la réglementation en vigueur (autorisation ERP, respect des normes de sécurité) et adaptés à la taille du groupe (3 m2 par stagiaire minimum).

II. FORMATIONS INTER-ENTREPRISES

II.1. Définition :
Formation sur catalogue réalisée dans nos locaux ou dans des locaux mis à disposition par FORMA SANTE IFA BORDEAUX.

II.2. Documents contractuels :
Le bulletin d'inscription est envoyé par le client par courrier, par mail ou par le biais du site.

Une confirmation d'inscription est adressée par FORMA SANTE IFA BORDEAUX 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.

Dans le cas où l'inscription à la formation s'effectue par l'intermédiaire de la plateforme MonCompteFormation, le stagiaire dispose d'un délai de 14 (quatorze) jours ouvrés pour se rétracter.

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 SANTE IFA BORDEAUX n'est pas assujetti 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 SANTE IFA BORDEAUX.

Toute somme non payée à l'échéance pourra donner lieu au paiement par le Client de pénalités de retard calculées à 3 fois le taux de l'intérêt légal en vigueur.

Tout retard de paiement entraîne l'exigibilité d'une indemnité forfaitaire pour frais de recouvrement de 50 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'acquittement 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 SANTE IFA BORDEAUX 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 SANTE IFA BORDEAUX se réserve la possibilité d'ajourner la formation au plus tard une semaine avant la date prévue et ce, sans indemnité.

Toute annulation par le Client doit être communiquée par écrit.
Une annulation signifiée :
- entre 30 jours et 10 jours calendaires avant le début de la formation entraînera une facturation de 25% du coût total de la formation majorée des frais de déplacement et d'hébergement s'ils n'ont pu être annulés ou remboursés (sur justificatif),
- entre 9 jours et 4 jours calendaires avant le début de la formation entraînera une facturation de 50% du coût total de la formation majorée des frais de déplacement et d'hébergement s'ils n'ont pu être annulés ou remboursés (sur justificatif),
- entre 3 jours avant et la date de début de la formation entraînera une facturation de 100% du coût total de la formation majorée des frais de déplacement et d'hébergement s'ils n'ont pu être annulés ou remboursés (sur justificatif).

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.

Une seule possibilité de report est autorisée. Au-delà, les modalités financières d'annulation énoncées ci-dessus s'appliqueront de plein droit.

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 SANTE IFA BORDEAUX ou auprès du secrétariat des stages inter-entreprises.

III. DISPOSITIONS COMMUNES INTRA ET INTER

III.1. Informatique et liberté
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 détaillés 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@avenirsantéformation.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 SANTE IFA BORDEAUX 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 FORMA SANTE IFA BORDEAUX et ses Clients relèvent de la Loi française.

III-bis 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 liés 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 SANTE IFA BORDEAUX 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 exprès intervenu entre le Client et l'organisme de formation, 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 SANTE IFA BORDEAUX 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 entre les parties, seront portés devant la juridiction compétente compte tenu du statut des parties. Il est ainsi précisé que tout litige avec une personne morale de droit public ou avec l'administration devra être porté devant le tribunal administratif territorialement compétent. Il est également précisé que tout litige avec une personne morale de droit privé sera porté exclusivement devant le 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 SANTE IFA BORDEAUX 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 SANTE IFA BORDEAUX à son siège social au 19/21 avenue Léonard de Vinci 33600 PESSAC.

III.6. Mise à jour
Les présentes conditions générales de vente ont été mises à jour le 29 octobre 2024. Toute version ultérieure sera consultable sur le site Internet: https://www.formasante.fr

FORMA SANTÉ
Institut de **F**ormation d'**A**mbulanciers de **B**ordeaux
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