

BULLETIN D'INSCRIPTION

Auxiliaire Ambulancier

Pour vous inscrire

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

Cocher la session choisie

- Du 18 septembre au 03 octobre 2025
- Du 23 octobre au 07 novembre 2025
- Du 01 au 16 décembre 2025

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

Mr Mme Nom : Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :

Code postal Ville : Département :

Tel : Portable : Courriel :

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

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

Diplôme de secourisme :

Demandeur d'emploi : OUI* NON*

Si oui, depuis le Indemnisé : OUI* NON*

Numéro d'identifiant : Pôle emploi de référence :

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

Financement de la formation : Tarif de la formation : 1165€ (coût incluant la formation AFGSU 2)

Moi-même (Le règlement de la formation pourra faire l'objet d'un échelonnement sur la durée de la formation. Pour plus de simplicité, nous vous invitons à privilégier le paiement par carte bancaire. Un lien de paiement vous sera transmis le 1^{er} jour de formation)

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

Un organisme (nom et adresse)

Cette formation n'est pas éligible CPF.

Constitution du dossier d'inscription :

NE PAS JOINDRE LES DOCUMENTS ORIGINAUX,

NE JOINDRE QUE DES PHOTOCOPIES

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

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

Fait à....., le.....SIGNATURE