

DOSSIER D'INSCRIPTION : DIPLOME D'ETAT D'AMBULANCIER

PAR LA VOIE DE L'APPRENTISSAGE

Date des sessions :

BREST
du 30 novembre 2026 au 28 janvier 2028

Clôture des inscriptions :

16 novembre 2026

La formation au Diplôme d'Etat d'ambulancier est définie par l'arrêté du 11 avril 2022. 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.**

Pour être admis en formation conduisant au DEA par la voie de l'apprentissage, le candidat doit :

- Avoir été sélectionné à l'issue d'un **entretien** avec un employeur
- Fournir l'ensemble des **pièces administratives** (ci-dessous)
- Avoir fourni au centre de formation avant la date de clôture des inscriptions, un **contrat d'apprentissage signé** avec l'employeur.

Sans preuve de signature de contrat d'apprentissage, le candidat ne pourra pas se présenter à la formation du DEA par la voie de l'apprentissage. (Cf Article 15 de l'arrêté du 11 avril 2022) et est donc soumis au processus de sélection défini à l'article 5 de l'arrêté du 11 avril 2022.

Les candidats à la formation DEA par la voie de l'apprentissage doivent :

- Ne plus être en période probatoire du permis de conduire
- Être âgé de **moins de 30 ans** au début du contrat d'apprentissage ou sans limite d'âge pour les personnes **reconnues travailleur handicapé** ou inscrites en tant que sportif de haut niveau.

Liens Informations Apprentissage :

- OPCO MOBILITE : [Le contrat d'apprentissage | OPCO Mobilités \(opcomobilites.fr\)](#)
- LE PORTAIL DE L'ALTERNANCE : [Accueil | Le Portail de l'Alternance \(emploi.gouv.fr\)](#)
- CERFA CONTRAT APPRENTISSAGE : [Établir un contrat d'apprentissage \(Formulaire 10103*14\) | Service-public.fr](#)
- ANAF – Association nationale des apprentis de France : [Accueil - Association des Apprentis de France](#)

FICHE D'INSCRIPTION

LIEU DE FORMATION :
FORMA SANTE - 9 rue de Vendée 29200 BREST

M., Mme, Mlle Nom : Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tel : Portable :

Mail : **(obligatoire)**

Permis de conduire obtenu le : Fin de période probatoire le :

Diplômes scolaires obtenus (si BAC précisez la série)?

Situation de famille* : Célibataire / Marié / Divorcé / Autre Nombre d'enfants

Situation professionnelle avant l'entrée en formation :

Avez-vous exercé en tant qu'auxiliaire ou conducteur ambulancier ? OUI* NON*

Etes-vous titulaire de l'attestation de formation d'auxiliaire ambulancier ? OUI* NON*

Si oui, depuis le

Etes-vous titulaire de l'attestation de PSC1 ? OUI* NON*

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

OUI* NON*

Si oui, lesquelles :

CONTRAT D'APPRENTISSAGE SIGNE :

OUI*

NON*

Date signature :

ENTREPRISE D'APPRENTISSAGE :

Raison Sociale :

Adresse :

Code Postal : **Ville :**

Nom Responsable :

Mail :

Téléphone :

* encadrez la réponse utile

Constitution du dossier d'inscription :

NE PAS JOINDRE LES DOCUMENTS ORIGINAUX !

LES PHOTOCOPIES DOIVENT ÊTRE LISIBLES

Pièces obligatoires :

- ☐ **Fiche d'inscription** recto verso dûment **complétées, datées et signées** par le candidat.
- ☐ **Photocopie du contrat d'apprentissage signé** ou tout document justifiant de l'effectivité des démarches réalisées en vue de la signature imminente du contrat d'apprentissage (attestation de l'entreprise)
- ☐ **Une lettre de motivation avec description du projet professionnel ;**
- ☐ **Un curriculum vitae ;**
- ☐ Photocopie des diplômes
- ☐ Une copie de l'**attestation « Auxiliaire ambulancier »** pour les personnes concernées ou une copie du **PSC1 si le contrat d'apprentissage débute par une période en entreprise** pour les personnes non titulaire de l'attestation d'Auxiliaire Ambulancier
- ☐ Une copie de l'**AFGSU2** pour les personnes concernées
- ☐ Une attestation de **reconnaissance de travail handicapé (RQTH)** pour les personnes de 30 ans et plus
- ☐ Photocopie **recto-verso de la carte d'identité** en cours de validité.
- ☐ Photocopie **recto-verso** du permis de conduire conforme à la réglementation en vigueur et en état de validité (**hors période probatoire** : délivré depuis plus de 3 ans ou 2 ans si conduite accompagnée).
- ☐ **Photocopie (ne pas joindre l'original) de l'attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires.** (visite médicale à effectuer auprès du médecin traitant avant la visite de non contre-indications à la profession d'ambulancier auprès du médecin agréé ARS)
- ☐ **Photocopie (ne pas joindre l'original) de l'attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulance Cerfa 14880*02** établie par un **médecin agréé Préfecture. Ce médecin ne doit pas être votre médecin traitant.**
(Les démarches auprès de la préfecture ou sous-préfecture du département de résidence du candidat seront à effectuer par le candidat).
- ☐ **Photocopie (ne pas joindre l'original) certificat de non-contre-indications à la profession d'ambulancier établi par un médecin agréé ARS. Ce médecin ne doit pas être votre médecin traitant.**
- ☐ Photocopie de la carte vitale ou attestation de l'organisme de protection sociale (moins de 6 mois).
- ☐ Charte de protection de vos données personnelles complétée et signée
- ☐ 2 photos d'identité récentes (**noter votre nom et votre prénom au dos de chaque photo**)
- ☐ 1 enveloppe A5 (16.2cm x 22.9cm) et 1 enveloppe format A4 (22,9 x 32,4 cm) **libellées à vos noms et adresse et 4 timbres à 20g**

**L'admission des candidats est déterminée en fonction de leur ordre d'inscription
par retour du dossier complet**

- ☐ Je certifie les documents photocopiés conformes aux originaux que je détiens
- ☐ J'atteste avoir pris connaissance des conditions générales de ventes

Fait à , le
SIGNATURE :

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 €uros.

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.

Tout 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 €uros.

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. 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 expresse et écrite préalable de Forma Santé, aucun des éléments dont il aura pu avoir connaissance, sous quelque format que ce soit, dans le cadre du déploiement de l'action de formation objet de la présente convention. En particulier, et sauf accord express intervenu entre le Client et Forma Santé, le Client s'interdit d'inclure dans les groupes de formation des stagiaires dont le rôle présent ou à venir serait de mettre en œuvre, à partir des éléments acquis lors de la formation, une démultiplication de tout ou partie de cette même formation auprès d'un public plus large.

La mise en œuvre d'une telle démarche constituerait une contravention aux droits de propriété intellectuelle de Forma Santé, de ses préposés ou de ses prestataires, et passible de poursuites, conformément aux Lois et Règlements en vigueur.

III.4. Attribution de compétences

Tous litiges qui ne pourraient être réglés à l'amiable seront de la COMPÉTENCE EXCLUSIVE DU TRIBUNAL DE COMMERCE DE PARIS quel que soit le siège ou la résidence du Client, nonobstant pluralité de défendeurs ou appel en garantie. Cette clause attributive de compétence ne s'appliquera pas au cas de litige avec un Client non professionnel pour lequel les règles légales de compétence matérielle et géographique s'appliqueront. La présente clause est stipulée dans l'intérêt de la société Forma Santé qui se réserve le droit d'y renoncer si bon lui semble.

III.5. Élection de domicile

L'élection de domicile est faite par Forma Santé à son siège social au 5, avenue Dauphine 45000 Orléans.

FORMA SANTE

9 rue de Vendée – 29200 BREST

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

APE : 8559A - N° SIRET : 420 309 627 00115

Programme de Formation



Diplôme d'Etat d'Ambulancier En Apprentissage

CADRE REGLEMENTAIRE

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, définit les conditions requises pour se présenter aux épreuves de sélection et le programme de formation des études.

PUBLIC

- Personne titulaire de l'attestation PSC1 ou de l'attestation d'auxiliaire ambulancier
- Personne âgée de moins de 30 ans au début du contrat d'apprentissage ou sans limite d'âge pour les personnes reconnues travailleur handicapé ou inscrites en tant que sportif de haut niveau. .

Accès à la formation :

- Avoir été sélectionné à l'issue d'un **entretien avec un employeur**
- Satisfaire aux conditions d'inscription (permis de conduire catégorie B **hors période probatoire**, attestation préfectorale autorisant la conduite des véhicules sanitaires, certificat médical de non-contre-indication, certificat médical de vaccination).
- Avoir fourni au centre de formation avant la date de clôture des inscriptions, un contrat d'apprentissage signé avec l'employeur.

DUREE

- 23 semaines soit 801 heures (16 semaines de formation théorique et pratique et 7 semaines de stage) au CFA en alternance avec des périodes en entreprise soit 2 semaines de présence au CFA suivi de 3/4 semaines en entreprise.

OBJECTIFS PEDAGOGIQUES

- **Bloc 1. - Prise en soin du patient à tout âge de la vie dans le cadre de ses missions**
 1. Etablir une communication adaptée pour informer et accompagner le patient et son entourage
 2. Accompagner le patient dans son installation et ses déplacements en mobilisant ses ressources et en utilisant le matériel adapté
 3. Mettre en œuvre des soins d'hygiène et de confort adaptés aux besoins et à la situation du patient
- **Bloc 2. - Réalisation d'un recueil de données cliniques et mise en œuvre de soins adaptés à l'état du patient notamment ceux relevant de l'urgence**
 4. Apprécier l'état clinique du patient dans son domaine de compétences
 5. Mettre en œuvre les soins adaptés à l'état du patient notamment ceux relevant de l'urgence
- **Bloc 3. - Transport du patient dans le respect des règles de circulation et de sécurité routière**
 6. Réaliser la préparation, le contrôle et l'entretien du véhicule adapté au transport sanitaire terrestre afin de garantir la sécurité du transport
 7. Conduire le véhicule adapté au transport sanitaire terrestre dans le respect des règles de circulation et de sécurité routière et de façon adaptée à l'état de santé du patient
- **Bloc 4. - Entretien des matériels et installations du véhicule adapté au transport sanitaire terrestre en tenant compte des situations d'intervention**
 8. Utiliser des techniques d'entretien du matériel et des installations adaptées dans son domaine de compétences en prenant en compte la prévention des risques associés
 9. Repérer, signaler, traiter les anomalies et dysfonctionnements en lien avec l'entretien du véhicule, du matériel et des installations et en assurer la traçabilité
- **Bloc 5. - Travail en équipe et traitement des informations liées aux activités de l'ambulancier, à la qualité / gestion des risques**
 10. Rechercher, traiter, transmettre les informations pertinentes pour assurer la continuité et la traçabilité des soins et des activités et transmettre ses savoir-faire professionnels
 11. Organiser et contrôler son activité, coopérer au sein d'une équipe pluriprofessionnelle et améliorer sa pratique dans le cadre d'une démarche qualité / gestion des risques
- **Stages**
 - parcours Médecine d'urgence Adulte / Enfant (Service des urgences / SAMU -SMUR)
 - entreprise Transport sanitaire
 - structures de soins de courte et longue durée, soins de suite et réadaptation, EHPAD, enfant et adulte, psychiatrie et santé mentale

METHODES PEDAGOGIQUES

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

SUPPORT PEDAGOGIQUE

- L'ensemble des supports de cours sont disponibles sur une plateforme extranet.

CONTENU

Bloc 1. - Prise en soin du patient à tout âge de la vie dans le cadre de ses missions (175h)

Module 1. Relation et communication avec les patients et leur entourage
Module 2. Accompagnement du patient dans son installation et ses déplacements
Module 3. Mise en œuvre des soins d'hygiène et de confort adaptés et réajustement

Bloc 2. - Réalisation d'un recueil de données cliniques et mise en œuvre de soins adaptés à l'état du patient notamment ceux relevant de l'urgence (210h)

Module 4. Appréciation de l'état clinique du patient
Module 5. Mise en œuvre de soins notamment ceux relevant de l'urgence

Bloc 3. - Transport du patient dans le respect des règles de circulation et de sécurité routière (28h)

Module 6. Préparation, contrôle et entretien du véhicule adapté au transport sanitaire terrestre
Module 7. Conduite du véhicule adapté au transport sanitaire terrestre dans le respect des règles de circulation et de sécurité routière et de l'itinéraire adapté à l'état de santé du patient

Bloc 4. - Entretien des matériels et installations du véhicule adapté au transport sanitaire terrestre en tenant compte des situations d'intervention (35h)

Module 8. Entretien du matériel et des installations du véhicule adapté au transport sanitaire terrestre et prévention des risques associés

Bloc 5. - Travail en équipe et traitement des informations liées aux activités de l'ambulancier, à la qualité / gestion des risques (105h)

Module 9. Traitement des informations
Module 10. - Travail en équipe pluri professionnelle, qualité et gestion des risques

Suivi pédagogique : 3h

Stages

- 2 semaines : parcours Médecine d'urgence Adulte / Enfant (Service des urgences / SAMU -SMUR)
- 2 semaines : entreprise Transport sanitaire
- 3 semaines : structures de soins de courte et longue durée, soins de suite et réadaptation, EHPAD, enfant et adulte, psychiatrie et santé mentale

EVALUATION ET ATTESTATION

- Bloc 1 :

- Evaluation comportant une pratique simulée ciblant un patient âgé ou handicapé ou porteur d'un appareillage médical
- Evaluation des compétences en stage

- Bloc 2 :

- Attestation de formation GSU niveau 2
- Evaluation comportant une pratique simulée (permettant la validation de la formation GSU 2)
- Evaluation des compétences en stage

- Bloc 3 :

- Evaluation des compétences en stage en entreprise de transport

- Bloc 4 :

- Etude de situation identifiée en stage / Etude de situation pouvant comporter une pratique simulée
- Evaluation des compétences en stage

- Bloc 5 :

- Etude de situation pouvant comporter une pratique simulée
- Evaluation des compétences en stage

Attestation de formation GSU niveau 2 : Les critères d'évaluation sont transcrits dans une **grille de certifications des compétences GSU** (document CESU). Une attestation de formation GSU, valable 48 mois, sera délivrée au candidat.

Le diplôme d'Etat est enregistré au niveau 3 du cadre national des certifications professionnelles.

Diplôme délivré par le Directeur Régional de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS).

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

« Lorsque l'élève n'a pas validé un ou plusieurs blocs de compétences à l'issue de la session de rattrapage, il est autorisé à se réinscrire une deuxième fois pour suivre les enseignements des blocs de compétences non validés et, dans le cas de compétences non validées en stage, pour réaliser un stage de 70 heures minimum dans un des lieux du parcours de stage déterminé par l'équipe pédagogique, conformément à l'annexe III du présent arrêté. Le directeur de l'institut peut octroyer à titre exceptionnel une troisième inscription, dans les mêmes conditions, après avis de la section compétente pour le traitement pédagogique des situations individuelles des étudiants. Dans ce cadre, il bénéficie à nouveau d'une session initiale et d'une session de rattrapage. »

INTERVENANTS

- Formateurs permanents (infirmiers et ambulanciers).
- Professionnels en activités (chefs d'entreprise de transport sanitaire, ambulanciers, infirmiers, médecins, psychologues, aides-soignants, ergonomes etc).

**ATTESTATION MEDICALE D'IMMUNISATION ET DE
VACCINATIONS OBLIGATOIRES**
 des personnes mentionnées à l'article L3111-4 du code de la santé publique

Je, soussigné(e) Docteur

Certifie que : Nom de naissance Nom d'usage

Prénom : Né(e) le...../...../.....

En formation de :

Est immunisé(e) :

- Contre la DIPHTERIE, le TETANOS et la POLIOMYELITIS :

Dernier rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N° lot

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

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

- Par le BCG* ☐ OUI ☐ NON

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

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

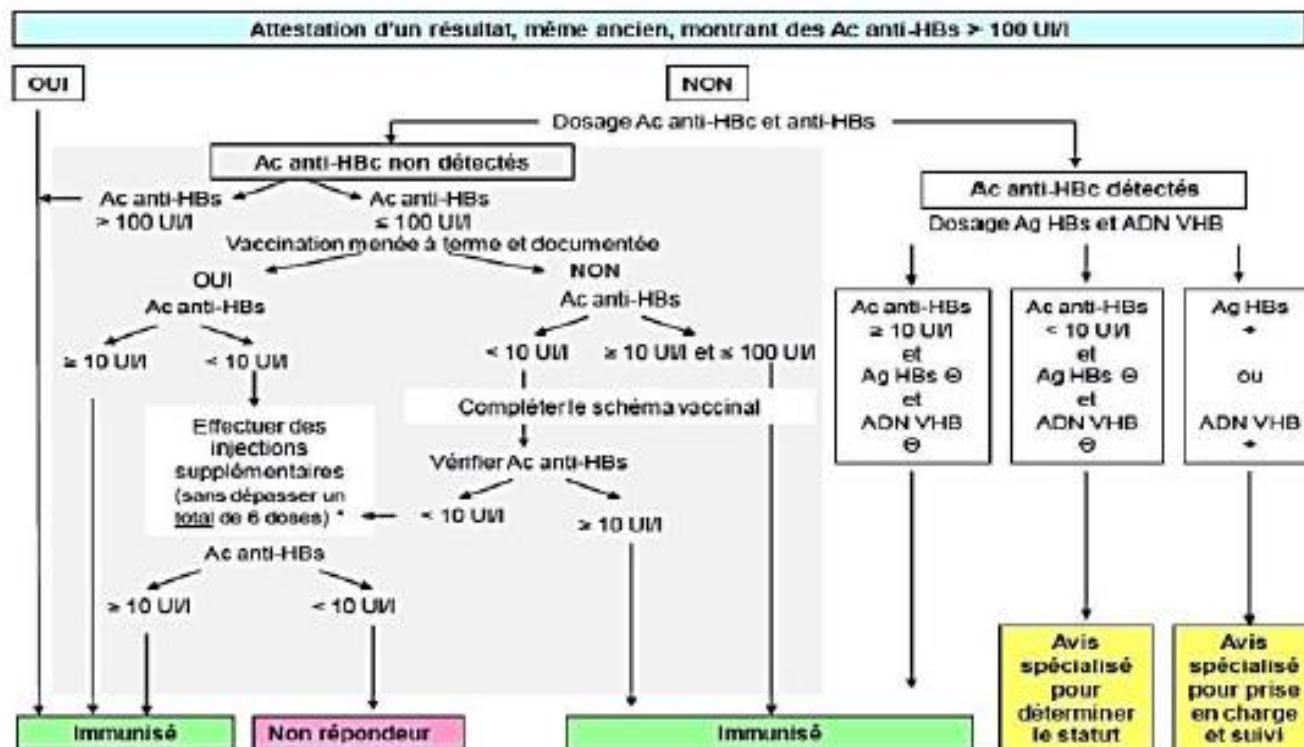
IDR à la tuberculine*	Date	Résultat (en mm)

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

SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN

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

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



* Sauf cas particulier voir 4° de l'annexe 2 de l'arrêté

Légende : Ac : anticorps ; Ag : antigène ; VHB : virus de l'hépatite B

Textes de référence

- Articles L.3111-1, L.3111-4 et L.3112-1 du code de la santé publique (CSP).
- Arrêté du 15 mars 1991 fixant la liste des établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins dans lesquels le personnel exposé doit être vacciné, modifié par l'arrêté du 29 mars 2005 (intégration des services d'incendie et de secours).
- Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiniques.
- Arrêté du 6 mars 2007 relatif à la liste des élèves et étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des autres professions de santé pris en application de l'article L.3111-4 du CSP.
- Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux (Titre III).
- Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L.3111-4 du CSP.
- Calendrier vaccinal en vigueur (cf. <https://vaccination-info-service.fr/>)

1

ETAT CIVIL ET 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
naissanceDépartement 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
<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 :

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"/>

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'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

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

Je soussigné (e), Docteur **médecin**

agréé ARS certifie avoir examiné ce jour M

J'atteste que le (la) candidat(e) ne présente aucun problème locomoteur, psychique,
aucun handicap incompatible avec la profession d'ambulancier(e) :

visuel, auditif, amputation d'un membre....

Fait àle³

Cachet et signature du médecin Agréé par l'ARS⁴

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

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

³ : Daté de moins de 1 an.

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

Groupe Avenir Santé Formation

CHARTRE DE PROTECTION DE VOS DONNEES PERSONNELLES

*Exemplaire à nous remettre
complété et signé*

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

Responsable du traitement

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

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

Finalités et fondements juridiques

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

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

Destinataires des données

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

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

Groupe Avenir Santé Formation

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

Durée de conservation

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

Sécurité de vos données

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

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

Droits des personnes

Conformément au Règlement Européen 2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données personnelles, chaque personne bénéficie d'un droit d'accès, d'édition des directives anticipées, de rectification, d'opposition, d'effacement, de portabilité ou de limitation aux traitements de données la concernant. Ces droits peuvent être exercés en nous contactant via l'adresse mail : rgpd@avenirsanteformation.fr. Pour en faciliter le traitement, la personne est invitée à préciser dans sa demande son nom, son prénom, son adresse mail, sa qualité (stagiaire, client, formateur, salarié...), son établissement (si stagiaire ou client), la structure du groupe avec laquelle il est en contact et toutes les informations jugées utiles par ses soins. Le groupe Avenir Santé Formation s'engage à adresser une réponse dans un délai maximum d'un mois à compter de la date d'exercice de ce droit. A défaut, il est possible de saisir les autorités compétentes et d'introduire une réclamation auprès de la CNIL. Le client s'engage à informer chaque stagiaire de ses droits. Enfin, et pour faciliter l'accès à ces droits, chaque newsletter envoyée par l'une des structures du groupe Avenir Santé Formation propose un lien de désabonnement, permettant en un clic, de se désabonner facilement des newsletters et actualités du groupe Avenir Santé Formation.

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

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

Fait à :

Nom et prénom

Signature

Le :