


# INSTITUT DE FORMATIONS PARAMÉDICALES D'ORLÉANS

**DOSSIER D'INSCRIPTION A LA SELECTION  
POUR L'ADMISSION EN FORMATION  
D'AMBULANCIER  
RENTRÉE JANVIER 2024**

**Institut de Formations Paramédicales  
89, rue du faubourg Saint Jean - CS 85890  
45058 ORLEANS Cedex 1**

 02.38.78.00.00

[secretariat.ambulancier@ifpm45.fr](mailto:secretariat.ambulancier@ifpm45.fr)

## **LES MODALITÉS D'ADMISSION**

Les modalités d'admission en formation d'ambulancier sont régies par l'arrêté du 11 avril 2022 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'ambulancier et aux conditions de formation de l'auxiliaire ambulancier.

## **LES CONDITIONS D'ACCÈS À LA FORMATION**

Conformément à l'arrêté du 11 avril 2022 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'ambulancier (cf. article 3), la formation est accessible **sans condition de diplôme**, par les voies suivantes :

- la formation initiale dont la formation par apprentissage ;
- la formation professionnelle continue ;
- la validation des acquis de l'expérience professionnelle dans les conditions fixées par un arrêté du ministère chargé de la santé.

**Le candidat doit posséder un permis de conduire, hors période probatoire conforme à la législation en vigueur et en état de validité (3 ans de permis ou 2 ans si conduite accompagnée).**

Toute personne susceptible de bénéficier d'un aménagement lors de l'épreuve d'admission doit présenter, au plus tard à la date de clôture des inscriptions, un document signé de la Maison Département des Personnes Handicapées précisant les modalités de l'aménagement.

Le référent handicap de l'IFPM peut être contacté par mail à l'adresse suivante : [ifpmreferent.handicap@ifpm45.fr](mailto:ifpmreferent.handicap@ifpm45.fr)

## **LA CAPACITÉ D'ACCUEIL DE LA FORMATION**

La capacité d'accueil est de 35 places.

## **LE DOSSIER D'INSCRIPTION**

Les dossiers d'inscription sont disponibles :

- Du 10 juillet au 22 septembre 2023.
- Le dossier doit être retourné par voie postale uniquement **en courrier recommandé avec AR ou lettre suivie à l'adresse de l'institut :**

**Institut de Formations Paramédicales d'Orléans**  
**DOSSIER SELECTION AMBULANCIER ORLÉANS**  
89, rue du faubourg Saint Jean – CS 85890  
45058 Orléans Cedex 1

## LES DATES A RETENIR

Date d'ouverture des inscriptions	<b>10 juillet 2023</b>
Date limite de dépôt des dossiers	<b>22 septembre 2023 à minuit</b>
Affichage des résultats de l'épreuve d'admissibilité	<b>13 octobre 2023 à 10h</b>
Epreuve d'admission (oral)	<b>Du 2 au 14 novembre 2023</b>
Affichage des résultats de l'épreuve d'admission	<b>17 novembre 2023 à 10h</b>
Rentrée	<b>Lundi 8 janvier 2024</b>

**Date limite de dépôt des dossiers : le vendredi 22 septembre 2023 à minuit, le cachet de la poste faisant foi, aucun dossier ne sera accepté au-delà de cette date.**

## LES MODALITÉS DE SÉLECTION

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

Pour se présenter à l'**entretien d'admission**, les candidats doivent réaliser un **stage d'observation** dans un service hospitalier en charge du transport sanitaire ou dans une entreprise de transport sanitaire habilitée par le directeur d'institut, **pendant une durée de 70 heures**. Ce stage est réalisé de façon continue sur **un seul lieu de stage**. A l'issue du stage, le responsable du service ou de l'entreprise remet obligatoirement au candidat **une attestation de suivi de stage** (Cf. p 12). Cette attestation est remise au plus tard aux examinateurs lors de l'entretien d'admission.

**Il est fortement conseillé d'anticiper la réalisation du stage d'observation avant les résultats d'admissibilité.**

Sont dispensés du stage d'observation :

- le candidat ayant exercé au moins un mois, en continu ou discontinu, comme auxiliaire ambulancier, dans les trois dernières années ;
- les candidats issus de la brigade des sapeurs-pompiers de Paris ou marins-pompiers de Marseille justifiant d'une expérience professionnelle de trois années.

## LE DOSSIER D'ADMISSIBILITE

Le dossier d'admissibilité comprend les pièces suivantes :

1. La fiche d'inscription **complétée et signée (p 10)**,
2. Une copie d'une pièce d'identité,
3. Une copie du permis de conduire, hors période probatoire (permis de + de 3 ans ou 2 ans si conduite accompagnée), conforme à la législation en vigueur et en état de validité. Si conduite accompagnée, une attestation est également demandée,
4. 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,
5. Un certificat médical de non contre-indication à la profession d'ambulancier délivré par un médecin agréé (p 17),
6. Un certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France (p 14),
7. Une lettre de motivation manuscrite,
8. Un curriculum vitae,
9. Un document manuscrit relatant, au choix du candidat, soit une situation personnelle ou professionnelle vécue, soit son projet professionnel en lien avec les attendus de la formation. Ce document n'excède pas deux pages,
10. Le règlement des droits d'inscriptions aux épreuves de sélection,
11. Selon la situation du candidat, la copie des originaux de ses diplômes ou titres traduits en français,
12. Le cas échéant, la copie de ses relevés de résultats et appréciations ou bulletins scolaires,
13. Selon la situation du candidat, les attestations de travail, accompagnées éventuellement des appréciations et/ou recommandations de l'employeur (ou des employeurs),
14. Pour les ressortissants hors Union européenne, une attestation du niveau de langue française requis B2 ou tout autre document permettant d'apprécier la maîtrise de la langue française,
15. Les candidats peuvent joindre tout autre justificatif valorisant un engagement ou une expérience personnelle en lien avec la profession d'ambulancier.

Le candidat ayant exercé au moins un mois, en continu ou en discontinu, comme auxiliaire ambulancier ou comme conducteur d'ambulance, dans les trois dernières années, fournit l'attestation d'employeur (p 13).

La sélection des candidats est effectuée par un jury de sélection composé d'un ambulancier diplômé d'état en activité professionnelle ou d'un chef d'entreprise de transport sanitaire titulaire du diplôme d'état ambulancier et d'un formateur permanent ou d'un directeur en institut de formation d'ambulanciers.

L'ensemble du dossier d'admissibilité est apprécié-au **regard des attendus de formation et noté sur 20 points**. Les candidats ayant obtenu une note supérieure ou égale à 10 / 20 sont déclarés admissibles.

Les compétences et aptitudes ci-dessous peuvent être vérifiées dans un cadre scolaire, professionnel, associatif ou autre :

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

## Dispenses d'admissibilité

Sont dispensés de l'admissibilité sur dossier et peuvent accéder directement à l'entretien d'admission :

- Les candidats titulaires d'un titre ou diplôme homologué au niveau 4 ou enregistré à ce niveau au répertoire national de certification professionnelle, délivré dans le système de formation initiale ou continue français,
- Les candidats titulaires d'un titre ou diplôme du secteur sanitaire ou social homologué au minimum au niveau 3, délivré dans le système de formation initiale ou continue français,
- Les candidats titulaires d'un titre ou diplôme étranger leur permettant d'accéder directement à des études universitaires dans le pays où il a été obtenu,
- Les candidats ayant été admis en formation d'auxiliaires médicaux.

Pour se présenter à l'entretien d'admission les candidats dispensés de l'admissibilité doivent fournir :

1. La fiche d'inscription **complétée et signée (p 10)**,
2. Une copie d'une pièce d'identité,
3. Une copie du permis de conduire, hors période probatoire (permis de + de 3 ans ou 2 ans si conduite accompagnée), conforme à la législation en vigueur et en état de validité. Si conduite accompagnée, une attestation est également demandée,

4. 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,
5. Un certificat médical de non contre-indication à la profession d'ambulancier délivré par un médecin agréé (p 17),
6. Un certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France (p 14),
7. Les auxiliaires ambulanciers ayant exercé pendant un mois au minimum, en continu ou en discontinu, durant les trois dernières années doivent fournir l'attestation d'employeur figurant page 13 ou à défaut tout document officiel justifiant de l'exercice professionnel. (Contrat de travail).



**TOUT DOSSIER INCOMPLET, ILLISIBLE ET/OU NON CONFORME DEVRA ETRE COMPLÉTÉ AVANT LA DATE DE CLOTURE DES INSCRIPTIONS.**

## **ENTRETIEN D'ADMISSION**

L'entretien d'admission est évalué par un jury composé :

- d'un directeur d'un institut de formation ou son représentant issu de l'équipe pédagogique,
- d'un chef d'entreprise de transport sanitaire titulaire du diplôme d'Etat d'ambulancier ou d'un ambulancier diplômé d'Etat en exercice depuis au moins trois ans.

L'entretien oral d'une durée de 20 min maximum, noté sur 20 points, comprend une présentation orale de 5 minutes en lien avec le stage d'observation (de 70 h) ou son parcours professionnel et un échange de 15 minutes avec le jury.

Cet entretien a pour objet :

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

Une note inférieure à 8 / 20 points à cette épreuve est éliminatoire.

**Si, le 28 octobre 2023, vous n'avez pas reçu votre convocation pour l'épreuve d'admission, veuillez prendre contact avec le secrétariat. Nous ne pourrions pas être tenus responsables des problèmes d'acheminement des convocations.**

## **DISPENSE TOTALE DES EPREUVES DE SELECTION**

Conformément à l'arrêté, peuvent être admis à suivre la formation conduisant au diplôme d'Etat d'ambulancier les auxiliaires ambulanciers ayant exercé cette fonction pendant une durée continue d'au moins un an durant les trois dernières années dans une ou plusieurs entreprises de transport sanitaire. Pour ces derniers, il est nécessaire de fournir un dossier d'admission dont les pièces sont celles du dossier d'admissibilité (article 9). Il n'y a pas de règlement de droit d'inscription aux épreuves de sélection.

## **LES RÉSULTATS**

**Aucun résultat n'est donné par téléphone.**

Sont admis, dans la limite des places disponibles, les candidats possédant les connaissances et aptitudes requises suffisantes pour suivre la formation, conformément aux attendus nationaux.

Les résultats comportant la liste des candidats admis en formation sont affichés :

- à l'institut de formation,
- sur internet site de l'IFPM ([www.ifpm-orleans.fr](http://www.ifpm-orleans.fr)), dans le respect des conditions en vigueur de communication des données personnelles des candidats (le candidat doit donner son autorisation).

Chaque candidat est informé personnellement par écrit de ses résultats. **Il dispose d'un délai de dix jours pour confirmer par écrit son souhait d'entrer en formation** en cas de classement sur la liste principale et sur la liste complémentaire. Au-delà de ce délai, il est présumé avoir renoncé à son admission et sa place est proposée au candidat inscrit en rang utile sur la liste complémentaire (article 12 de l'arrêté du 11 avril 2022 sus-cité).

Le bénéfice de l'admission est valable uniquement pour la session de formation au titre de laquelle le candidat s'est inscrit. Par dérogation, le directeur de l'institut peut accorder un report de scolarité pour une durée qu'il détermine dans la limite de deux ans :

- Soit, de droit, en cas de congé pour cause de maternité, de rejet du bénéfice de la promotion professionnelle ou sociale, de rejet d'une demande de congé formation, de rejet d'une demande de mise en disponibilité, de report d'un contrat d'alternance ou pour la garde d'un enfant de moins de quatre ans,
- Soit, de façon exceptionnelle, sur la base des éléments apportés par le candidat justifiant de la survenance d'un événement important l'empêchant de débiter sa formation.

Tout candidat bénéficiant d'un report d'admission doit, au moins trois mois avant la date de rentrée prévue, confirmer son intention de reprendre sa scolarité à ladite rentrée.

## REGLEMENT DU DROIT D'INSCRIPTION AUX EPREUVES DE SELECTIONS

**MONTANT : 102 euros TTC**

Ce droit d'inscription est **à régler impérativement au moment du dépôt de votre dossier d'inscription au concours, il validera votre inscription.**

**Consignes pour effectuer votre règlement par VIREMENT :**

1 Il vous faut **enregistrer un nouveau bénéficiaire** en saisissant **notre** IBAN :

TRESOR PUBLIC				RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE PARTIE RÉSERVÉE AU DESTINATAIRE DU RELEVÉ	
Le relevé ci-contre est destiné à être remis à vos créanciers ou débiteurs, français ou étrangers, appelés à faire inscrire des opérations à votre compte (virements, paiements des quittances, etc...)					
Identifiant national de compte bancaire - RIB					
Code banque	Code guichet	N° compte	Clé	Domiciliation	
10071	45000	00002001149	61	TPORLEANS	
IBAN (International Bank Account Number)					
FR76	1007	1450	0000	0020	0114 961
Titulaire du compte :					
REGIE PRESTATIONS INSTITUT D FORMATION PARAMÉDICALE CHRO 14 AVENUE DE L HOPITAL CS 86709 45067 ORLEANS					
				BIC (Bank Identifier Code)	
				TRPUFRP1	

2 Faites ensuite **un virement d'un montant de 102.00 € en précisant le motif** (attention : l'intitulé est différent selon les banques et les sites internet) **selon le modèle suivant :**

SELECTION AMBU 2024 NOM Prénom du candidat

*Exemple pour Henri Troyat, candidat à la sélection ambulancier 2024 :*  
**SELECTION AMBU 2024 TROYAT Henri**

Selon votre établissement bancaire, il peut y avoir un délai entre l'enregistrement d'un nouveau bénéficiaire et la réalisation du virement.

3 **Imprimer la preuve de virement** et la joindre à votre dossier.



En cas d'impossibilité d'effectuer un virement, vous pouvez payer par CHEQUE :

- Etablir un chèque de **102,00 €** à l'ordre du TRESOR PUBLIC
- Noter au dos du chèque : NOM Prénom du candidat

**Les droits d'inscription ne sont pas remboursés en cas d'absence, d'échec ou de désistement aux épreuves de sélections.**

## **FORMATION PAR APPRENTISSAGE**

Les personnes de moins de 30 ans ou en situation de handicap ayant déjà été sélectionnées à l'issue d'un entretien avec un employeur pour un contrat d'apprentissage sollicitent une inscription dans un institut de formation de leur choix, habilité à délivrer des actions de formation par apprentissage. L'IFA d'Orléans est habilité pour recevoir des apprentis en formation.

**L'admission est directe, sous condition d'avoir fourni le dossier d'inscription complet. Il n'y a pas de droit d'inscriptions aux épreuves de sélection.** L'admission des candidats est déterminée en fonction de l'ordre d'inscription après dépôt de l'ensemble des pièces.

**Le dossier d'inscription** est constitué des pièces suivantes :

1. La fiche d'inscription **complétée et signée (p 10)**,
2. Une copie d'une pièce d'identité,
3. Curriculum vitae,
4. Lettre de motivation avec description du projet professionnel,
5. Une copie du contrat d'apprentissage signé ou un document justifiant des démarches réalisées en vue de la signature imminente du contrat d'apprentissage,
6. Une copie du permis de conduire, hors période probatoire (permis de + de 3 ans ou 2 ans si conduite accompagnée), conforme à la législation en vigueur et en état de validité. Si conduite accompagnée, une attestation est également demandée,
7. 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,
8. Un certificat médical de non contre-indication à la profession d'ambulancier délivré par un médecin agréé (p 17),
9. Un certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France (p 14),

## LE FINANCEMENT

**Le financement du coût pédagogique de la formation peut être pris en charge selon la situation individuelle du candidat par :**

- Le Conseil Régional (Cf. Conditions de prise en charge du financement des formations du Conseil Régional Centre-Val-de-Loire sur le site du Conseil Régional Centre Val de Loire : <https://orientation.centre-valde Loire.fr/besoin-de-financer-vos-etudes-pour-des- formations-du-secteur-sanitaire-et-social>)
- L'Employeur (établissement public) : Financement au titre de la Promotion Professionnelle et de la formation continue - demande écrite à faire auprès de l'employeur au plus tard à l'inscription aux épreuves de sélection.
- L'Employeur et l'OPCO (établissement privé ou public) : Pour connaître vos droits à la formation continue, vous pouvez vous adresser à vos employeurs ou au Numéro suivant mis à disposition par le Conseil Régional : 0800 222 100.
  
- **La rémunération pendant la formation** peut, selon la situation individuelle du candidat, lui être accordée par :
  - o L'Employeur (établissement public) : Rémunération au titre de la Promotion Professionnelle pendant la formation continue - demande écrite à faire auprès de l'employeur au plus tard à l'inscription aux épreuves de sélection.
  - o L'Employeur et l'OPCO (établissement privé ou public).
  
- Des aides ou indemnités pendant la formation peuvent, éventuellement selon la situation individuelle du candidat, lui être accordées par :
  - o Le Conseil Régional : Seules les personnes éligibles à la prise en charge du coût pédagogique de la formation sont autorisées à déposer une demande de bourse régionale d'études sur critères sociaux. Le règlement intérieur de la bourse sanitaire et sociale est accessible sur [www.aress.regioncentre-valde Loire.fr](http://www.aress.regioncentre-valde Loire.fr)
  - o Le Pôle Emploi : Si vous êtes demandeur d'emploi, il vous appartient de prendre contact avec le Pôle Emploi pour continuer à percevoir vos indemnités.  
Indemnisation : l'inscription comme demandeur d'emploi doit être effectuée avant l'entrée en formation et la demande « d'attestation d'inscription à un stage de formation » (AIS) pour le demandeur d'emploi indemnisé doit être complétée et validée par le Pôle Emploi.

**Attention : certains dossiers de financement doivent être réalisés plusieurs mois avant l'entrée en formation. N'hésitez pas à démarrer les démarches avant les résultats, voire dès votre inscription.**

Si ce n'est pas le cas, il vous appartiendra de prendre en charge vous-même votre formation.

**Pour information en 2024, les frais de formation s'élèveront à 6150 euros**

## SÉLECTION AMBULANCIER

# FICHE D'INSCRIPTION

**Merci d'écrire en MAJUSCULE**

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Nom d'usage : \_\_\_\_\_

Prénoms : \_\_\_\_\_

Sexe :  Féminin  Masculin

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone Portable : \_\_\_\_\_ Téléphone Fixe : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Département de naissance : \_\_\_\_\_ PAYS (si hors de France) : \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Formation envisagée :  par apprentissage  
 en formation initiale

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ atteste sur l'honneur  
l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

**Signature du candidat :**

## AUTORISATION DE DIFFUSION DES RESULTATS SUR INTERNET

NOM DE FAMILLE : \_\_\_\_\_

NOM D'USAGE : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Autorise l'IFPM à communiquer mes résultats sur INTERNET :  Oui  Non

## ANNEXE I

Nom de l'entreprise	Adresse	Numéro de téléphone
<b>Ambulances ATB</b>	16 rue de Châteaudun 45130 MEUNG SUR LOIRE	02-38-44-37-72
<b>Ambulances AYASOFYA</b>	130 Les Combes 45250 BRIARE	02-38-05-81-26
<b>Ambulances Bellissima</b>	1 Rue de la grande prairie 45120 CHALETTE SUR LOING	02-38-87-78-94
<b>Ambulances Bellissima</b>	55 rue Marcelin Berthelot 45400 Fleury les Aubrais	02-38-87-78-94
<b>Ambulances des deux Lions</b>	24 Rue Nicéphore Niepce 45700 VILLEMANDEUR	02-38-89-15-15
<b>ASP FAY (St Paul/Andesquard)</b>	455 rue Bernard de Laroche Foucault 45450 FAY AUX LOGES	02-38-45-01-12
<b>Ambulances Saint Paul</b>	9 Rue Claude Lewy 45100 ORLEANS	02-38-45-01-12
<b>Chrono Ambulances</b>	20 Bis Avenue Gaillardin 45200 MONTARGIS	02-38-98-01-39
<b>EURL Ambulance Saint Nicolas Orléans</b>	4 Rue Henri Desforges 45000 ORLEANS	02-38-68-12-71
<b>Europe ambulance</b>	64 avenue de Verdun 45800 SAINT JEAN DE BRAYE	02-38-91-06-06
<b>SARL Ambulances d'Orléans</b>	1725 Rue de Montaran 45770 SARAN	02-38-52-15-15
<b>SARL Ambulances Saint Charles</b>	396 Rue de la Cornaillères 45650 SAINT JEAN LE BLANC	02-38-56-30-96
<b>SAS Ambulances Saint Cédric</b>	Rue Denis Papin ZI Cuiry 45500 GIEN	02-38-05-15-15
<b>Ambulances du Loiret (SARL Abeilles Ambulances)</b>	9 boulevard Beauvallet 45300 PITHIVIERS	02-38-30-65-96
<b>AMBULANCES DU LOING</b>	7 Impasse des Secherons 45700 CHEVILLON SUR HUILLARD	02-38-07-93-13

**Pour connaître les entreprises sanitaires agréées sur la région et hors du département du Loiret, veuillez nous contacter.**

## ANNEXE II

### ATTESTATION DE VALIDATION DU STAGE D'ORIENTATION PROFESSIONNELLE (70 heures)

#### CANDIDAT :

Nom de naissance : \_\_\_\_\_ Nom d'usage : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

**Date du stage** : Du : \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

#### **ENTREPRISE DU STAGE :**

Nom : \_\_\_\_\_

N° Siret : \_\_\_\_\_

Coordonnées : \_\_\_\_\_

Nom du responsable du suivi du stage de découverte du candidat \_\_\_\_\_

Fonctions dans l'entreprise : \_\_\_\_\_

#### **EVALUATION DU CANDIDAT :**

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

**STAGE VALIDÉ :  Oui  Non**

**CACHET et SIGNATURE du responsable de l'entreprise**

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

## ANNEXE III

### ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR POUR LES PERSONNES EXERCANT DEPUIS AU MOINS UN MOIS SUR LES 3 DERNIÈRES ANNÉES EN QUALITÉ D'AUXILIAIRE AMBULANCIER

#### CANDIDAT :

Nom de naissance : \_\_\_\_\_ Nom d'usage : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

**Période d'exercice professionnel** : Du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

#### ENTREPRISE :

Nom : \_\_\_\_\_

N° Siret : \_\_\_\_\_

Coordonnées : \_\_\_\_\_

Nom du responsable de l'entreprise : \_\_\_\_\_

#### EVALUATION DU CANDIDAT :

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

**CACHET et SIGNATURE** du responsable de l'entreprise

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

# Dossier médical

Pour l'entrée  
en Institut de Formation Paramédicale  
du Centre Hospitalier Régional d'Orléans

Vous devez **OBLIGATOIREMENT** *réaliser et conserver* une photocopie de votre «Dossier médical » afin de produire ce document s'il vous est demandé sur vos lieux de stage.

NOM : .....	Nom d'usage : .....
Prénom : .....	Date de naissance : ...../...../.....
ADRESSE : N° : ..... Rue : .....	
.....	
Code Postal : .....	Ville : .....
N° Téléphone : .....	
E-mail : .....@.....	

## FILIERE :

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aide-soignant              | <input type="checkbox"/> Infirmier rentrée de septembre 2023 |
| <input type="checkbox"/> Ambulancier                | <input type="checkbox"/> Infirmier rentrée de février 2024   |
| <input type="checkbox"/> Auxiliaire de Puériculture | <input type="checkbox"/> Puériculteur                        |
| <input type="checkbox"/> IBODE                      | <input type="checkbox"/> Psychomotricien                     |

Au terme de l'arrêté relatif à votre diplôme, vous devez fournir pour votre entrée en formation :

- 1) Une attestation médicale d'immunisation et de vaccinations**  
à faire remplir par le centre de vaccinations ou par votre médecin traitant
- 2) Un Certificat médical d'aptitude à la fonction**  
à faire remplir par un médecin agréé par l'A.R.S.

**Pour une admission définitive en formation,  
ces deux certificats médicaux doivent être conformes à  
la législation en vigueur**



## L'IFPM respecte les obligations vaccinales législativement en vigueur

### **Tuberculose – Obligatoire** en milieu professionnel

Conformément au décret n°2019-149 du 27 février 2019, l'obligation de vaccination contre la tuberculose (BCG) est suspendue.

Un test diagnostic de la tuberculose IDR ou Quantiferon même ancien reste obligatoire pour certaines études et professions. Le résultat de sa mesure doit être noté, il servira de test de référence.

### **Diphtérie, Tétanos, Polio – Obligatoire** en milieu professionnel

Les rappels sont effectués aux mêmes âges fixés (25 ans, 45 ans et en fonction de la poursuite des activités professionnelles, 65 ans), avec un vaccin contenant une dose réduite d'anatoxine diphtérique (dTpolio).

A l'âge de 25 ans, sera associée la valence coqueluche à dose réduite (ca) chez l'adulte n'ayant pas reçu de vaccination contre la coqueluche au cours des cinq dernières années (dTcaPolio).

### **Hépatite B – Obligatoire** en milieu professionnel, sauf pour la formation en psychomotricité

L'article L.3111-4 du Code de la santé publique (CSP) rend obligatoire l'**immunisation contre l'hépatite B** pour les personnes exerçant une activité professionnelle les exposant à des risques de contamination et pour les élèves ou étudiants se préparant à l'exercice de certaines professions de santé. *Cette immunisation vise en premier lieu à protéger ces personnels. Elle permet également de protéger les patients vis-à-vis de la transmission de ce virus par un soignant.*

Arrêté du 6 mars 2007 et Arrêté du 2 août 2013 détaillé par l'[annexe I](#) et l'[annexe II](#) (détermine la conduite à tenir face à une personne « non répondeuse » à la vaccination contre l'hépatite B, bien qu'ayant reçu un schéma complet de vaccination).

### **Rougeole, Rubéole et Oreillons – Recommandé** en milieu professionnel

Les personnes nées avant 1980, non vaccinées et sans antécédent connu de rougeole ou de rubéole, qui exercent des professions de santé en formation, à l'embauche ou en poste, devraient recevoir une dose de vaccin trivalent rougeole-oreillons-rubéole. Les professionnels travaillant au contact des enfants devraient aussi recevoir une dose de vaccin trivalent rougeole-oreillons-rubéole.

Pour l'ensemble de ces personnels dont les antécédents de vaccination ou de maladie (rougeole, rubéole) sont incertains, la vaccination peut être pratiquée sans qu'un contrôle sérologique préalable soit systématiquement réalisé.

#### **Schéma vaccinal**

Personnes nées depuis 1980 : rattrapage pour obtenir, au total, deux doses de vaccin trivalent ROR, quels que soient les antécédents vis-à-vis des trois maladies.

### **Varicelle – Recommandé** en milieu professionnel

La vaccination contre la varicelle est recommandée pour les personnes sans antécédent de varicelle (ou dont l'histoire est douteuse) et dont la sérologie est négative, qui exercent en contact avec la petite enfance (crèches et collectivités d'enfants notamment) ; à l'embauche ou à défaut, déjà en poste, en priorité dans les services accueillant des sujets à risque de varicelle grave (immunodéprimés, services de gynécobobstétrique, néonatalogie, pédiatrie, maladies infectieuses, néphrologie).

#### **Schéma vaccinal**

Deux doses espacées de 4 à 8 semaines ou de 6 à 10 semaines selon le vaccin utilisé.

**Hépatite A – Recommandé** en milieu professionnel pour les personnels exposés professionnellement à un risque de contamination

**Grippe Saisonnière – Recommandé** en milieu professionnel

**Vaccination anti COVID 19 – Recommandé** en milieu professionnel



## Certificat Médical de vaccination

L 3111-4 du Code de la Santé Publique

Je soussigné(e), Docteur .....

Atteste que l'apprenant

Nom – Prénom : .....

**A été vacciné(e) :**

	<i>Obligatoire</i>	
<b>Contre la diphtérie, tétanos et poliomyélite</b>		
Protégé ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Si oui, jusqu'au : .....		
<b>Contre l'hépatite B</b> sauf pour la formation en psychomotricité		
Primo vaccination <b>entière</b> réalisée	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Si non, date de la prochaine injection : .....		
Preuve d'une immunité (anticorps antiHbs > 10)	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Si Ac Hbs < 10 : dosage des anticorps anti Hbc ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Si Ac Hbc positif : dosage des antigènes Hbs ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
<b>A présenté une radiographie pulmonaire</b>		
datant de moins d'un an ? .....	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
<b>A présenté un test tuberculinique</b> (IDR ou quantiféron)	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>

*Il est fortement conseillé de mettre à jour les vaccinations recommandées*

COQUELUCHE	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> rappel vaccinal à 25 et 45 ans
RUBEOLE	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
ROUGEOLE	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> 2 injections
OREILLONS	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
VARICELLE	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
COVID	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> 3 injections

**Fait le .....**  
**Signature et Cachet du médecin**

**Certificat médical d'aptitude à établir par un médecin agréé\***  
**pour l'admission en institut de formation paramédicale**

Je soussigné(e), docteur.....

Médecin agréé par l'ARS de la Région.....

Exerçant à .....

Atteste que l'apprenant :

Nom – Prénom :.....

ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à la formation et à l'exercice de la profession d'ambulancier :

A la date du .....

*Signature et cachet du médecin agréé*

\* La liste des médecins agréés est disponible sur le site de l'ARS de votre région en indiquant « Médecin agréé ARS» dans un moteur de recherche



Cette formation est accessible aux personnes âgées de **20 ans** (2 ans de permis de conduire obtenu par la conduite accompagnée) **ou 21ans** (3 ans de permis de conduire) **à 30 ans ou en situation de handicap.**

Vous faites partie d'une équipe de professionnels de terrain qui vous permet d'être directement en phase avec la réalité de la profession.

Vous effectuez votre formation, sans coût de formation pour vous, en **bénéficiant d'un salaire** et au final, **d'une expérience qui comptera dans votre carrière professionnelle.**

**Avant d'opter pour cette voie de formation, vous devrez réfléchir à :**

- Votre volonté de vous impliquer professionnellement tout en menant de front une formation professionnelle en unité de formation d'apprentis.
- La prise en compte d'une formation tantôt dans l'entreprise de transport sanitaire, tantôt au centre de formation.
- A vos responsabilités professionnelles croissantes dans l'entreprise au fur et à mesure de l'acquisition de vos compétences.

**Pour toute information concernant l'apprentissage, contacter :**

**Centre de Formation d'Apprentis**

des métiers du social, médico-social et sanitaire,  
en Région Centre-Val de Loire

21 bis, rue de la vallée Maillard – **41000 BLOIS**

**[contact@cfasms.fr](mailto:contact@cfasms.fr)**

**Tel : 02 36 41 12 18**