

Auxiliaire Ambulancier

Arrêté du 11 avril 2022

**Dossier d'INSCRIPTION à renvoyer complet par courrier à
Institut de Formation des Ambulanciers
Formation auxiliaire
10 avenue BANCO – 06300 Nice**

Tout dossier incomplet sera refusé.

Formation à temps complet, validée par une ATTESTATION de Formation délivrée par l'IFA du CHU de Nice (Institut de Formation des Ambulanciers)

Attestation remise aux personnes ayant :

- Suivi l'intégralité de la formation de 70h00 (2 semaines de 35h00)
- Dans le respect du règlement en vigueur à l'IFA du CHU de Nice.
- Réussi aux différentes épreuves validant les 5 compétences et la formation.
- Acquitté les frais d'inscription et le paiement de la formation.

ATTENTION tous frais de formations Auxiliaire Ambulancier et AFGSU acquittés ne garantissent pas l'obtention des attestations de formation.

Le programme contient 5 compétences d'enseignements répartis comme suit :

- L'hygiène,
- Ergonomie, gestes et postures, aides à la marche
- Démarche relationnelle envers les membres de l'équipe et les patients,
- Règles du transport sanitaire,
- Principes et valeurs Professionnelles.

Attention : * L'Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence de niveau II (AFGSU II) n'est plus incluse à la formation (Arrêté du 11 avril 2022) il est néanmoins proposé (selon les dates) en complément des 70 h. sous un format de 21 heures supplémentaires dispensé par l'IFA ou par le biais du CESU 06 [AFGSU 2 - CESU06 \(chu-nice.fr\)](#) Cette attestation prévaut à l'exercice professionnel d'Auxiliaire Ambulancier.

Le coût de la formation (**sous réserve de modification)

- 1000,00 €** AA sans AFGSU quel que soit le mode de financement
- 1300,00 €** AA avec AFGSU quel que soit le mode de financement
- Salariés, renseignez-vous auprès de votre employeur (OPCO, ...)

Prérequis à la Formation

- **Permis de conduire B**, en cour de validité et hors période probatoire (+ de 3 ans ou +2 si conduite accompagnée).
- **Attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'une ambulance** délivrée par un **MEDECIN AGREE** par la Préfecture.
- Le **Certificat de non-contre-indication à la Profession d'Ambulancier** doit être établi par un **MEDECIN AGRÉÉ** par l'Agence Régionale de Santé.
- **Certificat médical de vaccination** conformément à l'article L.3111-4 du Code de la santé publique (DTP, Hépatite B, grippe + Covid-19 recommandé)

Documents à fournir

L'ensemble des documents est obligatoire pour prendre en compte votre inscription

Tout dossier incomplet sera refusé.

Un accusé de réception, une convocation, un devis avec programme ainsi qu'un contrat financier de formation vous seront envoyés par courriel dès votre dossier accepté. Le contrat financier de formation devra être renvoyé « signé » 15 jours au minimum avant l'entrée en formation.

Les documents sont à ranger dans l'ordre de cette liste

- ☐ La **Fiche d'inscription** complétée avec soins
- ☐ Le **Questionnaire de situation** pour votre financement
- ☐ Photocopie de :
 - **Carte d'identité** ou **Titre de séjour** (recto-verso) ou **Passeport** en cours de validité
 - **Permis de conduire** (recto-verso) en cours de validité et hors période probatoire (+ de 3 ans)
 - **Attestation de Sécurité sociale**
- ☐ **Certificat médical d'aptitude à la conduite** ou copie du cerfa 14880-02 si vous n'avez toujours pas reçu le carnet médical.
- ☐ **Certificat d'aptitude** par médecin agréé ARS
- ☐ **Certificat de vaccination** à jour
- ☐ Photocopie de l'attestation **d'assurance Responsabilité Civile, vie privé** (nominative)
- ☐ 1 **TIMBRE** pour envoi postal en recommandé-accusé de réception
- ☐ 1 formulaire RAR
- ☐ 1 Chèque bancaire de 80,00 € * à l'ordre de **Régie Mixte – IFPP (RM – IFPP)** correspondant aux frais d'inscription

* Sous réserve de modification

Ce chèque reste acquis à l'organisme de formation et ne peut être restitué quel que soit le motif d'annulation.

FICHE D'INSCRIPTION

Auxiliaire Ambulancier

INFORMATION CNIL : Les informations mentionnées dans ce document feront l'objet d'un traitement automatisé. Conformément à l'article 27 de la Loi n°78 du 6/01/1978, chaque candidat bénéficie du droit d'accès au fichier informatique établi par le CRIH pour les informations le concernant.

Inscription initiale à la session de ☐ MARS ☐ MAI ☐ OCTOBRE ☐ NOVEMBRE

☐ Formation AA avec AFGSU ☐ Formation AA sans AFGSU

NOM : Nom marital :

Prénom : Date de Naissance : / / Âge :

Lieu de Naissance : **N° du département**

Nationalité : ou Pays si hors France : Sexe : F ☐ M ☐

N° de sécurité sociale en cours de validité : /

ADRESSE (actuelle et valide pour la réception des courriers) :

.....

Code postal : Ville :

Téléphone portable N°1 : / / / / Téléphone fixe n°2 : / / / /

E-mail (en lettres majuscules) :@.....

SITUATION FAMILIALE :

Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Autres :

Concubinage (équivalent) ☐ Veuf(ve) ☐ Nbre d'enfants à charge :

Nom et N° de téléphone de la personne à prévenir en cas d'urgence :

Mr / Mme : Tél. : / / / /

Dernière classe fréquentée :

Dernier Diplôme(s) scolaire(s) obtenu(s) :

Niveau d'étude :

Je soussigné(e) atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche et je m'engage à respecter le règlement qui régit les épreuves de validation.

Fait à NICE, le : / /

Signature :

QUESTIONNAIRE de SITUATION

Ce questionnaire permettra d'étudier les possibilités de financement de votre formation

1a – Êtes-vous salarié(e) ou employé(e) actuellement : Oui ☐ Non ☐

Si oui, êtes-vous en : CDD ☐ CDI ☐ en intérim ☐

Si oui, êtes-vous Auxiliaire ou conducteur Ambulancier ? : Oui ☐ Non ☐

Si oui, depuis quelle date à temps plein ? : / / ☐ Attestation employeur

Nom et adresse de votre employeur :

1b

Avez-vous demandé un congé individuel de formation ? : Oui ☐ Non ☐

Si oui, avez-vous une prise en charge de la formation ? : Oui ☐ Non ☐

Si oui, quel est l'organisme financeur ? : ☐ OPCO Mobilité ☐ CPF ☐ Autres :

2 – Êtes-vous en reconversion professionnelle (réinsertion) ? : Oui ☐ Non ☐

Si oui, avez-vous une prise en charge ? : Oui ☐ Non ☐

Si oui, de quel corps professionnel ? : Armée ☐ Gendarmerie ☐ Autres

3 – Êtes-vous inscrit(e) au Pôle Emploi ? : Oui ☐ Non ☐

Si oui, quel est votre numéro PE (identifiant) :
(joindre un justificatif)

L'adresse de votre agence PE :

Le conseiller en charge du dossier :

3b – Êtes-vous indemnisé par le Pôle Emploi ? : Oui ☐ Non ☐

Si oui, comment ? :
(joindre un justificatif)

3c – Êtes-vous indemnisé(e) par une autre structure que Pôle Emploi ? : Oui ☐ Non ☐

(Mairie, Ministère, Centre Hospitalier,)

Si oui, laquelle ? :
(joindre un justificatif)

4 – Êtes-vous inscrit(e) dans une Mission Locale ? : Oui ☐ Non ☐

Si oui, quel votre identifiant ? :
(joindre un justificatif)

5 – Êtes-vous bénéficiaire ou ayant droit du RSA ? : Oui ☐ Non ☐

Si oui, quel est votre numéro d'allocataire ? :
(joindre un justificatif)

6 – Êtes-vous reconnu(e) travailleur handicapé(e) ? : Oui ☐ Non ☐

Si oui, dans quelle catégorie ? :
(joindre un justificatif)

7 – Financez-vous personnellement la formation ? : Oui ☐ Non ☐

Je soussigné(e)atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche.

Fait à NICE, le : / /

Signature :

Certificat médical de non-contre-indication à la profession et à la formation d'ambulancier

(Durée de validité égale à 6 mois)

Je soussigné(e), Docteur

Agréé par l'A.R.S. sous le N°, certifie avoir examiné ce jour :

Mme*, M.*⁽¹⁾.....

Né(e) le : à

Et atteste que celle(celui)-ci (1) :

☐ **Ne présente aucune contre-indication à la profession et à la formation d'Ambulancier et/ou d'Auxiliaire ambulancier**

Conformément à l'arrêté du 11 avril 2022 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'ambulancier et aux conditions de formation de l'auxiliaire ambulancier

Fait à : , le :

Cachet et signature du Médecin agréé

(1) Rayez la mention inutile

Veillez à présenter votre carnet de santé et tout document permettant d'établir ce certificat avec objectivité.