RESERVE A L'IFA

REMIS/ENVOYÉ LE : .....

RÉCEPTIONNÉ LE : .....

N° DOSSIER : .....

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE GRENOBLE ALPES
INSTITUT DE FORMATION D'AMBULANCIERS

DEMANDE DE CANDIDATURE

AUXILIAIRE AMBULANCIER

Inscription demandée pour la session du :

☐ 20 au 31 mars 2017 (test le 03/02/17)
☐ 20 novembre au 1er décembre 2017 (test le 05/10/17)

Dans le cadre : ☐ individuel ☐ promesse d'embauche comme auxiliaire ambulancier

ETAT CIVIL

Nom de famille : ..... **NOM D'USAGE :** .....

PRENOM : ..... Autres prénoms : .....

..... Nationalité : .....

Domicile : N° ..... Rue/Av/Bd/Chemin* : .....

.....

Ville : ..... Code postal : .....

Date de naissance : ..... Lieu : .....

Département de naissance : ..... Tél. Perso. Portable : .....

e.mail : .....

Situation familiale : ..... n° SS : .....

Enfants : Nombre : ..... Ages : .....

Coller une photo d'identité ici

SITUATION PROFESSIONNELLE

Emploi	Nom de l'employeur	Date de contrat
1.....	.....	du ..... au .....
2.....	.....	du ..... au .....

EMPLOI ACTUEL : .....

Nom, adresse et téléphone employeur : .....

.....

PROMESSE D'EMBAUCHE COMME AUXILIAIRE AMBULANCIER

Noter ici les coordonnées de la société (nom de la société, nom du gérant, adresse postale complète) et **joindre l'original de la promesse d'embauche dans le dossier** :

SITUATION SCOLAIRE

Diplôme	Spécialité	Année d'obtention

Dernière année d'études : ..... Niveau atteint : .....

DIPLOMES SANITAIRES OU SOCIAUX

Préciser lequel + année d'obtention : .....

.....

PERMIS DE CONDUIRE

	DATE	NUMÉRO	DÉPARTEMENT
Permis B°			
Validation ambulance°			

SITUATION A L'ENTREE EN FORMATION

◇ salarié

◇ demandeur d'emploi : inscrit au Pôle Emploi depuis le .....

- ◇ Numéro d'identifiant (**obligatoire**) : .....
- ◇ rémunération Pôle Emploi (type d'allocation) : .....
- ◇ bénéficiaire du RSA : ◇allocataire ◇ayant-droit

◇ autres : précisez .....

PRISE EN CHARGE ENVISAGEE

◇ personnelle

◇ organisme public (Pôle Emploi, région, autres : précisez .....)

◇ employeur* :
- ◇ Plan de formation
- ◇ Congé de formation (organisme) : .....
- ◇ Autres (précisez) : .....

***Cachet, nom et signature à remplir par l'employeur**

A ....., le ..... .

A ....., le.....

Signature du candidat

NOTE D'INFORMATION

L'Institut de Formation d'Ambulanciers du Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble est un institut de formation des professionnels de santé habilité à dispenser la formation d'auxiliaire ambulancier.

Si vous ne connaissez pas ce métier, nous vous conseillons d'effectuer au préalable un stage dans une entreprise de transport sanitaire.

CALENDRIER

Formation :	**Session du 20/03 au 31/03/17**	**Session du 20/11 au 01/12/17**
Limite d'inscription	20/01/17	22/09/17
Test écrit	03/02/17	05/10/17
Résultats	08/02/17	12/10/17

DOSSIER à déposer à l'IFA, Pavillon René Coirier (SAMU), 2ème étage - CHU Grenoble **ou à renvoyer** à : Institut de Formation d'Ambulanciers, CHUGA, CS 10217, 38043 GRENOBLE Cedex 9

SELECTION

Aucun diplôme n'est requis pour s'inscrire au test d'aptitude écrit préalable à la formation. Celui-ci consiste en une épreuve écrite d'une heure comportant :

- une explication de texte
- et une rédaction sur vos motivations à devenir auxiliaire ambulancier.

Un classement en liste principale et liste complémentaire est établi suite à ce test, selon les critères suivants :

- validation du test (oui/non)
- motivations exprimées
- étude du dossier de candidature.

Les personnes inscrites en liste complémentaire sont contactées par ordre de classement pour remplacer un élève qui se désisterait. Dans le cas contraire, elles peuvent s'inscrire sur la session suivante, en étant dispensées du test écrit.

CONTENU DE FORMATION

Cette formation de 70 heures porte sur :

- l'hygiène
- la déontologie
- les gestes de manutention
- les règles du transport sanitaire
- Gestes et Soins d'Urgence de niveau 2.

L'attestation d'Auxiliaire Ambulancier et l'AFGSU 2 sont délivrées aux élèves qui valident les enseignements correspondants.

CONTACTS et INFORMATIQUE

ATTENTION : des documents émis par l'Institut de Formation d'Ambulanciers vous seront adressés par courrier électronique - **Votre adresse mail doit être valide**.

MODALITES ADMINISTRATIVES

Le coût prévisionnel de formation, comprenant uniquement les frais pédagogiques, est de **847,00 €**. Etant reconnue par les organismes de prise en charge, elle peut donner lieu à l'établissement d'une convention de formation.

Voici quelques exemples de dispositifs pouvant être mis en place : CARED Individuel ou collectif, APRE, CIF, plan de formation, API, POE individuelle ou collective. Attention, certains financements de formation pour un demandeur d'emploi sont subordonnés à une promesse d'embauche.

Au cours de la formation, vous ne recevez pas de rémunération (sauf en cas de prise en charge par un organisme). Par contre, vous devez être couvert par vos contrats d'assurance personnels en cas d'accident.

Les frais annexes sont également à votre charge (repas, hébergement, transport...).

Avis aux candidats « jeunes conducteurs »

Vous pouvez vous inscrire à une session de formation, uniquement si celle-ci est programmée en-dehors de la période probatoire de votre permis de conduire.

NOTICE EXPLICATIVE SUR LA CONSTITUTION DU DOSSIER DE CANDIDATURE

PIECES A JOINDRE

- 2 Photos d'identité (dont une à coller sur le dossier)
- Copie recto-verso de la carte nationale d'identité en cours de validité (à défaut, copie de la carte de séjour en cours de validité ou copie du livret de famille)
- Copie recto-verso du permis de conduire en état de validité (hors période probatoire)
- Copie du certificat médical (2 volets) ou de l'attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulance en état de validité (recto-verso)
- Certificat médical et de vaccinations joint
- Copie de l'attestation papier de droits d'assuré social

I. COMMENT REMPLIR LA DEMANDE DE CANDIDATURE

I. ETAT CIVIL

- Adresse : * rayer les mentions inutiles
- Lieu de naissance : préciser également le numéro du département
- Téléphone personnel : OBLIGATOIRE. Nous communiquer le numéro où vous joindre en cas d'urgence (si vous n'en avez pas, nous préciser si téléphone des parents, amis, voisins...).

II. SITUATION FAMILIALE

Pas de commentaire.

III. DIPLOMES SANITAIRES OU SOCIAUX

Joindre une copie des diplômes mentionnés.

IV. SITUATION SCOLAIRE

Marquer dans le tableau les diplômes obtenus. Sinon, mentionner le niveau acquis au-dessous du tableau.
Joindre une copie des diplômes mentionnés.

V. DIPLOMES DE SECOURISME

Joindre une copie des diplômes mentionnés.

VI. PERMIS DE CONDUIRE

Les parties "Permis B" et "validation ambulance" sont à remplir obligatoirement.
Joindre une copie de ces deux documents.

VII. SITUATION PROFESSIONNELLE

Préciser également les périodes de stage en entreprises de transport sanitaire.

VIII. A QUEL TITRE FORMULEZ-VOUS VOTRE INSCRIPTION ?

Pour les personnes qui sont prises en charge par leur employeur, leur faire remplir obligatoirement la partie "Avis, signature et cachet de l'employeur".

II. PRÉCISIONS SUR LA CONSTITUTION DU DOSSIER

1. Pièces obligatoires

- Photos d'identité : inscrire votre nom au verso

- Imprimé médical : **Attention → être vacciné(e) est obligatoire pour toute embauche.**

- Copie recto-verso de la carte d'identité : pas de commentaire.

- Copie recto-verso du permis de conduire : pas de commentaire.

- Copie du certificat médical ou de l'attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulance en état de validité, délivré par un médecin assermenté par la Préfecture, aux personnes ayant été jugées aptes à la suite d'une visite médicale. La liste des médecins et l'imprimé sont disponibles dans toutes les Mairies ou téléchargeables sur le site de la Préfecture de votre département.

- Copie de l'attestation papier de droits d'assuré social : attention, ne pas fournir celle de la carte vitale

Centre Hospitalier Universitaire de GRENOBLE

Ecoles et Instituts de Formation Hospitaliers

Suivi médical des Elèves :

Dr Marie-France GRENIER
IFSI
CHU de Grenoble CS 10217 – 38043 Grenoble Cedex 9
MFGrenier@chu-grenoble.fr
Tél : 06 16 99 42 26

DOSSIER MEDICAL

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Pour vous inscrire à la formation vous devez OBLIGATOIREMENT fournir les pièces suivantes (à joindre au dossier administratif sous enveloppe notée « confidentiel ») :

1-Certificat médical joint rempli par un médecin

2-Photocopie de votre carnet de vaccinations :(vérifier la présence de votre nom sur le document)

3-Résultats d'ac HBs après vaccination contre l'hépatite B dans les cas suivants :

4-IDR (test tuberculinique) récent : peut être réalisé sur rendez-vous au Centre Départemental de Santé dont vous dépendez (pour l'Isère : 04 76 12 12 81, Avenue Albert I° de Belgique, 38000 Grenoble) ou par votre médecin.

Non vacciné contre l'hépatite B : commencer rapidement la vaccination (3 injections)

L'accès aux stages sera interdit et la formation annulée en l'absence de vaccination complète

Schéma vaccinal :
-classique : 3 injections (2° rappel à 1 mois, 3° rappel entre 5 et 12 mois)
-accéléré : 3 injections (2° rappel à 1 mois, 3° rappel à 2 mois) mais un 4° rappel pourra être nécessaire à 12 mois selon les résultats d'ac HBs.

Diphtérie, tétanos, polio, coqueluche le calendrier vaccinal a changé.
Les rappels doivent être faits à l'âge de 11-13 ans, 25 ans, puis 45 ans. Il n'y a plus de rappel obligatoire tous les 10 ans. Mais un rappel peut-être nécessaire si vous n'êtes pas vacciné contre la coqueluche en particulier pour les étudiants qui seront en contact avec des nouveaux-nés.

Vous pouvez m'adresser vos questions éventuelles par de préférence par mail à l'adresse suivante

MFGrenier@chu-grenoble.fr

Cordialement,

Dr Marie-France Grenier

A rendre sous enveloppe close notée « confidentielle » adressée au Médecin des Ecoles du CHU,
avec la mention **« candidature auxiliaire ambulancier » et votre nom**

Centre Hospitalier Universitaire de GRENOBLE

Ecoles et Instituts de Formation Hospitaliers
Certificat médical d'inscription

JOINDRE LA COPIE DU CARNET DE VACCINATION

Je soussigné(e) Dr..... certifie que

Nom..... Prénom……

Nom de jeune fille ..... né(e) le……../……./…….

- **ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession de ……..**
- **a bénéficié des vaccinations conformes à la réglementation en vigueur pour les professionnels de santé** (réf : calendrier vaccinal 2013)

VACCINS OBLIGATOIRES : DTP, BCG, HEPATITE B

VACCINS RECOMMANDES en particulier pour les étudiants amenés à être en contact avec des nouveaux-nés : COQUELUCHE, ROR (rougeole, oreillons, rubeole), **VARICELLE**

	Nom des vaccins	Dates injection
DTP - COQ		
BCG		
Hépatite B		1°- 2°- 3°-
ROR	ou date maladie :	1°- 2°-
Varicelle (date des vaccins si pas d'antécédents et sérologie négative)	ou date maladie :	

RESULTATS :

	date	résultat
Tubertest récent obligatoire		mm
Ac HBs (cf courrier)		UI/L

Fait à le……/……/……

Signature et cachet obligatoire