

Institut de • Formation d' • Ambulanciers



IFA

INSTITUT DE FORMATION
D'AMBULANCIERS

Documents à transmettre

Diplôme d'Etat D'Ambulancier

V.DEA.2027.01

DECLARATION SUR L'HONNEUR

A déposer obligatoirement lors de l'inscription aux épreuves de sélection sur MySelect

Je sousigné(e) :

NOM : _____
Prénom : _____
Date de naissance : _____
Adresse personnelle : _____

candidat(e) aux épreuves de sélection pour l'entrée en formation conduisant au Diplôme d'État d'Ambulancier au sein de l'Institut de Formation des Ambulanciers (IFA) du CHU Grenoble Alpes,

atteste sur l'honneur :

1. Avoir pris connaissance de l'intégralité du règlement des sélections, des modalités d'inscription, d'admissibilité, d'admission et d'entrée en formation figurant dans le dossier d'inscription, et en accepter sans réserve les dispositions.

2. Être pleinement informé(e) de mes droits à recours, notamment :

- en cas de rejet de mon dossier d'inscription ;
- en cas de non-admissibilité à l'issue de l'examen sur dossier ;
- en cas de non-admission à l'issue des épreuves d'admission,

conformément aux voies et délais de recours administratifs ou contentieux prévus par la réglementation en vigueur.

3. Attester sur l'honneur ne pas avoir plagié et ne pas avoir eu recours de manière abusive, non déclarée ou frauduleuse à des outils d'intelligence artificielle pour la rédaction :

- de ma lettre de motivation ;
- du document manuscrit, d'une longueur maximale de deux pages, dans lequel je relate, au choix soit une situation personnelle ou professionnelle vécue, soit mon projet professionnel en lien avec les attendus de la formation.

4. Certifier que l'ensemble des informations déclarées lors de mon inscription aux épreuves de sélection sur la plateforme MySelect est exact, sincère et complet, et que tous les documents fournis sont authentiques.

Je reconnais avoir été informé(e) que toute fausse déclaration, tout document falsifié, tout plagiat ou toute utilisation non autorisée de l'intelligence artificielle est susceptible d'entraîner l'exclusion immédiate de la procédure de sélection, voire l'annulation de l'admission, sans préjudice d'éventuelles poursuites.

Fait à _____, Le _____

Signature :

Institut de Formation des Ambulanciers
CHU Grenoble Alpes

Dossier suivi par : Mélanie Martinez
Tél : 0476765069
Courriel : ifa38secretariat@chu-grenoble.fr

Coordonnateur général des instituts de formation
Directrice des soins
Directrice de l'IFA
Mme MONNET Sandrine

Cadre supérieur de santé junior
Directeur adjoint de l'IFA
M. ALBARRAS Flavien

DOSSIER MEDICAL OBLIGATOIRE

pour l'inscription aux sélections de l'Institut de formation des ambulanciers du CHUGA

Madame, Monsieur,

L'admission définitive à l'IFA est conditionnée par la remise, au plus tard le jour de l'inscription au concours de sélection l'Institut de Formation d'ambulancier (IFA), du certificat médical de non contre-indication à la profession d'ambulancier délivré par un médecin agréé et du certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France, pouvant être délivré par un médecin généraliste.

Les consultations chez les médecins agréés n'ouvrent pas droit un remboursement par la Sécurité Sociale.

Aucune entrée en stage ne sera autorisée si les obligations vaccinales ne sont pas respectées.

En particulier nous rappelons les éléments suivants :

1. Vaccinations obligatoires pour les étudiants des filières santé

Les vaccinations obligatoires pour les étudiants des filières santé sont le vaccin Diphtérie-Tétanos-Polio (DTP) et le vaccin contre l'hépatite B avec preuve réglementaire de l'immunisation vis-à-vis du virus de l'hépatite B.

Nous recommandons la réalisation d'une sérologie complète hépatite B (AC anti-HBs, AC anti-HBc et Ag HBS), réalisé au moins un mois après la dernière injection vaccinale. L'examen doit être effectué dans un laboratoire de biologie médicale et le résultat apporté au médecin agréé. Pour rappel, le résultat est couvert par le secret médical, et seul l'état de séroprotection sera communiqué dans le certificat médical.

Si vous disposez déjà d'un dosage des AC anti-HBS attestant d'une valeur >100 UI/l, celui-ci est valable sans limitation de durée.

Attention au délai : le schéma vaccinal comporte 3 injections à un mois d'intervalle pour les deux premières et quatre mois pour la troisième. La participation aux stages ne pourra pas être autorisée en l'absence de ce vaccin.

2. Statut tuberculinique

Il est recommandé (mais non obligatoire de renseigner votre statut tuberculinique par un Intra Dermo Réaction (IDR) à la tuberculine (Tubertest), réalisé par votre médecin traitant, avec lecture à 48-72h après l'injection. Le résultat doit être exprimé en millimètres d'induration pour être valide. Alternativement, un test immunologique sanguin (Quantiféron ou Elispot) peut être effectué, de préférence en même temps que la sérologie de l'hépatite B. Le test IGRA (Quantiféron TB) n'est pas remboursé par la Sécurité Sociale (environ 100 €) et peut donc être remplacé par l'IDR. A noter que les étudiants terminant leur formation et intégrant un poste au sein de certains établissements, dont le CHUGA, pourront bénéficier d'un test IGRA au moment de leur embauche.

Les professionnels de santé intégrant une filière de formation ne sont pas soumis à cette obligation si le résultat du test figure déjà sur la synthèse de vaccination (à demander au Service de Prévention et Santé au Travail de votre établissement).

3. Carnet de santé / carnet vaccinal

Il est impératif d'apporter l'ensemble de votre carnet de santé et/ou carnet vaccinal au médecin agréé et/ou au médecin traitant et/ou médecin du travail qui sera amené à consulter l'ensemble des informations sur les vaccinations et les maladies infantiles.

La coordonnatrice générale des instituts de
formation
Directrice des soins
Directrice de l'IFA
Mme MONNET Sandrine



ANNEXE III

Institut de Formation des Ambulanciers
CHU Grenoble Alpes

Coordonnateur général des instituts de formation
Directrice des soins
Directrice de l'IFA
Mme MONNET Sandrine

Cadre supérieur de santé junior
Directeur adjoint de l'IFA
M. ALBARRAS Flavien

Dossier suivi par : Mélanie Martinez
Tél : 0476765069
Courriel : ifa38secretariat@chu-grenoble.fr

CERTIFICAT MEDICAL

de non contre-indication à la profession d'ambulancier délivré par un médecin agréé

Je soussigné(e), Dr _____,
médecin agréé¹, certifie que,

Mr / Mme _____
né(e) le __ / __ / ____

☐ est apte et ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la
profession _____

L'étudiant/l'élève a bénéficié des vaccinations conformes à la réglementation en vigueur fixant les
conditions d'immunisation pour les professionnels de santé² (réf : calendrier vaccinal annuel).

Fait le __ / __ / ____

à _____

Signature, tampon et n°RPPS du médecin agréé

¹ La consultation chez le médecin agréé n'ouvre pas droit un remboursement Sécurité Sociale.

² Aucune entrée en stage ne sera permise si la vaccination n'a pas été bien conduite.

ANNEXE IV

CERTIFICAT MEDICAL DE VACCINATIONS

conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France

Conformément à l'article L3111-1 du Code de la santé publique, « La politique de vaccination est élaborée par le ministre chargé de la santé qui fixe les conditions d'immunisation, énonce les recommandations nécessaires et rend public le calendrier des vaccinations après avis de la Haute Autorité de santé. ».

Le calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2025 est disponible à l'adresse suivante : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/pdf_calendrier_vaccinal-12-2025.pdf

DIPHTERIE-TETANOS-POLIO - VACCINS OBLIGATOIRES

- ☐ Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite (DTP)
- ☐ Statut tuberculinique : IDR³ (Tubertest) ou test IGRA

HEPATITE B- VACCIN OBLIGATOIRE

La vérification de l'immunisation est obligatoire pour tous les étudiants et personnels de santé relevant de la vaccination obligatoire contre le VHB.

Statut immunitaire :

- ☐ Est immunisé(e)
- ☐ Non immunisé(e)

Si non immunisé :

- ☐ En cours de schéma vaccinal
- ☐ Non répondeur (sérologie négative après le protocole complet de 6 injections)
- ☐ La vaccination est contre-indiquée

Taux d'anticorps (Anti-HBs) : _____

Fait le __ / __ / ____

à _____

Signature, tampon et n°RPPS du médecin

³ L'examen est réalisé par votre médecin traitant, lecture à 48-72h ou pour les professionnels de santé, le résultat du test figure sur la synthèse de vaccination.

Taux d'anticorps anti Hbs	Est Immunisé	>100 UI/l
	Taux d'anticorps anti-HBs compris entre 10 et 100 UI/l Le schéma vaccinal doit être complété même si Ac Hbs > 10 Trois injections documentées Contrôle sérologique à réaliser après le schéma vaccinal	10 -100 UI/l
	Non protégé : Reprendre le schéma vaccinal jusqu'à 6 injections si nécessaire. Contrôle sérologique à réaliser après le schéma vaccinal Si la sérologie reste négative on considèrera l'agent non répondeur à la vaccination	<10 UI/l
En cas de doute : CONSULTER LE MEDECIN AGREE ou TRAITANT		

VACCINS RECOMMANDES

COQUELUCHE (vaccin associé au DTP), ROR (rougeole, oreillons, rubéole), MENINGOCOQUE sérogroupe C (rattrapage vaccinal jusqu'à 24 ans inclus), VARICELLE (si pas d'antécédent de maladie ou séronégatif), COVID-19, GRIPPE SAISONNIERE (sur la période de campagne vaccinale, habituellement entre fin octobre et fin janvier), radio-pulmonaire.

Attention, le ROR et la varicelle sont contre indiqués pendant la grossesse ou si immunodépression.

BCG – POUR INFORMATION - RECOMMANDE

Le [décret du 27 février 2019](#) suspend l'obligation de vaccination contre la tuberculose des professionnels visés aux articles R.3112-1 C et R.3112.2 du code de la santé publique.

Ainsi, la vaccination par le BCG ne sera plus exigée lors de la formation ou de l'embauche de ces professionnels dès le 1^{er} avril 2019 mais peut être recommandée.

CONVENTION DE STAGE D'ORIENTATION PROFESSIONNELLE

(dans le cadre du concours d'entrée au Diplôme d'Etat d'Ambulancier)

Conformément à l'article 6 de l'arrêté du 11 avril 2022 : 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 conformément à l'article 19 du présent arrêté, 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 conforme au modèle figurant en annexe IV du présent arrêté. Cette attestation est remise aux examinateurs lors de l'entretien d'admission.

Il est convenu ce qui suit, entre :

Le terrain de stage (nom et adresse postale) :

.....

.....

.....

.....

Habilité par l'IFA de (ville)

Représenté par son Chef d'entreprise (nom, prénom),

Ci-dessous dénommé « l'entreprise »

Et le candidat (nom et adresse postale) :

.....

.....

.....

.....

D'autre part.

ARTICLE I : OBJET DE LA CONVENTION

La présente convention est bipartite, et engage uniquement les signataires. L'Institut de Formation d'Ambulanciers d'inscription n'est pas concerné par cette convention.

L'entreprise accueille en stage d'orientation professionnelle,

M.....

dans le cadre de la sélection d'entrée à la formation au Diplôme d'Etat d'ambulancier, pour la période du au

en tant que stagiaire observateur.

Sa durée est de 70 heures (en continu).

ARTICLE 2 : RESPONSABILITES ET OBLIGATIONS

*** Le candidat :**

Le candidat est tenu de suivre les dates mentionnées sur la convention et les horaires fixés par le Responsable, ainsi que le règlement intérieur de l'entreprise. En cas de manquement à ces règles, l'entreprise peut mettre fin au stage.

Il doit s'assurer par lui-même au titre de la responsabilité civile couvrant le stage d'orientation professionnelle et devra en justifier auprès de l'entreprise d'accueil.

Le stagiaire ne perçoit pas de rémunération de l'entreprise.

*** L'entreprise**

L'entreprise d'accueil prend toutes les dispositions pour que le candidat soit couvert par les assurances « personnes transportées » des ambulances, en qualité de stagiaire.

L'entreprise s'engage à faire découvrir au stagiaire les différents aspects du métier d'ambulancier. Le stagiaire ne doit pas remplacer un membre du personnel. A l'issue du stage, le responsable de l'entreprise remet obligatoirement au candidat une attestation de suivi de stage (fournie par le stagiaire), précisant entre autres l'évaluation des critères suivants :

- Intérêt pour la profession d'ambulancier,
- Curiosité intellectuelle,
- Exactitude, rigueur,
- Capacité à s'intégrer au sein d'une équipe.

Le stagiaire devra obligatoirement remettre cette attestation dûment complétée aux examinateurs lors de l'épreuve orale.

ARTICLE 3 : DUREE DE LA CONVENTION

Les signataires de la présente convention l'acceptent dès signature, pour la période fixée dans l'article 1.

Fait à, le

Pour l'entreprise,

Le Chef d'entreprise

(Nom, cachet et signature)

Le stagiaire

(nom – prénom et signature)

ATTESTATION DE VALIDATION DU STAGE D'ORIENTATION PROFESSIONNELLE

CANDIDAT

Nom : _____ Nom d'usage _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tel : _____ Fax : _____

Mail : _____

DATE DU STAGE

du _____ au _____

du _____ au _____

J'atteste que sa durée est égale à : _____ heures

ENTREPRISE

Nom : _____ N° Siret : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tel : _____ Fax : _____

Mail : _____

Nom et fonction du maître de stage d'orientation professionnelle : _____

Nom du tuteur ADE de stage d'orientation professionnelle : _____

EVALUATION DU CANDIDAT

CRITÈRES	INSUFFISANT	MOYEN	BON	TRÈS BON	OBSERVATIONS
Aptitudes physiques (agilité, résistance, port de charges, ergonomie)					
Aptitudes relationnelles (communication avec les membres de l'équipe, relation avec les patients)					
Motivation professionnelle					
Exactitude, rigueur					
Maîtrise des caractéristiques spécifiques d'un véhicule sanitaire					
BILAN					

Date :

Cachet et signature du responsable de
l'entreprise

ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR pour les personnes ayant exercés les fonctions d'auxiliaire ambulancier

CANDIDAT

Nom : _____ Nom d'usage _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tel : _____ Fax : _____

Mail : _____

PERIODE D'EXERCICE PROFESSIONNEL

du _____ au _____

☐ à temps **plein sans interruption**☐ à temps **partiel sans interruption** (Nombre d'heures mensuelles : _____)**ENTREPRISE**

Nom : _____ N° Siret : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tel : _____ Fax : _____

Mail : _____

Nom du Chef d'entreprise : _____

APPRECIATION DE L'EMPLOYEUR

CRITÈRES	INSUFFISANT	MOYEN	BON	TRÈS BON	OBSERVATIONS
Aptitudes physiques (agilité, résistance, port de charges, ergonomie)					
Motivation professionnelle					
Exactitude, rigueur					
Maîtrise d'un véhicule sanitaire					
BILAN					

Date :

Cachet et signature du responsable de
l'entreprise

ANNEXE VIII

Institut de Formation des Ambulanciers
CHU Grenoble Alpes

Coordonnateur général des instituts de formation
Directrice des soins
Directrice de l'IFA
Mme MONNET Sandrine

Cadre supérieur de santé junior
Directeur adjoint de l'IFA
M. ALBARRAS Flavien

Dossier suivi par : Mélanie Martinez
Tél : 0476765069
Courriel : ifa38secretariat@chu-grenoble.fr

Demande d'aménagement pour la scolarité et/ou les examens

Les élèves en situation de handicap et/ou dys peuvent solliciter une demande d'aménagements souhaités pour la scolarité et les examens.

Cette demande sera examinée par une commission à la rentrée qui décidera des aménagements à accorder pour la durée complète de la formation, à partir du dossier fourni.

Pour la constitution du dossier de demande, il sera demandé à l'élève de fournir les pièces suivantes :

- Résultats de bilan, certificats médicaux ou décision de la MDPH ;
- Fiche de renseignements ci-dessous remplie ;
- Courrier de demande d'aménagement par l'élève adressé à la direction de l'institut (à faire à la rentrée)

Je, soussigné(e) (NOM, Prénom) : _____

Nom marital : _____

☐ ne demande pas d'aménagement.

Si vous pensez avoir besoin d'un aménagement de la scolarité et/ou des examens, merci de préciser ce besoin :

☐ handicap moteur ☐ handicap visuel ☐ handicap auditif ☐ troubles des apprentissages (dys)

☐ autre : _____

Type d'aménagement dont vous pensez avoir besoin :

Fait à _____

le _____

**Signature du candidat,
accompagnée de la mention « Lu et approuvé »
Nom et signature du responsable légal si
candidat mineur**