



FORMATION AUXILIAIRE AMBULANCIER
AVIS DE SELECTION SESSION
OCTOBRE 2025
Dossier d'inscription

INSTITUT DE FORMATION D'AMBULANCIERS

Pavillon Marie Marvingt CS 10217, 38043 GRENOBLE CEDEX 9

04.76.76.50.69

✉ IFA38Secretariat@chu-grenoble.fr

PROCESSUS DE SELECTION DES CANDIDATS A LA FORMATION D'AUXILIAIRE AMBULANCIER

1ère étape

S'inscrire à la sélection sur notre site internet via

MySelect: <https://www.chu-grenoble.fr/content/institut-de-formation-dambulanciers-ifa>

Insérez les pièces demandées



2ème étape

- Notation du dossier d'admission sur 20 points par un jury composé d'un formateur permanent et du directeur de l'IFA

3ème étape

- Affichage des résultats de l'admission sur notre site internet et à l'IFA (sont admis les candidats ayant obtenu une note d'au moins 10/20 au dossier d'admission). Les candidats sont admis sur liste principale ou sur liste complémentaire par ordre de classement.

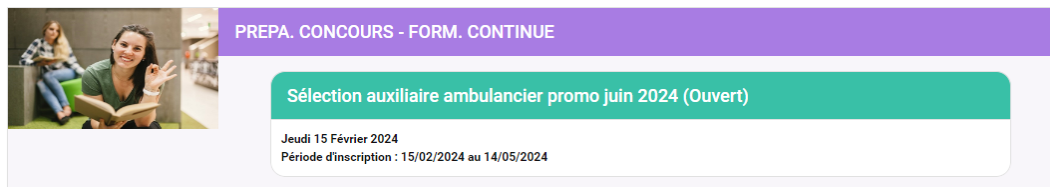


4ème étape

- Les candidats admis sur liste principale et complémentaire confirment leur souhait d'entrer en formation à l'IFA dans un délai de 10 jours.

Pour votre inscription, vous devez IMPERATIVEMENT :

- Vous connecter via le lien suivant <https://grenoble.epsilon-informatique.net/MySelect/>
- Vous cliquez sur l'encadrer vert « Sélection auxiliaire ambulancier promo juin 2024 »



- Cliquer sur inscription
- Renseigner les champs demandés
- Consulter le mail reçu automatiquement dans votre messagerie
- Cliquer sur le lien pour créer votre mot de passe
- L'espace de saisie de My Select s'ouvre automatiquement (si tel n'est pas le cas, connectez-vous sur My Select et cliquez sur « Connexion »)
- Renseigner les éléments administratifs
- Déposer les pièces demandées

Votre inscription est terminée pour la partie My Select, vous recevrez un mail de confirmation d'inscription sur votre messagerie.

NB :

- Les pièces constituant le dossier d'admissibilité sont listées ci-après.
- Au-delà du délai de 7 jours, le candidat n'ayant pas confirmé son souhait d'entrer en formation est présumé avoir renoncé à son admission ou à son classement et sa place est proposée au candidat inscrit en rang utile sur la liste.
- Aucun résultat ne sera communiqué par téléphone

CALENDRIER DE FORMATION D'AUXILIAIRE AMBULANCIER

Session Auxiliaire Ambulancier Octobre 2025	
Inscriptions sélection	Du 03 juillet 2025 au 01 octobre 2025
Affichage des résultats Sélection sur dossier sur internet et à l'IFA à partir de 14h	07 octobre 2025
Limite de confirmation d'inscription	16 octobre 2025
Date d'entrée et de fin de formation	Du 27 octobre 2025 au 14 novembre 2025

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

FORMATION D'AUXILIAIRE AMBULANCIER Octobre 2025

NOM : Prénom Nom de Naissance : Date et lieu de naissance : Adresse : Code Postal : Ville : Numéro(s) de Téléphone : Adresse mail Numéro Sécurité Social : Personne à contacter en cas d'urgence : Nom et N° de téléphone	COLLER ICI VOTRE PHOTO D'IDENTITE
Niveau de scolarité atteint : ☐ Brevet des Collèges (BEPC) ☐ CAP ☐ BEP ☐ BAC ☒ Diplômes sanitaires Intitulés exacts des diplômes obtenus : Date : Date : Date :	
Permis de conduire Type B : n° Date d'obtention du permis de conduire type B : Obtention de l'attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulance (obligatoire) : Date de l'obtention :	
SITUATION ACTUELLE : ☐ Salarié(e) depuis le : ☐ Demandeur d'emploi depuis le : N° identifiant : ☐ En Contrat de reconversion ☐ Autre (indiquez) : EXPERIENCE(S) PROFESSIONNELLE(S) : ☐ Conducteur Ambulancier : (joindre le (les) certificat(s) de travail) Nom de l'entreprise : Du au FINACEMENT ENVISAGE : ☐ Personnel ☐ Employeur ☐ Organisme public ☐ OPCO ☐ Autre (préciser)	

Date :**Signature**

CONSTITUTION DU DOSSIER

- ☐ 1° Une pièce d'identité resto et verso ;
- ☐ 2° Le permis de conduire, hors période probatoire, conforme à la législation en vigueur et en état de validité ;
- ☐ 3° 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 ; (annexe 1)
- ☐ 4° Un certificat médical de non contre-indication à la profession d'ambulancier et de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France délivré par un médecin agréé ; (annexe 2)
- ☐ 5° Une lettre de motivation manuscrite de 2 pages maximum
- ☐ 6° Un curriculum vitae
- ☐ 7° Le formulaire d'inscription complété et signé
- ☐ 8° Les candidats peuvent joindre tout autre justificatif valorisant un engagement ou une expérience personnelle.



Attention bien scanner le recto et le verso pour avoir un seul fichier PDF, de la même façon si vous avez plusieurs pages bien les mettre en un seul PDF

Votre dossier doit être validé sur la plateforme My Select :
avant le 01 octobre 2025



N°14880*02

PERMIS DE CONDUIRE - AVIS MÉDICAL

(Art. R. 212-2, R. 221-10 à R. 221-14-1, R. 221-19 et R. 226-1 à R. 226-4 du Code de la route)
(Arrêté du 31 juillet 2012 modifié relatif à l'organisation du contrôle médical de l'aptitude à la conduite)

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'épouse(s))

Date de naissance : Jour Mois Année Sexe : Femme ☐ Homme ☐ Téléphone portable (Recommandé)

Commune de naissance Département 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.

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
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Catégorie(s) de permis sur lesquelles porte l'avis médical :

A1	A2	A	B1	B	BE	C1	C1E	C	CE	D1	D1E	D	DE
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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

☐ **APTE TEMPORAIRE** pour une durée de validité limitée à _____ 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

et

☐ 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



Dossier Médical Obligatoire des étudiants et élèves des instituts et écoles du CHUGA pour l'inscription en institut de formation de santé



Madame, Monsieur,

L'admission définitive dans les instituts de formation paramédicaux est subordonnée à la production, au plus tard le premier jour de la rentrée (pour l'ensemble des instituts de formation outre l'IFCS) ou le jour de l'inscription au concours de sélection pour l'IFCS et l'IFA, du certificat médical joint en annexe, rempli par un médecin agréé. Avant de prendre RDV avec le médecin agréé pour remplir ce certificat, il convient de faire les mises à jour de vos vaccinations par votre médecin traitant (ou bien vous serez possiblement amenés à voir le médecin agréé à plusieurs reprises).

Aucune entrée en stage ne sera permise si les obligations vaccinales ne sont pas remplies.

En particulier nous rappelons les éléments suivants :

- 1) **Les vaccinations obligatoires** pour les étudiants des filières santé sont le vaccin Diphtérie-Tétanos-Polio (DTP) et le vaccin contre l'hépatite B. Est également requise réglementairement, la preuve de l'immunisation vis-à-vis du virus de l'hépatite B.

Nous conseillons la réalisation d'une sérologie complète hépatite B avec AC anti-HBs, AC anti-HBc et Ag HBS. Cet examen sérologique sera réalisé au minimum un mois après la dernière injection vaccinale. Il vous faudra réaliser cet examen dans un laboratoire de biologie médicale et apporter le résultat au médecin agréé. Pour mémoire, le résultat est couvert par le secret médical, et seule l'affirmation de la séroprotection sera communiquée par le médecin agréé dans son certificat. 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 : la vaccination 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) **Pour les candidats à l'entrée dans les instituts de formation de manipulateurs d'électroradiologie médicale**, ce certificat mentionne que la numération globulaire et la formule sanguine sont normales réalisées (par exemple, sur le même prélèvement que le précédent) et atteste notamment de l'absence de contre-indication à l'utilisation d'appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM). Le résultat étant couvert par le secret médical, le médecin agréé certifiera simplement de sa normalité.
- 3) Votre statut tuberculinique doit être renseigné par un Intra Dermo Réaction (IDR) à la tuberculine (Tubertest) réalisé par votre médecin traitant, avec lecture à 48-72h et résultat est exprimé en mm 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. En raison du non remboursement par la sécurité sociale du test IGRA (Interféron-Gamma-Release-Assays) Quantiféron TB (environ 100 €), ce dernier peut être remplacé par l'IDR. Toutefois, les professionnels de santé intégrant une filière de formation ne sont pas soumis à cette obligation si le résultat du test figure sur la synthèse de vaccination (à demander au Service de Prévention de Santé au Travail de votre établissement).
- 4) Nous attirons votre attention sur le fait qu'il vous faudra apporter l'ensemble de votre carnet de santé et/ou carnet vaccinal au médecin agréé qui sera amené à consulter l'ensemble des informations sur les vaccinations et les maladies infantiles.

La Coordonnatrice Générale des Instituts de Formation,

Sandrine MONNET

CERTIFICAT MÉDICAL À JOINDRE AU DOSSIER D'INSCRIPTION

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

VACCINS OBLIGATOIRES ³:

- ☐ Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite (DTP)
- ☐ Statut tuberculinique : IDR⁴ (Tubertest) ou test IGRA

HÉPATITE B et résultat d'Ac HBs :

☐ est immunisé(e) contre l'hépatite B (attestation d'un résultat, même ancien, montrant des AC anti-HBs > 100 UI/l, ou d'une sérologie montrant des AC anti-HBs ≥ 10 UI/l avec AC anti-HBc non détectés). Pour mémoire, le contrôle sérologique sera réalisé au minimum un mois après la dernière injection vaccinale. Si la sérologie est < 10 UI/l, alors une nouvelle vaccination et un contrôle sérologique seront réalisés (jusqu'à 6 injections au total).

Ou

☐ est non répondeur(se) à la vaccination (Si après le protocole des 6 injections, la sérologie est toujours négative).

Ou

☐ est en cours de schéma vaccinal (dates des injections réalisées :)

.....
.....
.....

VACCINS RECOMMANDÉS : 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 SAISONNIÈRE (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.

Pour les seuls candidats à l'entrée dans les instituts de formation de manipulateur d'électroradiologie médicale (IFMEM)

- ☐ Normalité de la numération globulaire et la formulation sanguine.
- ☐ Absence des contre-indications à l'utilisation d'appareil d'imagerie à résonnance magnétique (IRM).

Fait à

Le __ / __ / ____

Signature et cachet obligatoires

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.

³ Pour mémoire, le BCG n'est plus obligatoire pour les professionnels de santé.

⁴ 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.