DIPLOME D'ETAT D'AMBULANCIER
AVIS DE SELECTION

SESSION SEPTEMBRE 2024

Notice d'inscription aux épreuves de sélection

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 AU DIPLOME D'ETAT D'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

2ème étape

- Constituer son dossier d'admissibilité
- Votre inscription est validée après la dépose de toutes les pièces demandées ainsi que la validation du paiement des frais de sélection

3ème étape

- Notation du dossier d'admissibilité sur 20 points par un jury composé d'un ambulancier diplômé d'état ou un chef d'entreprise et un formateur permanent ou le directeur de l'IFA

4ème étape

- Affichage des résultats de l'admissibilité sur notre site internet et à l'IFA (sont admissibles les candidats ayant obtenu une note d'au mois 10/20 au dossier d'admissibilité)

5 ème étape

- Réception de la convocation à l'entrention d'admission

6 ème étape

- Réalisation de l'entretien d'admission de 20 minutes auprès d'un jury composé d'un directeur d'un institut de formation ou son représentant et d'un chef d'entreprise ou d'un ambulancier diplômé d'état

7ème étape

- Notation de l'entretien d'admission sur 20 points. Une note inférieure à 8/20 est éliminatoire.

8ème étape

- Affichage des résultats de l'admission sur notre site internet et à l'IFA. Les candidats sont admis sur liste principale ou sur liste complémentaire par ordre de classement.

9ème 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/

- 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

- se connecter à My Select

→ Renseigner votre dossier d'inscription

- Renseigner les éléments administratifs

- Déposer les pièces demandées

→ Vous acquitter des frais de sélection **: 75€** payables en ligne

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

NB :

- Les pièces constituant le dossier d'admissibilité sont listées ci-après.
- 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 de l'arrêté du 11 avril 2022*, 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 de l'arrêté du 11 avril 2022*. Cette attestation est remise aux examinateurs lors de l'entretien d'admission.
- Au-delà du délai de 10 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**

*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

CALENDRIER DE LA SESSION SEPTEMBRE 2024

Session SEPTEMBRE 2024	
Inscriptions aux épreuves de sélection sur MySelect	Du 01/02/2024 au 18/06/2024
Affichage des résultats sélection sur dossier sur internet et à l'IFA à partir de 14h (si concerné)	21/06/2024
Entretien de sélection (si concerné)	Du 01/07/2024 au 11/07/2024
Affichage des résultats sur internet et à l'IFA à partir de 14h (si concerné)	12/07/2024
Date limite de confirmation d'inscription	22/07/2024
Date d'entrée et de fin de formation	Début de formation : 02/09/204 Fin de formation : 03/03/2025

VOTRE SITUATION

VOUS ETES	Préinscription en ligne et insertion des pièces demandées	Réalisation d'un stage de découverte 70 h	Etude du dossier	Passage de l'oral d'admission
Candidat sans diplôme ni expérience en tant qu'auxiliaire ambulancier	OUI	OUI	OUI	OUI
Candidat titulaire d'un Baccalauréat (toute filière) ou diplôme Sanitaire et Social (BEP sanitaire et sociale aide-soignant, AP, SAPAT…)	OUI	OUI	**DISPENSE** (fournir le diplôme)	OUI
Candidat ayant exercé au moins 1mois auxiliaire ambulancier dans une entreprise de transport sanitaire, sans diplôme	OUI	**DISPENSE** (fournir attestation de l'employeur)	OUI	OUI
Candidat ayant exercé au moins 1an auxiliaire ambulancier dans une entreprise de transport sanitaire, sans diplôme	OUI	**DISPENSE** (fournir attestation de l'employeur	OUI	**DISPENSE**
Candidats ayant exercé au moins 1 an en continu comme auxiliaire ambulancier dans les 3 années et titulaire d'un diplôme sanitaire et social (BEP, Bac)	OUI	**DISPENSE** (fournir attestation de l'employeur)	**DISPENSE** (fournir le diplôme)	**DISPENSE**
Sapeur-pompier de Paris et marin-pompier de Marseille ayant une expérience de 3 ans	OUI	**DISPENSE** (fournir attestation)	OUI	OUI

CONSTITUTION DU DOSSIER

Pièces à fournir pour les candidats concernés par l’étude de dossier d'admissibilité:

1° Une pièce d'identité ;

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 ;

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

5° Une lettre de motivation manuscrite ;

6° Un curriculum vitae ;

7° 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 figurant en annexe V. Ce document n'excède pas deux pages ;

8° Selon la situation du candidat, la copie des originaux de ses diplômes ou titres traduits en français

9° Le cas échéant, la copie de ses relevés de résultats et appréciations ou bulletins scolaires ;

10° Selon la situation du candidat, les attestations de travail, accompagnées éventuellement des appréciations et/ou recommandations de l'employeur (ou des employeurs) ;

11° Le cas échéant, uniquement jusqu'au 31 décembre 2022, une attestation de suivi de préparation au concours d'ambulancier au cours de l'année 2021-2022 ;

12° Pour les ressortissants hors Union européenne, une attestation du niveau de langue française requis B2 ou tout autre document permettant d'apprécier la maitrise de la langue française.

Les candidats peuvent joindre tout autre justificatif valorisant un engagement ou une expérience personnelle en lien avec la profession d'ambulancier.

Pièces à fournir pour les candidats dispensés de l'étude de dossier d'admissibilité:

1° Une pièce d'identité ;

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 ;

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

5°Copie du diplôme dispensant de l'étude de dossier

Pièces à fournir pour les candidats devant réaliser le stage découverte de 70 heures:

1° la convention de stage entre le candidat et le lieu de stage signée

2° L'attestation de validation de stage

Pièces à fournir pour les candidats dispensés du stage découverte de 70 heures:

1° Attestation Employeur justifiant la dispense de stage ou attestation Sapeur-pompier de Paris et marin-pompier de Marseille ayant une expérience de 3 ans

Attention votre inscription à la selection est validée qu'après la dépose de la totalité des pièces demandé ainsi que la validation du paiement des frais de sélection

ANNEXES

Annexe 1 : Formulaire médical

Annexe 2 : Avis médical attestation préfectorale de conduite d’ambulance

Annexe 3 : Exemple de convention de stage

Annexe 4 : ATTESTATION DE VALIDATION DU STAGE D'ORIENTATION PROFESSIONNELLE

Annexe 5 : ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR pour les personnes ayant exercés auxiliaire ambulancier

Annexe 6 : Document à déposer en ligne sur MySelec lorsque vous n’est pas concerné

ANNEXE 1

CHU Grenoble Alpes	CHU Grenoble Alpes IFAPAS Institut de Formation des Ambulanciers, Auxiliaires de puériculture et Aides-soignants

La Région Auvergne-Rhône-Alpes

DOSSIER MEDICAL OBLIGATOIRE
POUR L'INSCRIPTION EN INSTITUT DE FORMATION PARAMEDICAL

(Réf : arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux)

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. Aucune entrée en stage ne sera permise si les obligations vaccinales ne sont pas remplies.
Attention, 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). Cette consultation n'est pas prise en charge par le parcours CPAM.
En particulier nous rappelons les éléments suivants :

1) **Les vaccinations obligatoires** pour les étudiants des filières santé sont le vaccin DTP (Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite) 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 DELAI : 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 seuls candidats à l'entrée dans les instituts de formation de manipulateur d'électroradiologie médicale (IFMEM), une numération formule sanguine devra être réalisée (par exemple, sur le même prélèvement que le précédent). Le résultat étant couvert par le secret médical, le médecin agréé certifiera simplement de sa normalité.

3) Enfin, votre statut tuberculinique doit être renseigné par un Tubertest de moins de 6 mois (examen réalisé par votre médecin traitant, lecture à 48-72h, résultat exprimé en mm d'induration, sinon il ne sera pas valide), voire par le résultat d'un test immunologique sanguin (Quantiféron ou Elispot), qui pourra être réalisé en même temps que la sérologie hépatite B (sachant que ces tests ne sont pas remboursés par la sécurité sociale et que leur coût avoisine 100 euros).

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 Coordinatrice Générale des Instituts de Formation,

Agnès VERDETTI

CERTIFICAT MÉDICAL
À JOINDRE AU DOSSIER D'INSCRIPTION

Je soussigné(e) Dr ....., médecin agréé ou médecin du travail (*barrer la mention inutile*), 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** .....

□ **a bénéficié des vaccinations conformes à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation pour les professionnels de santé** (réf : calendrier vaccinal 2023).

OBLIGATOIRES[1] : DTP, HÉPATITE B et résultat d'Ac HBs, Tubertest récent.

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 SAISONNIERE (sur la période de campagne vaccinale, habituellement entre fin octobre et fin janvier) ; ROR et varicelle contre indiqués pendant la grossesse ou si immunodépression.

□ **a fait la preuve d'une immunisation 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 immunisé(e)** contre l'hépatite B.

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

Nota Bene : Aucune entrée en stage ne sera permise si la vaccination n'a pas été bien conduite

[1] Pour mémoire, le BCG n'est plus obligatoire pour les professionnels de santé

Annexe 2

cerfa
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 COORDONNEES 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(se))

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.

Nom de la voie

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 ☐ Groupe léger ☐ Groupe lourd
☐ **APTE TEMPORAIRE** pour une durée de validité limitée à _____ et
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

Observations :

6 Après contrôle médical, le médecin agréé, consultant hors commission médicale :
☐ ne prononce pas d'avis et renvoie l'usager 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'usager (à l'issue du contrôle médical)
(Représentant légal si mineur)

Signature et cachet du ou des médecins

ANNEXE 3

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	Le stagiaire
(Nom et cachet)	(nom – prénom)

ANNEXE 4

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

ANNEXE 5

ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR pour les personnes ayant exercés 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 Chef d'entreprise**

ANNEXE 6

NON CONCERNÉ

Document à déposer à la place des pièces demandées si vous n’êtes pas concerné