FORMATION AUXILIAIRE AMBULANCIER
AVIS DE SELECTION SESSION JUIN 2024
Notice 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

Date mise à jour 15/02/2024

INSTITUT DE FORMATION AMBULANCIER CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE GRENOBLE ALPES

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

2 ème 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

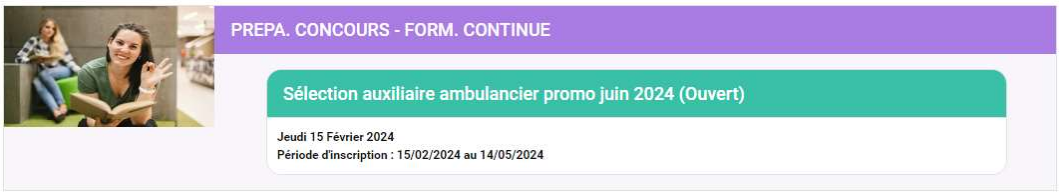
- Affichage des résultats de l'admission sur notre site internet et à l'IFA (sont admis les candidats ayant obtenu une note d'au moins 10/20 au dossier d'admission). Les candidats sont admis sur liste principale ou sur liste complémentaire par ordre de classement.

4 ème 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 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

CALENDRIER DE FORMATION D'AUXILIAIRE AMBULANCIER

Session Auxiliaire Ambulancier JUIN 2024	
Inscriptions sélection	**Du 15 février 2024 au 14 mai 2024**
Affichage des résultats Sélection sur dossier sur internet et à l'IFA à partir de 14h	**17 mai 2024**
Limite de confirmation d'inscription	**27 mai 2024**
Date d'entrée et de fin de formation	**Du 10 juin 2024 au 26 juin 2024**

INSTITUT DE FORMATION AMBULANCIER CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE GRENOBLE ALPES

FORMULAIRE D'INSCRIPTION
FORMATION D'AUXILIAIRE AMBULANCIER JUIN 2024

NOM : ..... **Prénom** .....

Nom de Naissance : .....

Date et lieu de naissance : .....

Adresse : .....

.....

Code Postal :.....**Ville :** .....

COLLER ICI VOTRE PHOTO D'IDENTITE

Numéro(s) de Téléphone : .....

Adresse mail .....

Numéro Sécurité Social : .....

Personne à contacter en cas d'urgence : Nom et N° de téléphone

.....

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.....

☐ **Autres emplois : lesquels ? Entreprise - Période(s)**

....Du ..... au.....

....Du ..... au.....

....Du ..... au.....

Date : **Signature**

Date mise à jour 15/02/2024

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 15 mai 2024

Annexe 1

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(ve))

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

	Dossier Médical des étudiants et élèves des instituts et écoles du CHUGA

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). 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, 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