



**FORMATION AUXILIAIRE AMBULANCIER
AVIS DE SELECTION SESSION FEVRIER
2023
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**



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

1ère étape

- S'inscrire à la sélection en complétant le dossier d'admission et en nous le déposant directement ou en nous le renvoyant*

*Institut de Formation d'Ambulancier, CHUGA, CS 10217, 38043 Grenoble Cedex 9



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.

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 février 2023	
Inscriptions aux épreuves de sélection	Du 14 novembre 2022 au 16 janvier 2023
Affichage des résultats sélection sur dossier sur internet et à l'IFA à partir de 14h (si concerné)	Le 20 Janvier 2023
Date d'entrée et de fin de formation	Début de formation : 20 Février 2023 au 03 Mars 2023 AFGSU2 : 06 Mars 2023 au 08 Mars 2023

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

FORMATION D'AUXILIAIRE AMBULANCIER Février 2023

<p>NOM : Prénom</p> <p>Nom de Naissance :</p> <p>Date et lieu de naissance :</p> <p>Adresse :</p> <p>.....</p> <p>Code Postal : Ville :</p> <p>Numéro(s) de Téléphone :</p> <p>Adresse mail :</p> <p>Numéro Sécurité Social :</p>	<p>COLLER ICI VOTRE PHOTO D'IDENTITE</p>
<p>Niveau de scolarité atteint :</p> <p><input type="checkbox"/> Brevet des Collèges (BEPC) <input type="checkbox"/> CAP <input type="checkbox"/> BEP <input type="checkbox"/> BAC <input type="checkbox"/> Diplômes sanitaires</p> <p>Intitulés exacts des diplômes obtenus :</p> <p>..... Date :</p> <p>..... Date :</p> <p>..... Date :</p>	
<p>Permis de conduire Type B : n°</p> <p>Date d'obtention du permis de conduire type B :</p> <p>Obtention de l'attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulance (obligatoire) :</p> <p>Date de l'obtention :</p>	
<p>SITUATION ACTUELLE :</p> <p><input type="checkbox"/> salarié(e) depuis le :</p> <p><input type="checkbox"/> demandeur d'emploi depuis le : N° identifiant :</p> <p><input type="checkbox"/> en Contrat de reconversion</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (indiquez) :</p>	
<p>EXPERIENCE(S) PROFESSIONNELLE(S) :</p> <p><input type="checkbox"/> Conducteur Ambulancier : (joindre le (les) certificat(s) de travail)</p> <p>Nom de l'entreprise : du au.....</p> <p><input type="checkbox"/> Autres emplois : lesquels ? Entreprise - Période(s)</p> <p>..... du au.....</p> <p>..... du au.....</p> <p>..... du au.....</p>	

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 tapuscrit
- 7° Le formulaire d'inscription complété et signé
- 8° Les candidats peuvent joindre tout autre justificatif valorisant un engagement ou une expérience personnelle en lien avec la profession d'auxiliaire ambulancier

ENVOI DU DOSSIER

INSTITUT DE FORMATION AMBULANCIER
SELECTION AUXILIAIRE AMBULANCIER
CS 10 217
38043 GRENOBLE CEDEX 9

Avant le 16 Janvier 2023



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)

N°14880*02

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/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 _____ à réexaminer par la commission médicale : oui non _____ et

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 MEDICAL OBLIGATOIRE POUR L'INSCRIPTION EN INSTITUT DE FORMATION PARAMEDICAL

(Réf : arrêté du 21 avril 2007 Titre III ; JO du 10 mai 2007 mis à jour 17 avril 2018 et Décret n° 2022-176 du 14 février 2022 modifiant le décret n° 2021-699 du 1er juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire)

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, 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), COVID 19 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-HBe 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 est valable, sans limitation de durée. ATTENTION AU DELAI: la vaccination comporte 3 injections à un mois d'intervalle pour les 2 premières et 4 mois pour la 3ème. La participation aux stages ne pourra pas être autorisée en l'absence de ce vaccin.

COVID

- 3 vaccins à ARNm pour ceux qui n'ont jamais présenté l'infection (primovaccination de 2 injections et une dose complémentaire)
 - et pour ceux ayant déjà présenté le COVID la notion qu'une infection à la covid-19 équivaut à l'administration de l'une des deux premières doses ou de la dose complémentaire Si vous avez reçu une dose de vaccin et attrapé le Covid à deux reprises après l'injection, vous n'avez pas besoin de faire de dose de rappel. Toutefois, pour que l'infection équivale à la dose de rappel, elle doit être survenue au moins 3 mois après le schéma de primovaccination.
- 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 MEDICAL A 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 2021 et Décret n° 2022-176 du 14 février 2022 modifiant le décret n° 2021-699 du 1er juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire)

OBLIGATOIRES : DTP, HEPATITE B et résultat d'Ac HBs, Tubertest récent, COVID-19.¹

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), 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 la 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 résonance magnétique (IRM).

Fait à

le...../...../.....

Signature et cachet obligatoires

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