

## **Dossier d'inscription à la formation conduisant à l'attestation d'Auxiliaire Ambulancier**

### **Adresse :**

Institut de Formation des Métiers d'Aide (IFMA)  
Institut de Formation des Ambulanciers  
50 Route de Saint Sébastien  
44093 Nantes cedex 1

### **Contacts :**

Tel secrétariat : 02 53 48 20 49

Secrétariat ouvert le :

- Tous les jours de 8h30 à 16h30 sauf le vendredi

Courriel : [bp-secretariat-ifa@chu-nantes.fr](mailto:bp-secretariat-ifa@chu-nantes.fr)

Télécopie : 02 53 48 20 50

Site internet : <http://www.chu-nantes.fr>

**A lire impérativement avant de compléter le dossier d'inscription**

**1- Préambule**

Le professionnel titulaire du poste d'auxiliaire ambulancier assure la conduite du véhicule sanitaire léger ou est l'équipier de l'ambulancier, dans l'ambulance conformément à l'arrêté du 11 avril 2022 modifié.

La formation est dispensée au sein de l'Institut de Formation d'Ambulanciers du CHU de Nantes.

La formation se déroulera du **19 mai au 5 juin 2026**

**2- Contenu de la formation**

- Module 1 : L'hygiène et prévention de la transmission de l'infection
- Module 2 : La déontologie
- Module 3: Manutentions et règles de sécurité pour l'installation et la mobilisation des patients.
- Module 4 : Respect des règles et valeurs de la profession et gestion administrative du dossier de transport.
- Module 5: Assure les gestes d'urgence adaptés à l'état du patient seul et en équipe
  - Les urgences vitales et potentielles
  - Les risques collectifs

**2- Calendrier**

- **Ouverture des inscriptions :**
  - **Mardi 3 février 2026**
- **Clôture des inscriptions :**
  - **Mardi 3 mars 2026** (cachet de la poste faisant foi)

**3- Modalités d'inscription à la formation**

L'envoi des pièces obligatoires doit être réalisé au plus tard le **3 mars 2026** **par voie postale uniquement (cachet de la poste faisant foi)** à l'adresse de l'institut de formation d'ambulancier :

*Institut de Formation des Métiers d'Aide (IFMA)  
Institut de Formation des Ambulanciers  
50 Route de Saint Sébastien  
44093 NANTES Cedex 01*

**Adresser au plus tôt les pièces obligatoires c'est être garant d'une confirmation d'inscription**

Recommandation : les candidats sont invités à noter avant l'envoi, leur adresse au dos de l'enveloppe et à vérifier le timbrage lorsqu'ils déposent les pièces obligatoires pour l'inscription, à la poste.

**Tout dossier incomplet ou hors délai ne sera pas traité.**

#### **4- Durée de la formation**

Enseignement théorique et pratique: 70 heures soit 2 semaines de 35 heures.

AFGSU : 21h soit 3 jours

Heures totales de formation : 91heures

Les horaires de la formation : 9h00 à 12h30 et de 13h30 à 17h00 avec pause déjeuner de 12h30 à 13h30

Groupe de **25 personnes**

A l'issue des épreuves de validation des compétences, le stagiaire se voit délivrer l'Attestation de Formation d'Auxiliaire Ambulancier.

La validation des compétences est réalisée à partir d'évaluations pratiques (gestes d'urgence, manutention, hygiène) et écrite (type QCM ou QROC).

#### **5- Les conditions d'admission**

L'accès à cette formation n'est pas soumis à une épreuve de sélection. Cependant, un **stage de 35 heures** minimum dans une entreprise de transport sanitaire est obligatoire. Les dossiers seront classés suivant les **priorités** ci-dessous :

**Priorité 1** : candidats exerçant déjà cette activité sans formation ou étant salariés d'une entreprise de transport sanitaire (fournir une **attestation de l'employeur**)

**Priorité 2** : candidats justifiant d'un stage d'au moins une semaine (35 heures) dans une entreprise de transports sanitaires à la date limite de dépôt des dossiers (soit le **3 mars 2026**). Fournir l'**attestation** complétée figurant en annexe II. Les dossiers seront classés par ordre d'arrivée (complet).

**En outre les candidats devront être titulaires :**

- du permis de conduire B **hors période probatoire** à la date du **19 mai 2026** (il faut donc avoir son permis de conduire depuis plus de 3 ans ou depuis plus de 2 ans pour les conducteurs issus de la conduite accompagnée) ;
- d'un certificat médical délivré par un **médecin agréé par le préfet** pour les visites médicales des permis de conduire (**CERFA 14880\*02**) attestant l'aptitude à la conduite des ambulances. Examen payant et renouvelable tous les 5 ans ;
- d'un certificat médical de non contre-indication à la profession d'auxiliaire ambulancier délivré par un **médecin agréé** par l'Agence Régionale de la Santé (absence de problèmes locomoteurs, psychiques, d'un handicap incompatible avec la profession : handicap visuel, auditif, amputation d'un membre...)
- d'un certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France

*Il convient d'être immunisé contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et contre la tuberculose.*

## **6- CONDITIONS MATERIELLES DE LA FORMATION**

Une participation aux frais de formation est demandée. **Elle s'élève pour la formation à 1000 €**

**L'attention des candidats est attirée sur les conditions de financement de la formation.**

**Ils devront apporter la preuve de la prise en charge par un organisme financeur au plus tard avant le 30 avril 2026.**

**En l'absence de prise en charge par un organisme extérieur, les candidats retenus se verront établir un contrat de formation professionnelle mentionnant un financement propre de la formation**

- Une **caution de 100€** est demandée au candidat lors de l'inscription à la formation et qui **ne sera encaissée qu'en cas de désistement d'un candidat retenu pour la formation, sans motif relevant d'un cas de force majeure.**

- Hébergement : l'I.F.A n'a pas d'internat.

- Les candidats devront souscrire à titre personnel une assurance risques professionnels et responsabilité civile

## VOTRE DOSSIER D'INSCRIPTION

### Pièces à fournir pour votre inscription

- ➔ La fiche d'inscription complétée avec une photo d'identité originale agrafée ;
- ➔ 1 attestation de l'employeur justifiant que le candidat est embauché dans une entreprise de transport sanitaire (pour les personnes salariées d'une entreprise de transport sanitaire)
- ➔ 1 attestation de stage en entreprise de transport sanitaire (minimum 35 heures) obligatoire (**annexe III**)
- ➔ 1 curriculum vitae ;
- ➔ 1 chèque de caution de **100€**, libellé à l'ordre du Pôle formation CHU de Nantes, pour l'inscription ou attestation de prise en charge par l'employeur
- ➔ 1 photocopie de la carte d'identité (**recto verso**) ou 1 photocopie du titre de séjour valide pour les personnes de nationalité étrangère ;
- ➔ 1 photocopie du permis de conduire B (**recto verso**) hors période probatoire à la date du 19 mai 2026.
- ➔ 1 photocopie du certificat médical délivré par un médecin agréé par le préfet pour les visites médicales des permis de conduire (**CERFA 14880\*02**) attestant l'aptitude à la conduite des ambulances. Examen payant et renouvelable tous les 5 ans ; la liste des médecins agréés en Loire Atlantique est consultable sur : <http://www.loire-atlantique.gouv.fr/> puis « démarches administrative » puis « Permis de conduire » puis « aptitude physique à la conduite, visite médicale »  
<http://loire-atlantique.gouv.fr/Demarches-administratives/Circulation/Medecins-agrees-pour-le-contrôle-medical-de-la-conduite>
- ➔ Un certificat médical délivré par un médecin agréé attestant la non contre-indication à la profession d'ambulancier (**annexe I**) (absence de problèmes locomoteurs, psychiques, d'un handicap incompatible avec la profession) et attestation de la mise à jour des vaccinations (**annexe II**) ; seul ce document sera accepté dans le dossier d'inscription. La liste des médecins agréés est consultable sur :  
[Cliquez ici : http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/Medecins-agrees.96125.0.html](http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/Medecins-agrees.96125.0.html)

Le dossier doit nous être adressé uniquement par voie postale  
Jusqu'au **3 mars 2026** inclus (cachet de la poste faisant foi)  
à l'IFMA- Institut de Formation des Ambulanciers – 50 Route de Saint Sébastien-44093  
NANTES CEDEX 1

**Aucun dossier ne doit être déposé dans la boîte à lettre de l'I.F.A ou déposé au secrétariat**

## **DOSSIER D'INSCRIPTION** **AUXILIAIRE AMBULANCIER**

**Du 19 mai au 5 juin 2026**

Photo d'identité

(1) Mme ☐ Mr ☐

NOM de Naissance (en caractère d'imprimerie) \_\_\_\_\_

NOM d'Usage \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Nationalité \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

☎ Domicile : \_\_\_\_\_ 📞 portable : \_\_\_\_\_  
 (Préciser si Liste Rouge)

Courriel : \_\_\_\_\_

Etes – vous actuellement salarié(e) ? OUI ☐ NON ☐ si oui : CDI ☐ CDD ☐

Emploi exercé : .....

Diplômes scolaires obtenus : .....

Diplômes de secourisme : .....

Prise en charge financière : Personnelle ☐☐☐☐☐☐☐☐ Employeur ☐☐☐☐ Autre ☐☐☐☐☐☐

Chèque N°: ..... (Chèque de caution à joindre avec la fiche d'inscription)

Je soussigné (e) \_\_\_\_\_ atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document.

J'accepte sans réserve le règlement qui régit les modalités d'inscription.

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_ 20\_\_

Signature du candidat

## ANNEXE I

A établir par un médecin agréé par l'ARS n'étant pas le médecin traitant du candidat

### CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e)....., médecin agréé <sup>(1)</sup> par l'ARS,  
certifie, avoir examiné ce jour

- Mme, Mr (Nom).....(Prénom).....
- Né(e) le.....

et atteste n'avoir constaté aucune contre-indication à la profession d'ambulancier (absence de problèmes locomoteurs, psychiques, d'un handicap incompatible avec la profession d'ambulancier : visuel, auditif, amputation d'un membre...)

A....., Le.....

(Signature et tampon)

<sup>(1)</sup> Pour connaître la liste des médecins agréés, pour la rédaction du certificat d'aptitude, vous pouvez vous renseigner à l'ARS (Agence Régionale de Santé).

## ANNEXE II

### **CERTIFICAT MEDICAL DES VACCINATIONS**

#### A FAIRE REMPLIR PAR UN MEDECIN

Référence législative :

Article 6 de l'arrêté du 18/04/07 modifiant l'arrêté du 26/01/2006

**« Pour se présenter aux épreuves de sélection, le candidat doit fournir un certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France »**

✎ NOM de famille :

NOM d'usage :

✎ Prénom :

✎ Date de naissance :

***Suivre le calendrier vaccinal en vigueur et le BEH de l'année***

#### Diphtérie - Tétanos – Poliomyélite – Coqueluche

Dernier rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N° lot

#### Hépatite B :

Schéma vaccinal	Nom du vaccin	Numéro du lot
Date 1 <sup>ère</sup> injection :		
Date 2 <sup>ème</sup> injection :		
Date 3 <sup>ème</sup> injection à 6 mois :		
Autres injections		

#### Dosage anti-corps

1 - Anticorps anti-HBs : ..... UI/l

**Fournir copie du résultat**

*Tourner SVP*



**Si Anticorps anti-HBs < 100 UI/l**

**Alors dosage des :**

2 - Anticorps anti-HBc : ..... UI/l

**Fournir copie du résultat**

**Et**

3 - Antigène HBs : ..... UI/l

**Fournir copie du résultat**

**Se référer à l'algorithme du calendrier vaccinal 2016 relatif à l'immunisation des professionnels de santé contre l'hépatite B**

**B.C.G. :**

Vaccin intradermique ou Monovax®	Date (dernier vaccin)	N° lot

**Je soussigné(e) docteur ..... certifie avoir examiné ce jour :**

**Mme, M. ....,**

***avoir vérifié son statut vaccinal concernant les vaccinations obligatoires et les conditions d'immunisation contre l'hépatite B.***

**Fait à .....**

**Le ...../ ...../ 20**

### ANNEXE III

#### ATTESTATION DE VALIDATION DU STAGE D'ORIENTATION PROFESSIONNELLE

##### CANDIDAT

NOM DE NAISSANCE: \_\_\_\_\_

NOM D'USAGE : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Fax : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

**DATE DU STAGE :** du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Durée en heures : \_\_\_\_\_

##### ENTREPRISE

Nom : \_\_\_\_\_

N° Siret : \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

Nom du responsable du suivi du stage d'orientation professionnelle : \_\_\_\_\_

Fonctions dans l'entreprise : \_\_\_\_\_

##### EVALUATION DU CANDIDAT :

CRITERES	Insuffisant	Moyen	Bon	Très bon	Observations
Intérêt pour la profession d'ambulancier					
Curiosité intellectuelle					
Exactitude, rigueur					
Capacité à s'intégrer au sein d'une équipe					
Appréciation générale					

**STAGE VALIDE :** oui ☐

non ☐

Cachet du responsable de l'entreprise