

**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

Télécopie : 02 53 48 20 50

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

NOTICE D'INFORMATION

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 té tanos, 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-controle-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⁽¹⁾ 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)

⁽¹⁾ 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).

Site Internet : www.ars.paysdelaloire.sante.fr rubrique « un thème un clic » puis médecins agréés.

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

Diphthérie - Tétanos - Poliomyélite - Coqueluche

Dernier rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N° lot

Hépatite B :

Schéma vaccinal	Nom du vaccin	Numéro du lot
Date 1 ^{ère} injection :		
Date 2 ^{ème} injection :		
Date 3 ^{ème} injection à 6 mois :		
Autres injections		

Dosage anti-corps

1 - Anticorps anti-HBs : UI/I

Fournir copie du résultat

Turner SVP

Si Anticorps anti-HBs < 100 UI/I

Alors dosage des :

2 - Anticorps anti-HBc : UI/I **Fournir copie du résultat**

Et

3 - Antigène HBs : UI/I **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