

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

Adresse :

Institut de Formation d'Ambulanciers
Bâtiment SAMU – 3^{ème} étage
Hôtel Dieu
CHU de Nantes
1, quai Moncoussu
44093 Nantes cedex 1

Contacts :

Tel secrétariat : 02 53 48 20 49

Secrétariat ouvert le :

- mercredi de 13h30 à 16h30,
- jeudi et vendredi de 08h30 à 16h30

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 26 janvier 2006 modifié.

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

La formation se déroulera du **jeudi 29 juin au mercredi 12 juillet 2017**

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 :**
 - 6 février 2017
- **Clôture des inscriptions :**
 - 28 février 2017 (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 **28 février 2017 par voie postale uniquement (cachet de la poste faisant foi)** à l'adresse de l'institut de formation d'ambulancier :

*Institut de Formation d'Ambulanciers du CHU de Nantes
Bâtiment SAMU – Hôtel Dieu
1, quai Moncoussu
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.

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

Groupe de **12 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 28 février 2017). 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 29 juin 2017 (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*01) 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 750 €.**

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 1^{er} mai 2017.

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)
ou
- ➔ 1 attestation de stage en entreprise de transport sanitaire (minimum 35 heures) obligatoire
- ➔ 1 curriculum vitae ;
- ➔ 1 chèque de caution de **100€**, libellé à l'ordre du Trésor public du 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 29 juin 2017;
- ➔ 1 photocopie du certificat médical délivré par un médecin agréé par le préfet pour les visites médicales des permis de conduire (cerfa 14880*01) 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 (absence de problèmes locomoteurs, psychiques, d'un handicap incompatible avec la profession) et attestation de la mise à jour des vaccinations (**annexe I**) ; seul ce document sera accepté dans le dossier d'inscription. La liste des médecins agréés est consultable sur :
<http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/Medecins-agrees.96125.0.html>

**Le dossier doit nous être adressé uniquement par voie postale
Jusqu'au 28 février 2017 inclus (cachet de la poste faisant foi)
à l'IFA – CHU Nantes – 1, quai Moncousu – 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 29 juin au 12 juillet 2017

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), Docteur _____, **médecin agréé**, certifie avoir examiné ce jour

Mme, Mr. _____,

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...)

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 »

J'atteste que cette personne est à jour des vaccinations suivantes :

↳ **Antidiphtérique, antitétanique, antipoliomyélitique (DTP)**

Dernier Rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N° lot

↳ **Hépatite B (schémas à 3 injections)**

Nom du vaccin	Date	N° lot
	Injection N°1 :	
	Injection N°2 :	
	Injection N°3 :	

Dosage des anticorps anti-Hbs (obligatoire après les 3 injections)

Date du dosage des anticorps anti-Hbs	
Résultats du dosage en UI/l	

↳ **Tuberculose**

Date de la vaccination BCG	
Date d'une intradermoréaction à 5 unités de tuberculine (tubertest)	
Résultat du tubertest : + ou -	

FAIT LE

NOM, CACHET ET SIGNATURE DU MÉDECIN

ANNEXE II

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