

PHOTO

Session choisie : lieu.....du .././2018 au .././2018

## RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

NOM DE NAISSANCE	NOM MARITAL
PRENOM	NATIONALITE
DATE DE NAISSANCE /__ __/__ __/__ __/	LIEU DE NAISSANCE PAYS
DEPARTEMENT DE NAISSANCE /___/___/___/	SEXE /___/ F pour Féminin – M pour Masculin
N° de SECURITE SOCIALE ...../...../...../...../...../...../.....	
ADRESSE .....	
CODE POSTAL.....VILLE.....	
TELEPHONE .....	PORTABLE ..... E-mail : .....
PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :	NOM : ..... Tél. .... NOM : ..... Portable ..... NOM : ..... Bureau .....
N°permis de conduire : ..... Date d'obtention du permis : .....	
Conduite accompagnée : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> date : .....	
Validation ambulance : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> date : .....	

## CURSUS SCOLAIRE

Niveau 6 : sans diplôme  
 Niveau 5 : BEP / CAP...  
 Niveau 5 bis : secteurs sanitaire et social...  
 Niveau 4 : BAC / BTN / BP...  
 Niveau 3 : BAC + 2 ans  
 Niveau 2 : BAC + 3 ou 4  
 Niveau 1 : BAC + 4

## FORMATIONS ET EXPÉRIENCES

AFGSU N°1 : date ..... Remise à niveau : date.....  
 AFGSU N°2 : date ..... Remise à niveau : date.....  
 Autres : .....  
 Auxiliaire Ambulancier : depuis .....

## SITUATION PROFESSIONNELLE

Salarié(e) Profession : ..... Employeur : ..... Tel : .....	A la recherche d'un emploi Depuis le : ..... Adresse du Pôle Emploi d'appartenance : ..... Numéro Identifiant : .....
--	--

## PRISE EN CHARGE DE LA FORMATION

<input type="checkbox"/> Moi-même <input type="checkbox"/> CIF <input type="checkbox"/> Contrat professionnel <input type="checkbox"/> Période professionnel <input type="checkbox"/> Mon entreprise Raison sociale : ..... Adresse : ..... N°Siret : ..... Nom du responsable : .....	<input type="checkbox"/> Un organisme Raison sociale : ..... Adresse : ..... Nom du responsable : ..... Montant : ..... Décision notifiée le : .....
--	--

Fait à .....le.....Signature

Cette fiche est à renvoyer avec les pièces mentionnées au verso à :

**Institut de Formation Ambulanciers**  
 55 Avenue du Loup- 64000 PAU  
 Téléphone : 05 57 87 47 19 - Fax : 05 59 71 10 62  
[ifa.pau@croix-rouge.fr](mailto:ifa.pau@croix-rouge.fr)  
[irfss-aquitaine.croix-rouge.fr](http://irfss-aquitaine.croix-rouge.fr)

## Pièces à joindre au dossier

- La **fiche d'inscription complétée et signée**
- **2 grandes enveloppes** (type A4) affranchies au tarif en vigueur (50 g)
- **1 photo d'identité** à coller sur votre fiche d'inscription
- Le **certificat médical d'aptitude joint** dûment complété et signé par un médecin agréé par l'ARS  
*Voir coordonnées sur le site internet : <http://www.ars.aquitaine.sante.fr/L-examen-medical-par-un-medeci.118452.0.html>*
- La **fiche médicale ARS** portant sur les vaccinations obligatoires remplie et signée par un médecin + compte rendu de la radio pulmonaire + compte rendu de la sérologie de l'Hépatite B
- Une **photocopie de l'attestation préfectorale à la conduite d'ambulance** après examen médical délivré par un médecin agréé par la Préfecture de votre domicile (R221-10 du code de la route)
- Une **photocopie de la carte nationale d'identité** (recto-verso) ou du passeport en cours de validité ou un extrait d'acte de naissance
- Une **photocopie de la carte de séjour** pour les candidats de nationalité étrangère dont la validité doit couvrir la totalité de la formation
- Une **photocopie du permis de conduire de catégorie B** (période probatoire expirée) (**recto-verso**) (obtenu depuis plus de 3 ans et 2 ans pour les conducteurs en conduite accompagnée)

**Tarif** : 830 € à verser à l'inscription par chèque bancaire ou postal à l'ordre de : Croix-Rouge Française  
Si vous avez fait une demande de financement, veuillez joindre l'attestation.

L'Attestation de Formation d'Auxiliaire Ambulancier ne sera délivrée qu'aux stagiaires ayant suivi la totalité de la formation, ayant validé les compétences acquises et étant à jour de leurs vaccinations.

**Les dossiers incomplets ne seront pas enregistrés et ne donneront pas lieu à une inscription.**

**La date d'enregistrement du dossier complet détermine la date d'inscription à une session.**

### Lieux de formation

Site de Pau : 55 Avenue du Loup 64000 PAU

Site de Marsac-sur-l'Isle : 19 Rue de la prairie – 24430 MARSAC SUR L'ISLE

Site d'Hendaye : Unité Locale Croix-Rouge – 7, rue de Lekueder- ZI les Joncaux – 64700 HENDAYE

## CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE

Le certificat devra être remis au dépôt du dossier d'inscription et devra dater de moins de 3 mois (Art.1-6 – arrêté du 26 janvier 2006). Il doit être rempli obligatoirement par un médecin agréé par l'ARS (Agence Régionale de Santé).

Je soussigné(e),  
Docteur.....

Certifie avoir examiné ce jour : M - Mme (Nom – Prénom).....

J'atteste :

**de non contre indication à la profession d'auxiliaire ambulancier**, (absence de problème locomoteur, psychique, d'un handicap incompatible avec la profession : handicap visuel, auditif, amputation d'un membre...)

qu'il (elle) a subi les vaccinations contre **la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite** ou qu'il (elle) a reçu depuis les dates de vaccinations, une injection de rappel tous les 5 ans.

qu'il (elle) a subi les vaccinations contre **l'hépatite B** *une attestation médicale indiquant la date et le résultat du contrôle du taux anticorps-HBS doit obligatoirement compléter l'attestation médicale des personnes vaccinées après l'âge de 25 ans* (arrêté du 16 avril 1999).

qu'il (elle) a subi les vaccinations **contre le BCG** et contrôlé(e) il y a moins de 3 mois par une IDR à 10 UI de tuberculine qui s'est révélée positive : (*razer les mentions inutiles*)

- spontanément
- après vaccination au BCG

qu'il (elle) : (*razer les mentions inutiles*)

- est indemne de toute infection tuberculeuse (test tuberculinique + radio pulmonaire)
- peut être considéré(e) comme guéri(e)

*Ce certificat établi à la demande de l'intéressé(e) pour servir et faire valoir ce que de droit.*

**Lieu, date et signature du médecin agréé**

**Cachet de médecin agréé**



## Suis-je à jour de mes vaccinations ?

**Bonne question !... Car c'est indispensable pour mon inscription.**

Vous envisagez d'exercer un métier dans le domaine de la santé ? Pour cela, il est indispensable que vous soyez vaccinés.

La vaccination est utile pour soi mais aussi pour protéger les autres, notamment les personnes les plus fragiles. Ainsi, la vaccination vous protège contre certaines maladies infectieuses et protégera également les patients auprès desquels vous interviendrez.



Attention : n'attendez pas les résultats des concours, faites vérifier vos vaccins par un médecin car être correctement vacciné peut prendre plusieurs mois.

Voici la liste des vaccins à faire\* :

BCG	Obligatoire
Coqueluche	Recommandé
Diphtérie - Tétanos - Poliomyélite	Obligatoire
Grippe saisonnière	Recommandé
Hépatite B	Obligatoire
Méningocoque C	Recommandé
Rougeole - Oreillons - Rubéole (ROR)	Recommandé
Varicelle	Recommandé

Tous ces vaccins sont jugés comme indispensables compte tenu du milieu professionnel dans lequel vous envisagez d'évoluer. Certains conditionnent votre entrée dans votre formation ainsi que la réalisation de vos stages programmés dans le cadre de votre cursus.

\* Source : Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2016

A l'issue du concours, si vous êtes admis, vous devez impérativement remettre dans votre dossier d'inscription de formation la fiche vaccination complétée par un médecin.

Celle-ci peut être remplie de manière simplifiée si vous créez votre carnet de vaccination électronique sur [www.mesvaccins.net](http://www.mesvaccins.net) et le faites valider par votre médecin (ou le médecin universitaire ou le médecin du travail) : il sera partagé entre vous et ces professionnels de santé.



## - Inscription des étudiants en santé - Fiche médicale à valider par un médecin

Filière universitaire : ..... **NOM** : ..... **NOM de jeune fille** : .....

Médecine **Prénom** : ..... **Date de naissance** : .. / .. / ....

Odontologie **Tél.** : ..... **Email** : .....

Pharmacie **Année d'admission** : ..... **Département de naissance** : ..... **Code postal lieu de résidence** : .....

Sage-femme **Commune de naissance ou pays si né(e) à l'étranger** : .....

Avant votre entrée en formation, vous devez apporter la preuve que vous êtes vacciné(e) contre différents risques infectieux. Si vous n'êtes pas à jour des vaccinations obligatoires, vous ne serez pas autorisé(e) à aller en stage. Les tableaux suivants devront être complétés par votre médecin sauf si le carnet de vaccination électronique a été créé sur [www.mesvaccins.net](http://www.mesvaccins.net) et validé par un médecin. Cette fiche devra être communiquée, avec les résultats\*\*, en même temps que votre dossier d'inscription (article L3111.4 du Code de la Santé Publique).

Si carnet de vaccination électronique créé et validé par un médecin : code de partage   
Le médecin n'a rien de plus à compléter. Joindre uniquement les résultats demandés sous pli confidentiel.

### Diphtérie-Tétanos-Polio (dTP)\* / Diphtérie-Tétanos-Polio-Coqueluche (dTPca)

Rappel dTPca si un vaccin coquelucheux n'a pas été administré dans les 5 dernières années (respecter un délai de 1 mois après le dernier dTP). Lors des rappels à âge fixe (25, 45 et 65 ans), sera réalisé systématiquement un dTPca.

Dernier rappel dTP => Date : .. / .. / .... Nom : ..... Dernier rappel dTPca => Date : .. / .. / .... Nom : .....

### Hépatite B\*

Rappel des conditions d'immunisation :

- 1) Ao anti-HBs > 100 UI/l (quel que soit l'historique vaccinal et l'ancienneté des résultats)
- 2) Ao anti-HBs ≥ 10 UI/l et Ao anti-HBe négatif (si schéma vaccinal complet)

Joindre les résultats\*\*

Schéma complet :

- soit classique (3 doses) : 2 doses à 1 mois d'intervalle, la 3<sup>ème</sup> au moins 5 mois après la 2<sup>ème</sup> dose
- à l'adolescence (de 11 à 15 ans) : 2 doses espacées de 6 mois (avec ENGERIX B20 ou GENHEVAC B)
- soit accéléré (à titre exceptionnel) : 3 doses en 21 jours, rappel à 1 an (avec ENGERIX B20 ou GENHEVAC B)
- Première dose => Date : .. / .. / .... Nom : .....
- Deuxième dose => Date : .. / .. / .... Nom : .....
- Troisième dose => Date : .. / .. / .... Nom : .....
- Injections supplémentaires => Date : .. / .. / .... Nom : .....
- Injections supplémentaires => Date : .. / .. / .... Nom : .....
- Injections supplémentaires => Date : .. / .. / .... Nom : .....

### Rougeole-Oreillons-Rubéole (ROR)

- Première dose => Date : .. / .. / .... Nom : .....
- Deuxième dose => Date : .. / .. / .... Nom : .....

### Varicelle

- Antécédent de maladie  
 Pas d'antécédent ou doute

Si pas d'antécédent ou doute => Sérologie à faire  
Joindre le résultat\*\*

Si sérologie négative => Vaccination recommandée

- Première dose => Date : .. / .. / .... Nom : .....
- Deuxième dose => Date : .. / .. / .... Nom : .....

### Méningocoque C

Une seule injection recommandée jusqu'à l'âge de 24 ans inclus => Date : .. / .. / .... Nom : .....

### Tuberculose\*

Si présence d'une cicatrice vaccinale ou antécédent de vaccination ou IDR positive => Pas de vaccination

#### BCG

=> Date : .. / .. / ....

#### Test tuberculinique (IDR)

Une valeur de référence est indispensable (quelque soit la date)

- Taille de l'induration en mm :

Radio pulmonaire de moins de 2 ans :  
(à l'entrée dans la filière de formation)

Joindre le résultat\*\*

Je, soussigné Dr \_\_\_\_\_ certifie que les renseignements inscrits ci-dessus sont exacts.

Fait le : \_\_\_\_\_ Signature et cachet du praticien :

\* Obligatoire

\*\* Nous vous rappelons que tous les éléments demandés doivent être joints sous pli confidentiel.