



DEMANDE D'INSCRIPTION POUR L'ENTREE EN FORMATION D'AUXILIAIRE-AMBULANCIER



SESSION du 23 SEPTEMBRE au 09 OCTOBRE 2026 (12 places par session)
Date limite d'inscription : 02 SEPTEMBRE 2026

Les textes réglementant la formation ne prévoyant pas de sélection, les dossiers seront acceptés dans l'ordre d'arrivée, le cachet de la poste faisant foi.

Secrétariat : 04 75 20 16 02

E-mail : fatima.lemaitre-ajekna@ahsm.fr

Site internet: <https://ifpsprivas.ahsm.fr>

Adresse : IFPS – 19 Cours du Temple – BP 241 – 070007 PRIVAS CEDEX

N° d'inscription (réservé à l'Institut) :

NOM : _____ **NOM D'USAGE :** _____

PRENOMS : _____ **SEXE :** Masculin Féminin

NE(E) LE : _____ **LIEU DE NAISSANCE :** _____

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____ **VILLE :** _____

TELEPHONE FIXE : _____ **PORTABLE :** _____

E-MAIL : _____

CONSTITUTION DU DOSSIER D'INSCRIPTION

- Demande d'inscription
- Photocopie pièce d'identité
- Photocopie permis de conduire
- Copie de l'attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulance obtenue après visite médicale auprès d'un médecin agréé par la Préfecture (liste des médecins agréés disponible sur le site de la préfecture de votre département), (cerfa 14880 à faire remplir par le médecin pour l'obtenir).
- Certificat médical d'aptitude à l'exercice de la profession d'auxiliaire ambulancier (page 3) complété par un médecin agréé par l'Agence Régionale de Santé - ARS (liste des médecins agréés disponible sur le site de l'ARS de votre région)
- Certificat médical de vaccination (page 4) complété par un médecin généraliste + copie du carnet de vaccinations
- Chèque de 60,00 € à l'ordre du C.H. Sainte-Marie

Date de l'obtention du permis B : **N° de permis :**

Conduite accompagnée : OUI NON

Délivré à : Par la préfecture du :

Validation pour la conduite ambulance : OUI NON

PRISE EN CHARGE¹ (1 050 euros): (joindre l'attestation de prise en charge)

- Par un organisme Lequel :
- Financement personnel.....

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

A Le

Signature, (Faire précéder de la mention « lu et approuvé »)

¹ Durée de la formation : 91 heures dont 21 h de stage

Coût de la formation : 1 050,00€ (joindre l'attestation de prise en charge)



DEMANDE D'INSCRIPTION POUR L'ENTREE EN FORMATION D'AUXILIAIRE-AMBULANCIER



SESSION du 23 SEPTEMBRE au 09 OCTOBRE 2026 (12 places par session)
Date limite d'inscription : 02 SEPTEMBRE 2026

Si vous avez déjà eu des aménagements ou si vous pensez avoir besoin d'aménagements, pendant votre scolarité, merci de vous signaler au secrétariat : Fatima LEMAITRE par mail à fatima.lemaitre-ajekna@ahsm.fr ou par téléphone au 04.75.20.16.02 et de communiquer tout justificatif (RQTH, préconisation médicale...).
Un référent handicap prendra contact avec vous.

Pour se présenter à la formation auxiliaire ambulancier les candidats doivent fournir:

- La fiche de de demande d'inscription (page 1 du présent dossier)
- Une copie de la carte d'identité recto-verso
- La copie recto-verso du permis de conduire
- L'accord écrit d'une entreprise acceptant l'élève en stage de découverte pour 3 jours (**du 23 au 25 septembre 2026**) à fournir **au moins 48 h avant la pré-rentree prévue le 02 septembre 2026** (annexe page 6)
- Un chèque OU virement bancaire de 60€ pour les frais de dossier
- L'ensemble des documents nécessaires pour exercer la Profession d'Auxiliaire Ambulancier
 - **La copie de l'attestation préfectorale²** délivrée par le préfet, après visite médicale pour la conduite des ambulances effectuée par un médecin agréé préfecture dans les conditions définies à **l'article R221-10 du code de la route** (liste par Région disponible sur Internet). Pour l'obtention de cette carte préfectorale, s'adresser à la préfecture (service Permis de Conduite muni du CERFA bleu complété par le médecin, la copie du permis de conduire et un justificatif de domicile).
 - ! **Préfecture de l'Ardèche : demande à effectuer UNIQUEMENT pour les résidents en Ardèche à partir du lien suivant : <https://www.demarches-simplifiees.fr/commencer/attestation-prefectorale-d-aptitude-a-la-conduite--ardeche>. Toute demande par courrier ou mail sera rejetée.**
 - **Un certificat médical de non contre-indications à la profession d'ambulancier** délivré par **un médecin agréé par l'Agence Régionale de Santé – ARS** - (liste par Région disponible sur Internet) et attestant l'absence de problèmes locomoteurs, psychiques, d'un handicap incompatible avec la profession : handicap visuel, auditif, amputation d'un membre... (annexe page 3)
 - **Un certificat médical de vaccination** conformément à l'article L.3111-4 du code de la santé publique sur les vaccinations obligatoires (annexe page 4)

Ci-joints modèles en annexe à faire remplir

&

Conditions de délivrance de l'attestation Auxiliaire Ambulancier (page 7)

² Les conditions d'obtention de l'Attestation Préfectorale

Etre titulaire d'un permis de conduire B conforme à la réglementation en vigueur et en état de validité.

Ne plus être soumis aux restrictions de limitation du permis probatoire :

– **soit** être titulaire du permis de conduire catégorie B depuis **plus de 3 ans**,

– **soit** être titulaire du permis de conduire catégorie B depuis **plus de 2 ans pour ceux qui ont suivi un apprentissage anticipé de la conduite.**



CONDITIONS D'ENTREE AUX ETUDES PREPARATOIRES A LA FORMATION AUXILIAIRE-AMBULANCIER



CERTIFICAT MEDICAL N°1

Conformément à l'article 6 de l'arrêté du 11 avril 2022 relatif aux conditions de formation de l'auxiliaire ambulancier et au diplôme d'Etat d'ambulancier conduisant au diplôme d'Etat d'ambulancier,
« Pour se présenter aux épreuves de sélection, le candidat doit : [...]»

- Fournir un certificat médical de non contre-indication à la profession d'ambulancier délivré par un médecin agréé (absence de problème locomoteurs, psychiques, d'un handicap incompatible avec la profession : handicap visuel, auditif, amputation d'un membre ...)
- Fournir un certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France *

***Seul le certificat de vaccination peut être établi par le médecin traitant.**

Conformément à l'article 6 de l'Arrêté du 11 avril 2022 le certificat délivré par un médecin agréé ARS et le certificat médical de vaccinations sont obligatoires dès l'inscription à la formation.

MEDECIN AGREE ARS

Je soussigné(e) Docteur.....

Certifie que Mme ou M.....

Etudiant en formation Auxiliaire Ambulancier

présente les aptitudes physiques et psychologiques nécessaires à l'exercice de la profession d'Auxiliaire Ambulancier.

J'atteste l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Fait à

Signature et cachet du praticien

Le.....



CONDITIONS D'ENTREE AUX ETUDES PREPARATOIRES A LA FORMATION AUXILIAIRE-AMBULANCIER



CERTIFICAT MEDICAL N°2

Conformément aux recommandations de l'instruction n° DGS//R11/R12/2014/21 du 21 janvier 2014 relative aux modalités d'application de l'arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 du code de la santé publique, l'ambulancier ou l'auxiliaire ambulancier doit être à jour de ses vaccinations obligatoires.

MEDECIN TRAITANT

Je soussigné(e) Docteur.....

Certifie que Mme ou M.....

Est à jour des vaccinations règlementaires dans le cadre de la formation suivie, selon le schéma suivant :

- **Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite : dernier rappel**/...../.....
- **Hépatite B :**

	Date	Date	Date
PRIMO VACCINATION			
RAPPELS			

Fournir les résultats même anciens d'une sérologie AC anti Hbs et anti Hbc éditée par un laboratoire

- **INTRADERMO-REACTION : FOURNIR UN RESULTAT DE TUBERTEST CHIFFRÉ**
Date du tubertest :/...../..... Résultat chiffré :
- **Rougeole, Rubéole, Varicelle, Coqueluche (en vue de transport d'enfants...)**
Fournir certificat de vaccination ou sérologies

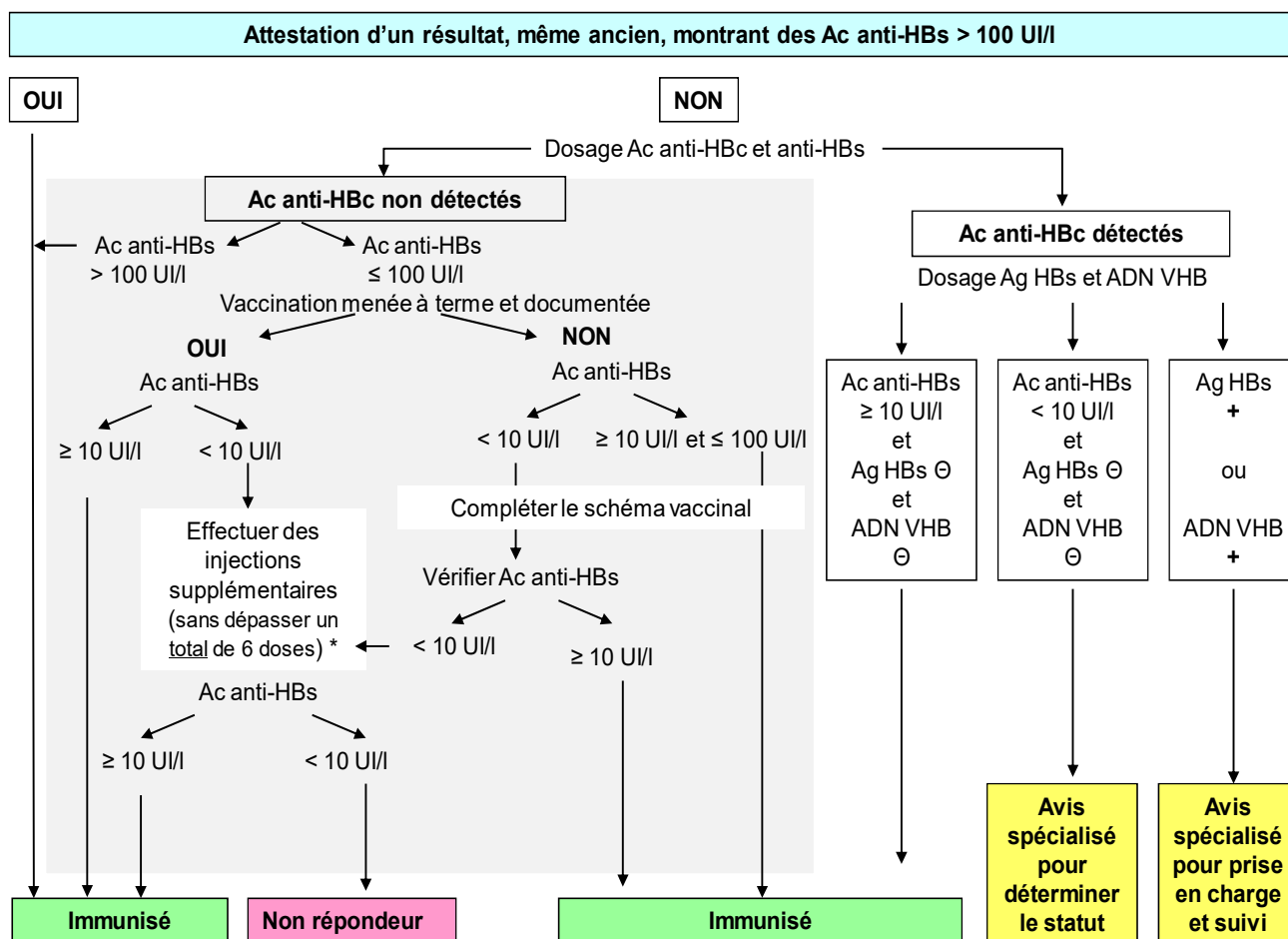
Une copie du carnet de vaccinations est à joindre à ce certificat.

Fait à

Signature et cachet du praticien

Le.....

Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 et dont les conditions sont fixées par l'arrêté du 2 août 2013



* Sauf cas particulier voir 4° de l'annexe 2 de l'arrêté

Légende : Ac : anticorps ; Ag : antigène ; VHB : virus de l'hépatite B

Textes de référence

- Articles L.3111-1, L.3111-4 et L.3112-1 du code de la santé publique (CSP)
- Arrêté du 15 mars 1991 fixant la liste des établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins dans lesquels le personnel exposé doit être vacciné, modifié par l'arrêté du 29 mars 2005 (intégration des services d'incendie et de secours)
- Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiques
- Arrêté du 6 mars 2007 relatif à la liste des élèves et étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des autres professions de santé pris en application de l'article L.3111-4 du CSP
- Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux (Titre III)
- Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L.3111-4 du CSP
- Calendrier vaccinal en vigueur (cf. Site du ministère chargé de la santé : <http://www.sante.gouv.fr/vaccinations-vaccins-politique-vaccinale.html>)



RECHERCHE PERSONNELLE DE STAGE



Date limite de réception : 02 SEPTEMBRE 2026

OBJECTIF	Permettre aux étudiants/élèves de communiquer à l'Institut l'accord et les coordonnées de l'établissement qui accorde 1 place de stage	
STAGIAIRE	NOM :	Prénom :
TPOLOGIE STAGE	<input type="checkbox"/> AIDE-SOIGNANT : Stage optionnel <input type="checkbox"/> AMBULANCIER : Stage entreprise de transport sanitaire <input type="checkbox"/> AUXILIAIRE AMBULANCIER : Stage entreprise de transport sanitaire <input type="checkbox"/> AES : stage préprofessionnel (stage N°3) <input type="checkbox"/> IDE : S4 : Lieux de vie <input type="checkbox"/> IDE : S6 : Stage de projet professionnel	
DATE DU STAGE <i>Ne pas oublier de renseigner</i>	DU 23/09/2026	AU 25/09/2026
COORDONNEES DU LIEU DE STAGE	NOM ETABLISSEMENT : DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT : ADRESSE : ADRESSE D'ENVOI DE LA CONVENTION DE STAGE (si différente) :	
PERSONNE AYANT ACCORDEE LE STAGE	NOM PRENOM : FONCTION : TELEPHONE : MAIL : SIGNATURE et/ou TAMPON	
SERVICE D'AFFECTATION	SPECIALITE : NOM DU RESPONSABLE TELEPHONE : MAIL :	
COORDONNEES INSTITUT	SANNA Elodie Coordinatrice de stage AS, AMBU, AA et AES 04.75.20.16.18 elodie.sanna@ahsm.fr	RAMOS Françoise Coordinatrice de stage IDE 04.75.20.16.15 francoise.ramospayen@ahsm.fr
Centre hospitalier Sainte-Marie – IFPS 19, cours du Temple – BP 241 – 07002 PRIVAS CEDEX		



CONDITIONS DE DELIVRANCE DE L'ATTESTATION DE FORMATION D'AUXILIAIRE AMBULANCIER



Pour obtenir l'attestation de formation d'auxiliaire ambulancier, il faut que l'élève

1. Ait réalisé l'ensemble de la formation, soit 70 h + les 21h de formation aux gestes et soins d'Urgence (AFGSU)
2. Ait acquis les compétences requises permettant d'exercer en tant qu'auxiliaire ambulancier, à savoir
 - Compétences en hygiène
 - Connaissance et application des principes et des valeurs professionnelles
 - Compétences relationnelles envers l'équipe et les patients
 - Connaissance et application des principes d'ergonomie et des gestes et postures adaptés lors des mobilisations, des aides à la marche, des déplacements et des portages ou brancardages
 - Connaissance et application des règles du transport sanitaire

Modalités d'évaluation des compétences

Compétence	Modalité d'évaluation
Compétences en hygiène	Quizz
Connaissance et application des principes et des valeurs professionnelles	Quizz Comportement en stage et en cours
Compétences relationnelles envers l'équipe et les patients	Comportement en stage et en cours
Connaissance et application des principes d'ergonomie et des gestes et postures adaptés lors des mobilisations, des aides à la marche, des déplacements et des portages ou brancardages	Quizz TP Manutention
Connaissance et application des règles du transport sanitaire	Quizz
Assiduité (participation à l'ensemble du cursus)	Feuilles d'émargement