

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

FORMATIONS ET EXPÉRIENCES

<input type="checkbox"/> Niveau 6 : sans diplôme <input type="checkbox"/> Niveau 5 : BEP / CAP... <input type="checkbox"/> Niveau 5 bis : secteurs sanitaire et social... <input type="checkbox"/> Niveau 4 : BAC / BTN / BP... <input type="checkbox"/> Niveau 3 : BAC + 2 ans <input type="checkbox"/> Niveau 2 : BAC + 3 ou 4 <input type="checkbox"/> Niveau 1 : BAC + 4	<input type="checkbox"/> AFGSU N°1 : date Remise à niveau : date..... <input type="checkbox"/> AFGSU N°2 : date Remise à niveau : date..... <input type="checkbox"/> Autres : <input type="checkbox"/> 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 àle.....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
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 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.

