

Tout dossier déposé ou adressé en dehors des dates prévues en annexe ne sera pas retenu.
Seuls seront admis les dossiers déposés ou adressés complets.

**Date Limite
du Dépôt du
Dossier :**

**07
Février
2020**

**Dossier d'Inscription à la Formation
au Diplôme d'Etat d'Ambulancier
Session : Promotion 2020-1**

Photo
d'identité
obligatoire

Identité

Nom : Nom de jeune fille :

Prénoms :

Date de naissance : / / Lieu de naissance : Nationalité :

N° de sécurité sociale : ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

Adresse personnelle :

.....

Code postal : Ville :

Téléphone Email :

Situation familiale

☐ Célibataire ☐ Marié(e) / Vie maritale Nombre d'enfants : ☐ Autre :

Situation professionnelle au moment de l'inscription

☐ Activité professionnelle ☐ Demandeur d'emploi depuis le :

☐ Bénéficiaire du RSA ☐ Statut de Travailleur Handicapé

☐ Etudiant(e) ☐ Autre (préciser) :

Type de contrat de travail et durée :

Société :

Nom de l'employeur :

Fonction occupée :

Adresse :

.....

Code postal : Ville :

Carrière professionnelle

Employeurs	Qualification	Durée de service	
		Du	Au
		Du	Au
		Du	Au
		Du	Au
		Du	Au
		Du	Au

Principaux diplômes

Des pièces justificatives doivent impérativement accompagner les renseignements demandés ci-dessous.

Diplômes Généraux Education Nationale ou autres

Diplôme(s)	Lieu d’obtention	Date d’obtention

Diplômes sanitaires et sociaux

Préciser lequel et année d’obtention :

AFGSU niveau I (date et lieu d’obtention) : ☐

AFGSU niveau II (date, n° et lieu d’obtention) : ☐

DIPLOMES DE PREMIERS SECOURS			
	Date d'obtention	Organisme	Numéro Département
PSC1			
AFPS			
BNPS/BNS			
PSE1 / PSE2			
CAFAPSE / CFAPSR			
BNMPS			
Autres :			

PERMIS DE CONDUIRE			
	Date	NUMERO	DEPARTEMENT
Permis B			
Conduite accompagnée : Oui ○ Non ○			
Validation ambulance			
Attestation préfectorale			

Loisirs, bénévolats, langues ...

Exposé manuscrit des motivations qui vous conduisent à vous orienter vers cette profession

Quelle sera votre situation à l'entrée en Formation ?

.....

Pour tous les demandeurs d'emploi : Il est impératif au préalable, d'évaluer votre situation avec votre conseiller référent Pôle Emploi ; afin de valider votre projet professionnel et échanger sur ce projet de formation

Mode de financement envisagé

Votre formation est prise en charge par :

Vous-même ☐

Votre employeur ☐

Raison sociale :

Adresse :

N° SIRET :

Nom du responsable :

Un organisme ☐

Raison sociale :

Adresse :

N° SIRET :

Nom du responsable :

Montant :

Décision notifiée le :

Autre ☐

Préciser :

Frais d'inscription :

Titre de paiement à libeller à l'ordre d'I.D. FORMATION

Frais d'inscription au concours : 105.00 €

Par Chèque N°:

Nom du titulaire du compte :

Par mandat postal effectué le

En espèces N° de reçu :

Je reconnais avoir pris connaissance des conditions d'inscription et de sélection.

Je déclare sur l'honneur que tous les renseignements que je fournis sont exacts.

Fait à le

Signature du candidat

Accord de l'employeur pour les candidats salariés

A.....le

Nom et qualité de la personne signataire.

Signature et cachet

Note : Les pièces justificatives ne sont pas retournées aux candidats. Il convient donc de ne pas adresser d'originaux de diplômes, mais seulement des copies certifiées

Pièces à joindre obligatoirement au Dossier

★ **Attention : Tout Dossier Incomplet ne sera pas traité** ★

- ☐ Le présent Dossier d'inscription complété et signé
- ☐ 1 photo d'identité collée sur le présent dossier
- ☐ 1 photocopie **recto-verso** de votre carte d'identité en cours de validité (ou passeport)
- ☐ 1 photocopie de la carte de séjour pour les candidats de nationalité étrangère dont la validité doit couvrir la totalité de la formation
- ☐ Une attestation d'Assurance en responsabilité civile couvrant les dommages qu'ils pourraient subir de leur propre fait ou en l'absence de tiers responsable ainsi que pour les dommages causés de leur propre fait. Cette garantie est souvent incluse dans le contrat Multirisque Habitation de votre résidence principale.
- ☐ 1 Curriculum Vitae relatant les expériences professionnelles et le cursus de formation
- ☐ La copie de tous les Diplômes, titres, certificats homologués, attestations de formation, certificats de compétences professionnelles ou de qualification professionnelle.
- ☐ Les pièces justificatives de l'expérience professionnelle (attestation de l'employeur, certificat de travail...) – durée, fonctions exercées – **si le candidat a déjà travaillé en tant qu'Auxiliaire Ambulancier**
- ☐ 1 photocopie **recto-verso** du permis de conduire catégorie B en cours de validité et conforme à la réglementation en vigueur (+ de 3 ans ou 2 ans si conduite accompagnée)
- ☐ 1 photocopie recto-verso de l'attestation d'aptitude à la conduite d'ambulances délivrée par la préfecture après examen médical (en cours de validité) ou Formulaire Cerfa N° 14880*02 délivré par un médecin agréé par l'Agence Régional de Santé (ARS)
- ☐ Le certificat médical original ci-joint de non contre-indication à la profession d'Ambulancier, complété par un médecin agréé par l'Agence Régional de Santé (ARS)
- ☐ Le certificat original ci-joint attestant des vaccinations prévues, complété par un médecin agréé par l'Agence Régional de Santé (ARS) ➡ Liste de ces Médecins jointe au Dossier
- ☐ Attestation de suivi de stage d'orientation professionnelle **(Annexe 1) complétée à l'issue du stage** de découverte de 140 heures par le Chef d'Entreprise du lieu de stage.
ou Attestation de l'employeur si Auxiliaire Ambulancier **en activité** depuis plus d'1 mois (Annexe 2)
★ (Annexe 1 et Annexe 2 ci-jointes au présent dossier)
- ☐ **Compte rendu d'environ trois pages réalisé à l'issue du stage d'orientation (à déposer au secrétariat de l'IFA au moins 1 semaine avant la date de l'épreuve orale).**
- ☐ 1 chèque du montant des frais d'inscription (105€) à l'ordre **d'I.D. Formation** organisme gestionnaire de l'I.F.A. CORSICA
- ☐ Attestation de prise en charge du coût de la formation

Selon le statut du candidat ;

- ☐ Un Justificatif d'inscription au Pôle Emploi mentionnant votre Numéro d'Identifiant.
- ☐ Soit une attestation de l'employeur actuel certifiant la fonction occupée et une attestation d'accord de l'employeur pour la formation.

Certificat Médical

Je soussigné(e) Dr **Médecin Agréé auprès de l'ARS**

Certifie que :

Nom.....

Prénom.....

Nom de jeune fille

né (e) le/...../.....

- ☐ **ne présente pas de contre-indication physique et psychologique** à l'exercice de la profession d'Ambulancier :
(Absence de problèmes locomoteurs, psychiques, d'un handicap incompatible avec la profession : handicap visuel, auditif, amputation d'un membre,

Pensez à vous présenter chez le médecin muni de votre carnet de santé.

Fait à

le...../...../..... Signature et cachet obligatoire.

Certificat de Vaccinations

Je soussigné(e) Dr :

Certifie que :

Nom

Prénom

Nom de jeune fille

né (e) le / /

☐ **a bénéficié des vaccinations conformes à la réglementation en vigueur concernant l'immunisation des professionnels de santé en France**

(réf: calendrier vaccinal de l'année en cours)

VACCINS OBLIGATOIRES : DTP, BCG, HEPATITE B

VACCINS RECOMMANDES en particulier pour les étudiants amenés à être en contact avec des nouveau-nés : contre la COQUELUCHE, la ROUGEOLE, les OREILLONS, la RUBEOLE (ROR), la VARICELLE (si non immunisé(e)), les infections invasives à MENINGOCOQUE C (jusqu'à 24 ans).

	Nom des vaccins	Dates injection
DTPolio Coqueluche		
BCG		
Méningocoque C		
Hépatite B		1°- 2°- 3°-
ROR	ou date maladie :	1°- 2°-
Varicelle (date des vaccins si pas d'antécédent et si sérologie négative)	ou date maladie :	1°- 2°-

RESULTATS :

	Date	Résultat
Tubertest obligatoire <3 mois		mm
Anticorps anti HBs (cf courrier)		UI/L

Fait à

le...../...../..... Signature et cachet obligatoire.

Informations dossier Médical

Madame, Monsieur,

Nous rappelons que « tout élève ou étudiant d'un établissement préparant à l'exercice des professions médicales et autres professions de santé [...] » relève de l'article L. 10 du code de la santé publique. **Tout stagiaire admis en formation d'ambulancier doit par conséquent OBLIGATOIREMENT être à jour des vaccinations conformes à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France (voir certificat de vaccination)**

En ce qui concerne l'hépatite B :

Résultats d'ac HBs après vaccination contre l'hépatite B ou voir votre médecin traitant avec les indications ci-dessous (extrait du journal officiel avril 2017) : Pour l'entrée dans une filière de formation aux professions de santé, après avoir éliminé un portage chronique de l'Ag HBs - les personnes dont le taux d'anticorps est compris entre 10 UI et 100 UI/L pourront être admises en stage ; - celles qui vaccinées dans l'enfance et l'adolescence ont un taux d'anticorps inférieur à 10 UI/L pourront être admises en stage. L'administration d'une dose supplémentaire sera différée à la fin de la pénurie. - celles vaccinées récemment à l'âge adulte et dont le taux d'anticorps est inférieur à 10 UI/L seront considérées comme des non répondeurs. L'administration de doses supplémentaires sera différée à la fin de la période de pénurie. Elles pourront être admises en stage. - les personnes non antérieurement vaccinées lors de l'entrée doivent recevoir 2 doses de vaccin Engérix® B20µg espacées de 1 mois. Elles pourront être admises en stage 1 mois après l'administration de la 2ème dose. L'administration de la 3ème dose de vaccin (suivie 4 à 6 semaines plus tard du dosage des anticorps anti HBs) sera différée après la fin de la pénurie. ATTENTION: CARENCE DE VACCINS: Ces vaccins sont désormais disponibles uniquement dans les pharmacies à usage intérieur (PUI) des établissements de santé ; dans ce sens, nous vous conseillons de prendre contact avec le Centre de vaccinations le plus proche de chez vous (voir liste ci-dessous) ou avec votre médecin.

Informations pratiques

Adresses des centres de vaccination

Ajaccio

Centre départemental de la Vaccination de la Corse du Sud, avec ou sans rendez-vous.

18 Boulevard Lantivy – 20000 Ajaccio

Ouvert du Lundi au vendredi de 9h00 à 11h45 et 14h00 à 16h00

04 95 29 12 65

vaccination.cg2a@cg-corsedusud.fr

C.L.A.T. : 04 95 29 13 80

Service vaccination BCG Lundi, Mercredi et Vendredi

Attention la lecture Tubetest s'effectue uniquement le Lundi, Mercredi et Vendredi

(excepté mardi et jeudi)

Sartène

Une séance de vaccination mensuelle est assurée un mercredi par mois de 14h00 à 17h00 par le Docteur Corneille.

Centre départemental de Vaccination de la Corse-du-Sud

22 Cours sœur Amélie (au centre d'Action Médico-Sociale) 20100 Sartène

04.95.29 14 11

Porto-Vecchio

Une séance de vaccination mensuelle est assurée un mercredi par mois de 14h00 à 17h00 par le docteur Paulin.

Centre départemental de Vaccination de la Corse-du-Sud

Rue Lucien Valli, Cala verde (au centre d'Action Médico-Sociale) 20137 Porto-Vecchio

04 20 03 93 09 ou 04 20 03 93 10

Bastia

Service communal d'hygiène et de santé

Avenue Pierre-Giudicelli - Mairie de Bastia

20410 Bastia

Téléphone : 04 95 55 97 60

Annexe I :

A Remplir par le dirigeant du Stage

ATTESTATION DE VALIDATION DU STAGE D'ORIENTATION PROFESSIONNELLE

CANDIDAT

Nom : _____ Nom marital éventuel :

Prénom :

Adresse :

Code postal : _____ Ville :

Tel : _____ Fax :

Mail : _____

DATES DU STAGE

du : _____ au : _____

J'atteste que sa durée est égale ou supérieure à 140 heures

ENTREPRISE

Nom : _____ N° Siret :

Adresse :

Code postal : _____ Ville :

Tel : _____ Fax :

Mail :

Nom et fonction du responsable du suivi du stage d'orientation professionnelle :

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					

Date _____

CACHET et signature du responsable de l'entreprise

Annexe II :

ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR pour les personnes ayant exercé au moins un mois en qualité d'Auxiliaire Ambulancier

CANDIDAT

Nom : _____ Nom marital éventuel : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tel : _____ Fax : _____

Mail : _____

PERIODE D'EXERCICE PROFESSIONNEL

du _____ au _____

☐ à temps plein

☐ à temps partiel (préciser le nombre d'heures mensuelles).....

ENTREPRISE

Nom : _____ N° Siret : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tel : _____ Fax : _____

Mail : _____

Nom du responsable de l'entreprise : _____

APPRECIATION DE L'EMPLOYEUR

CRITERES	Insuffisant	Moyen	Bon	Très bon	Observations
Aptitudes physiques (agilité, résistance, port de charges, ergonomie)					
Motivation professionnelle					
Exactitude, rigueur					
Maîtrise d'un véhicule sanitaire					
Appréciation générale					

Date _____

CACHET et signature du responsable de l'entreprise :

Liste des Médecins agréés ARS Corse du Sud

MEDECINE GENERALE

ANCHETTI François	Centre Hospitalier d'Ajaccio Hôpital Eugénie Bd Pascal Rossini BP411 Tel : 04.95.29.63.31 ; 04.95.29.63.26; 04.95.29.91.77 ; 06.27.24.13.58 francois.anchetti@ch-ajaccio.fr	20303 AJACCIO CEDEX
ANTONINI Jean Michel	4 rue Prosper Mérimée Tel : 04.95.21.12.69 Fax: 04.83.07.50.33 jm@docteurantonini.net	20000 AJACCIO
APPIETTO Roland	10 Avenue Maréchal Moncey Tel : 04.95.20.35.56 Fax : 04.95.20.97.35 appietto_miramond@orange.fr	20090 AJACCIO
BALLEJOS Richard	Place de l'Eglise Tel : 04.95.22.95.08 06.03.15.61.56 Fax: 04.88.04.97.65 ballejosrichard@gmail.com	20167 AFA
CARROLAGGI J. Paul	Rés. du I ^{er} Consul Bâtiment C2 Rue de Candia Tel : 04.95.20.36.50; 06.09.06.72.41 d,.carrolaggi@wanadoo.fr	20090 AJACCIO
CASANOVA René	19 Boulevard Jérôme & Barthelemy Maglioli Tel : 04.95.22.05.04 casanova.rene@orange.fr	20000 AJACCIO
COPPOLANI Marc	Cabinet médical Tel : 04.95.52.26.69 Fax: 04.95.52.20.13	20111 TIUCCIA
CUCCHI CHIARELLI M.A	15 Rue Jean Jaurès Tel: 04.95.70.9.40 Fax: 04.95.70.66.97	20137 PORTO VECCHIO
DAHAN Thierry	Groupe scolaire Tel: 04.95.24.44.46; 06.08.74.57.33 Fax: 04.86.06.10.34	20148 COZZANO

DECOUT J. Claude	thieny@docteurdahan.com Quartier St Roch Tel : 04.95.26.63.89 Fax: 04.95.25.49.75 jc.decout.ex-med@wanadoo.fr	20160 VICO
DESAILLY Grégory	Résidence la Rocade Les Padules, Route d' Alata Tel: 04.95.22.12.22	20090 AJACCIO
DODDOLI Laurent	Maison Moretti Avenue Noël Franchini Tel: 04.95.20.27.04 Fax: 24.95.20.98.53 scmneridoddoli6@gmail.com	20090 AJACCIO
DOSSA Philippe	99 Cours Napoléon Tel: 04.95.23.08.13 Fax: 09.59.95.70.96 doc.dossa@free.fr	20090 AJACCIO
GAMBARELLI Erik	54 Cours Napoléon Tel : 04.95.51.35.55 ; 06.09.63.00.72 erik.gambarelli@orange.fr	20000 AJACCIO
GRISONI Antoine	Immeuble COFA Route du Port Tel: 04.95.57.45.70; 06.09.51.97.93 antoine.grisoni@orange.fr	20145 SOLENZARA
KERVELLA Philippe	Les Logis de l'aqueduc Bâtiment F Tel : 04.95.20.99.33	20167 MEZZAVIA
LIVRELLI François	Avenue Noël Franchini Les Narcisses, Bâtiment A Tel : 04.95.20.38.36 livrelli.f@wanadoo.fr	20090 AJACCIO
LUCIANI Jacques	18 Rue Jean Paul Pandolfi Tel : 04.95. 76.20.32	20110 PROPRIANO
MARCAGGI Paul	Rés. du 1er Consul Bâtiment C2 Rue de Candia Tel : 04.95.20.36.50 Fax: 04.95.22.37.05 dr.p111arcaggi-paul@sfr.fr	20090 AJACCIO
MARCHAL Thierry	4 Rue Prosper Mérimée Tel : 04.95.50.00.01	20000 AJACCIO
MARRACHELLI Nadine	Espace médical d'Afa Tel : 04.95.22.94.63	20167 AFA

MEULET Eric	RN196, Viagenti Tel: 04.95.71.80.34 Fax: 01.70.44.84.33 eric-meulet@orange.fr	20131 PIANOTTOLI
MINICONI Charles	Rés. D'Ajaccio Bâtiment B Rue Nicolas Peraldi Tel : 04.95.23.41.21 charles.miniconi@gmail.com	20090 AJACCIO
NERI Jean Marc	8,Avenue Noel Franchini Tel : 04.95.20.27.04 Fax: 04.95.20.98.53 neriJeanmarc@wanadoo.fr	20090 AJACCIO
PAOLANTONI BOUISSET M. Laure	63 Cours Napoléon Tel : 04.95.22.49.52 Fax : 04.95.23.45.62 marielaure.paol@free.fr	
PARAVISINI J. Marc	Résidence Diamant 1 Place De Gaulle Tel: 04.95.51.93.53 Fax: 04.95.51.93.52	
TAFANI Jean-Paul	Rés. 1er Consul Bât. C Rue de Candia 04 95 74 67 29	

**Liste des médecins agréés pour le contrôle de l'aptitude à la conduite
dans le département de la Corse du Sud**

Docteur Roland APPIETTO 10 avenue Maréchal Moncey 20090 AJACCIO	☎ : 04.95.20.32.56
Docteur Paul ATLAN 2, Cours Napoleon 20000 AJACCIO	☎ : 04.95.22.43.68
Docteur Richard BALLEJOS Cabinet médical 20167 AFA	☎ : 04.95.22.95.08
Docteur Jean-François BARTOLI Route du Port Im. Cofa 20145 SARI SOLENZARA	☎ : 04.95.57.45.70
Docteur Mireille CAMPANA- CASTELLUCCI 20137 LECCI	☎ : 04.95.71.43.33
Docteur Jean-Marie CASTELLUCCI 20137 LECCI	☎ : 04.95.71.43.33
Docteur Yves LUCAS Domaine de la Pointe (Hôtel Sofitel) 20166 PORTICCIO	☎ : 04.95.29.40.60
Docteur Louis Julien PAOLETTI 35, Cours Napoléon 20000 AJACCIO	☎ : 04.95.21.66.27

**Liste des médecins agréés pour examiner
les candidats au permis de conduire et certains conducteurs
dans le
Département de la HAUTE-CORSE
mise à jour le 25 janvier 2017**

Docteur Auguste BAGNANINCHI

5 avenue Maréchal SEBASTIANI
20200 BASTIA
☎ : 04.95.31.53.03

Docteur Jean-François BARTOLI

Route du port
Immeuble COFA
20145 SOLENZARA
☎ : 04 95 57 45 70

Docteur Jean Baptiste ROYERE

Résidence Saint Joseph
(Face à l'immeuble Paolina à 600m de l'hôpital)
Bât B Route Impériale-Lupino
20600 BASTIA
☎ : 04.95.33.12. 12

Docteur Marie Noëlle FANTINI

41 rue César Campinchi
20200 BASTIA
☎ : 04.95.32.15.06

Docteur Godefroy JOCHMANS

Rue principale
20217 SAINT FLORENT
☎ : 04 95 37 00 04
06 10 20 68 85

Docteur .Jean Noël VELLOZZI

Résidence Clos Saphir Bât B
Lieu-dit Mezzana
20290 LUCCIANA
☎ : 04 20 10 47 61

Docteur Monique MAYMARD

Les Terrasses du Fango
Bâtiment C
20200 BASTIA
☎ : 04.95.32.53.07

Docteur Philippe RENAULT

8, boulevard wilson
20260 CALVI
☎ : 04.95.59.71.20

Docteur Napoléon LEOPOLDI

Hôpital de TOGA
Unité Soins Longue Durée
20200 BASTIA
☎ : 06 14 03 15 25

Docteur Marc CHIARAMONTI

Résidence Plein Sud Bat D
Av Paul Giacobbi
20600 BASTIA
☎ : 04 95 33 12 12

Docteur Richard BALLEJOS

Résidence Plein Sud Bât. D
4 Av Paul Giacobbi - Montesoro
20600 BASTIA
☎ : 04 95 33 12 12

Docteur Annie LOGLI POUMEROL

Immeuble Eden Roc
20222 ERBALUNGA
☎ : 04 95 30 79 88

Pièces à fournir à l'appui de la demande de passage en visite médicale :

- 3 photos d'identité
- photocopie de votre pièce d'identité (CNJ ou passeport même périmé de moins de 5 ans, carte de combattant, carte d'identité ou carte de circulation délivrée par les autorités militaires, carte de résident ou titre de séjour temporaire ou certificat de résidence de ressortissant algérien en cours de validité),
- permis de conduire
- consultation 33€

