



IFA  
 HOPITAL BELLEVUE - Boulevard Pasteur - Pavillon 54  
 42055 – SAINT ETIENNE Cedex 2  
 Tél. : 04.77.12.78.83 – Fax : 04.77.12.04.81  
 Email : [ifa42@chu-st-etienne.fr](mailto:ifa42@chu-st-etienne.fr)

**DOSSIER D'INSCRIPTION A LA SELECTION ET A LA FORMATION CONDUISANT  
 AU DIPLOME D'ETAT D'AMBULANCIER**

Session DEA 35 : du 26 AOUT 2024 AU 14 FEVRIER 2025

**Clôture des inscriptions le 24 MAI 2024 pour tous les candidats**

**A l'IFA ou par La Poste (jusqu'au jour de clôture à minuit, cachet de La Poste faisant foi)**

**Tout dossier incomplet ou envoyé hors délai sera refusé et retourné au candidat**

**CIVILITE**  M  Mme

**NOM** patronymique   
 En majuscules

**NOM D'EPOUSE**   
 En majuscules

**PRENOM**   
 En majuscules

**DATE de NAISSANCE**  ..... / ..... / ..... **LIEU**

**TELEPHONE**  **PORTABLE**   
**Obligatoire**

**ADRESSE**

**CODE POSTAL**  **VILLE**

**Adresse Mail**  .....@.....

**NATIONALITE**

Je soussigné(e) ..... atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document et la conformité à l'original de l'ensemble des documents joints.

**Fiche établie le :**  **Signature du candidat :**

*Ne rien inscrire dans le cadre ci-dessous (Réservé à l'Institut)*

**DATE DE RECEPTION OU DE DEPOT DU DOSSIER :** .....

**SELECTION :**

Dossier d'admissibilité  Stage d'observation  Dossier d'admission  Entretien admission

**DEMANDE DE REPORT DE SCOLARITE :** OUI  NON  Motif : .....

**PARCOURS DE FORMATION :**  Formation complète  Formation allégée

## DEFINITION DE LA PROFESSION

L'ambulancier exerce son activité au sein d'une entreprise privée ou d'un établissement de santé. Il assure, sur prescription médicale ou en cas d'urgence médicale la prise en charge et le transport de patients, à tout âge de leur vie, dans des véhicules de transport sanitaire adaptés pour des raisons de soins ou de diagnostic. Pour exercer, il doit disposer d'un diplôme délivré par le préfet de région.

**TITRES ET DIPLOMES :** cocher la ou les case(s) qui vous concerne(nt) **et fournir une copie recto-verso des originaux des diplômes ou titres traduits en français**

<b>Certifications de niveau 3 du secteur sanitaire ou social</b>	
<input type="checkbox"/>	Diplôme d'Etat d'Aide-Soignant arrêté du 22/10/2005
<input type="checkbox"/>	Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Puériculture arrêté du 16/01/2006
<input type="checkbox"/>	Titre professionnel d'Assistant de Vie aux Familles arrêté du 11/01/2021
<input type="checkbox"/>	Titre professionnel d'Agent de Service Médico-Social arrêté du 10/07/2020
<input type="checkbox"/>	Diplôme d'Etat d'Accompagnant Educatif et Social arrêté du 29/01/2016 spécialités "à domicile", "en structure collective", "éducation inclusive et vie ordinaire"
<input type="checkbox"/>	Diplôme d'Etat d'Accompagnant Educatif et Social fusion des spécialités, nouveau référentiel publié en 2021
<input type="checkbox"/>	Titre professionnel Conducteur Livreur sur véhicule utilitaire léger
<input type="checkbox"/>	Certificat de Qualification Professionnelle Assistant Médical
<input type="checkbox"/>	Autres (à préciser) :
<b>Certifications de niveau 4</b>	
<input type="checkbox"/>	Diplôme d'Etat d'Aide-Soignant arrêté du 10/06/2021
<input type="checkbox"/>	Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Puériculture arrêté du 10/06/2021
<input type="checkbox"/>	Baccalauréat Professionnel Accompagnement Soins et Services à la Personne options "à domicile" "en structure sanitaire, sociale ou médico-sociale" arrêté du 11/05/2011
<input type="checkbox"/>	Baccalauréat Professionnel spécialité Services aux personnes et aux Territoires arrêté du 22/08/2011
<input type="checkbox"/>	Diplôme d'Assistant de Régulation Médical arrêté du 19/07/2019
<input type="checkbox"/>	Baccalauréat Professionnel Organisation de Transport de Marchandises
<input type="checkbox"/>	Baccalauréat Professionnel Conducteur Transport Routier Marchandises (niveau 4)
<input type="checkbox"/>	Autres (à préciser) :
<b>Titres I,II,III, V du Livre III de la quatrième partie du Code de la Santé publique</b>	
<input type="checkbox"/>	Infirmier
<input type="checkbox"/>	Masseur-Kinésithérapeute
<input type="checkbox"/>	Pédicure Podologue
<input type="checkbox"/>	Ergothérapeute
<input type="checkbox"/>	Psychomotricien
<input type="checkbox"/>	Manipulateur d'Electroradiologie Médicale
<input type="checkbox"/>	Technicien de Laboratoire Médical
<b>Situations spécifiques</b>	
<input type="checkbox"/>	Titre ou diplôme étranger permettant d'accéder directement à des études universitaires dans le pays où il a été obtenu
<input type="checkbox"/>	Admis en formation d'auxiliaires médicaux

### **SITUATION PROFESSIONNELLE ACTUELLE**

- Exercice en dehors du milieu ambulancier :
- Salarié : Profession : .....
  - Employeur : .....
  - Demandeur d'emploi : n° identifiant Pole Emploi .....
  - Autre situation (à préciser) : .....
- Exercice en milieu ambulancier :
- Auxiliaire ambulancier ayant exercé pendant une durée continue **d'au moins un an** durant les trois dernières années, dans une ou plusieurs entreprises de transport sanitaire, à la date des épreuves. *Compléter l'annexe I « Attestation de l'employeur pour les personnes ayant exercé au moins un an en continu en qualité d'auxiliaire ambulancier durant les trois dernières années ».*
  - Auxiliaire ambulancier ayant exercé pendant **un mois au minimum**, en continu ou discontinu, durant les trois dernières années, à la date de clôture des inscriptions. *Compléter l'annexe II « Attestation de l'employeur pour les personnes ayant exercé au moins un mois en qualité d'auxiliaire ambulancier ou conducteur d'ambulance »*

**PERMIS DE CONDUIRE** hors période probatoire, conforme à la législation en vigueur et en état de validité, à la date de clôture des inscriptions. *Fournir une copie recto-verso du permis de conduire.*

Date d'obtention du permis de conduire de catégorie B : .....

Date de fin de la période probatoire : .....

### **DANS QUELLE SITUATION ETES-VOUS ?**

- Situation 0 : vous êtes auxiliaire ambulancier et vous avez exercé au moins un an en continu durant les 3 dernières années, dans une ou plusieurs entreprises de transport sanitaire, à la date des épreuves et vous êtes titulaire d'un titre ou diplôme listé dans la rubrique « titres et diplômes »**

Dans cette situation 0 le candidat est : admis – Aucune épreuve- Pas de stage d'observation

- Situation 1 : vous êtes auxiliaire ambulancier et vous avez exercé au moins un an en continu durant les 3 dernières années, dans une ou plusieurs entreprises de transport sanitaire, à la date des épreuves.**

Dans cette situation 1 la sélection est : dossier d'admission- Pas de stage d'observation

- Situation 2 : vous êtes auxiliaire ambulancier et vous avez exercé au moins un mois, en continu ou discontinu, dans les 3 dernières années, à la date de clôture des inscriptions et vous êtes titulaire d'un titre ou diplôme listé dans la rubrique « titres et diplômes » ci-dessus ou vous êtes admis en formation d'auxiliaires médicaux.**

Dans cette situation 2 la sélection est : entretien admission- Pas de stage d'observation

- Situation 3 : vous êtes auxiliaire ambulancier et vous avez exercé au moins un mois, en continu ou discontinu, dans les 3 dernières années, à la date de clôture des inscriptions.**

Dans cette situation 3 la sélection est : dossier d'admissibilité et entretien d'admission- Pas de stage d'observation

- Situation 4 : vous êtes titulaire d'un titre ou diplôme listé dans la rubrique « titres et diplômes » (cf page 2) ou vous êtes admis en formation d'auxiliaires médicaux.**

Dans cette situation 4 la sélection est : stage d'observation et entretien d'admission

- Situation 5 : vous êtes dans une autre situation**

Dans cette situation 5 la sélection est : dossier d'admissibilité et stage d'observation et entretien d'admission

### **ATTESTATION DE SUIVI DE STAGE D'OBSERVATION**

Les candidats en situation 4 ou 5, doivent réaliser un stage d'observation dans un service hospitalier en charge du transport sanitaire ou dans une entreprise de transport sanitaire habilitée par le directeur de l'institut pendant une durée de 70 heures.

Ce stage est réalisé de façon continue sur un seul lieu de stage.

A l'issue du stage, le responsable du service ou de l'entreprise remet obligatoirement au candidat une attestation de suivi de stage. *Compléter l'annexe V « Attestation de suivi du stage d'observation ».* Cette attestation est remise aux examinateurs lors de l'entretien d'admission.

Pour information sont dispensés du stage d'observation :

- Les candidats ayant exercés au moins un mois, en continu ou discontinu, comme auxiliaires ambulanciers dans les trois dernières années ;
- Les candidats issus de la brigade des sapeurs-pompiers de Paris ou marins-pompiers de Marseille justifiant d'une expérience professionnelle de trois années.

Préciser votre situation :

Stage à réaliser

Stage réalisé

Dispense de stage

### **AMENAGEMENT DES CONDITIONS DE DEROULEMENT DE L'ENTRETIEN D'ADMISSION**

Les candidats en situation de handicap peuvent déposer une demande d'aménagement des conditions de déroulement de l'entretien d'admission. Merci de prendre contact avec le référent handicap : [refhandicap@chu-st-etienne.fr](mailto:refhandicap@chu-st-etienne.fr).

Demande d'aménagement : oui  non  Si oui, fournir les préconisations de la CDAPH (MDPH)

### **FRAIS D'INSCRIPTION A LA SELECTION**

Les frais d'inscription à la sélection s'élèvent à 105€. Ils sont à régler lors du dépôt du dossier d'inscription. **Ils ne sont en aucun cas restitués.**

*Les informations mentionnées dans ce document font l'objet d'un traitement informatisé. Elles sont indispensables à la prise en compte de votre candidature. Elles pourront être transmises à toutes personnes ou organismes participant au déroulement des épreuves de sélection. Conformément à l'article 27 de la loi du 6 janvier 1978, chaque candidat(e) bénéficie du droit d'accès et de rectification au dossier informatique le concernant. Ces droits peuvent être exercés à tout moment auprès de l'IFA. Par ailleurs, vos nom et prénom pourront être diffusés sur l'Internet. Vous pouvez vous y opposer à tout moment.*

*« Le responsable du traitement informatique de vos données est le Directeur Général du centre hospitalier et, par délégation, le Directeur de l'IFA. Le délégué à la protection des données personnelles peut être contacté au travers du lien <http://www.ghltoire.fr/rgpd> ou à l'adresse mail [rgpd-dpd@chu-st-etienne.fr](mailto:rgpd-dpd@chu-st-etienne.fr) ».*

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

**PIECES A FOURNIR EN FONCTION DE LA SITUATION DANS LAQUELLE VOUS ETES**

(cf page 3)

<input type="checkbox"/> Blanc : obligatoire <input type="checkbox"/> Gris : en fonction de la situation du candidat <input checked="" type="checkbox"/> Noir : dispense	SITUATIONS					
	0	1	2	3	4	5
Dossier d'inscription complété, daté et signé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 timbres postaux au tarif en vigueur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Photocopie d'une pièce d'identité recto-verso en cours de validité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Titre de séjour, pour les candidats étrangers, recto-verso en cours de validité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Photographie d'identité récente à coller sur la première page du dossier d'inscription	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Photocopie du permis de conduire B recto-verso, hors période probatoire, conforme à la législation en vigueur et en état de validité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Règlement des frais d'inscription d'un montant de 105€ par chèque à l'ordre du <i>Trésorier Principal du CHU</i> : Préciser le nom du candidat au dos du chèque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selon la situation du candidat : photocopie recto-verso des originaux de diplômes ou titres traduits en français recto-verso ou d'attestation d'admission en formation d'auxiliaires médicaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Le cas échéant, la copie de ses relevés de résultats et appréciations ou bulletins scolaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Selon la situation du candidat, les attestations de travail, accompagnées éventuellement des appréciations et/ou recommandations de l'employeur (ou des employeurs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Selon la situation du candidat, l'attestation d'auxiliaire ambulancier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Copie de l'attestation de formation de gestes et soins d'urgence niveau 2 (AFGSU 2) si obtenue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selon la situation du candidat, préconisations de la CDAPH (MDPH)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annexe I : Attestation de l'employeur pour les personnes ayant exercé au moins un an en continu en qualité d'auxiliaire ambulancier durant les trois dernières années	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Annexe II : Attestation de l'employeur pour les personnes ayant exercé au moins un mois en qualité d'auxiliaire ambulancier ou conducteur d'ambulance	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Selon la situation du candidat, un certificat de travail d'au moins trois ans d'exercice comme sapeurs-pompiers de Paris ou marins-pompiers de Marseille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour les ressortissants hors Union européenne, une attestation du niveau de langue française requis B2 ou tout autre document permettant d'apprécier la maîtrise de la langue française.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Photocopie de l'attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulance après examen médical, <b><i>tamponnée par la préfecture</i></b> Voir Annexe VI : Procédure d'obtention de l'attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulance après examen médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annexe VII: Certificat médical de non contre-indication à la profession d'ambulancier délivré par un médecin agréé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annexe VIII : Certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France nommée «fiche synthèse dossier médical »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Photocopies des justificatifs de toutes les vaccinations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annexe IV : Convention du stage d'observation	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annexe V : Attestation de suivi du stage d'observation	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lettre de motivation manuscrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Curriculum vitae à jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Document manuscrit relatant, au choix du candidat, soit une situation personnelle ou professionnelle vécue, soit son projet professionnel en lien avec les attendus de la formation ; Ce document n'excède pas deux pages Voir annexe III: La sélection : calendrier, modalités et attendus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les candidats peuvent joindre tout autre justificatif valorisant un engagement ou une expérience personnelle en lien avec la profession d'ambulancier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**Institut de Formation  
des Ambulanciers**



**HOPITAL BELLEVUE - Boulevard Pasteur - Pavillon 54  
42055 – SAINT ETIENNE Cedex 2  
Tél. : 04.77.12.78.83 – Fax : 04.77.12.04.81  
Email : ifa42@chu-st-etienne.fr**

**ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR POUR LES PERSONNES AYANT EXERCE AU MOINS UN AN,  
EN CONTINU, EN QUALITE D'AUXILIAIRE AMBULANCIER  
DURANT LES TROIS DERNIERES ANNEES**

**CANDIDAT :**

Nom : ..... Nom marital éventuel : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél : ..... Mail : .....

**PERIODE D'EXERCICE PROFESSIONNEL :** du : ..... au : .....

**ENTREPRISE :**

Nom : ..... N° Siret : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél : ..... Fax : .....

Mail : .....

**NOM DU RESPONSABLE DE L'ENTREPRISE :** .....

**APPRECIATION DE L'EMPLOYEUR**

(mettre une croix dans la colonne choisie et motiver impérativement votre choix)

CRITÈRES	INSUFFISANT	MOYEN	BON	TRÈS BON	RENSEIGNER CETTE CASE OBLIGATOIREMENT
Aptitudes physiques (agilité, résistance, port de charges, ergonomie)					
Motivation professionnelle					
Exactitude, rigueur					
Maîtrise d'un véhicule sanitaire					
BILAN					

**Cachet et signature du responsable de l'entreprise :**

**Date :**

*Ne rien inscrire dans le cadre ci-dessous réservé à l'institut*

Calcul de la durée de l'exercice professionnel : \_\_\_\_\_

**ANNEXE II**



Institut de Formation  
des Ambulanciers

La Région  
Auvergne-Rhône-Alpes

HOPITAL BELLEVUE - Boulevard Pasteur - Pavillon 54  
42055 – SAINT ETIENNE Cedex 2  
Tél. : 04.77.12.78.83 – Fax : 04.77.12.04.81  
Email : ifa42@chu-st-etienne.fr

**ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR POUR LES PERSONNES AYANT EXERCÉ AU MOINS UN MOIS, EN QUALITÉ  
D'AUXILIAIRE AMBULANCIER OU CONDUCTEUR D'AMBULANCE**

**CANDIDAT :**

Nom : ..... Nom marital éventuel : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél. : ..... Mail : .....

**PERIODE D'EXERCICE PROFESSIONNEL** : du ..... au : .....

**ENTREPRISE :**

Nom : ..... N° Siret : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél : ..... Fax : .....

Mail : .....

Nom du responsable de l'entreprise : .....

**APPRECIATION DE L'EMPLOYEUR**

(mettre une croix dans la colonne choisie et motivez impérativement votre choix)

CRITÈRES	INSUFFISANT	MOYEN	BON	TRÈS BON	RENSEIGNER CETTE CASE OBLIGATOIREMENT
Aptitudes physiques (agilité, résistance, port de charges, ergonomie)					
Motivation professionnelle					
Exactitude, rigueur					
Maîtrise d'un véhicule sanitaire					
BILAN					

**Cachet et signature du responsable de l'entreprise :**

**Date :**

*Ne rien inscrire dans le cadre ci-dessous réservé à l'institut*

Calcul de la durée de l'exercice professionnel : \_\_\_\_\_

**LA SELECTION : CALENDRIER, MODALITES ET ATTENDUS**

**CALENDRIER DEA 35**

Clôture des inscriptions et dépôt du dossier complet	Le Vendredi 24 MAI 2024 Cachet de La Poste faisant foi
Affichage des résultats d'admissibilité	Le Vendredi 07 Juin 2024 à 12h00
Epreuves orales d'admission	Les 21-24-25-26 juin 2024
Affichage des résultats d'admission	Le Vendredi 05 juillet 2024 à 12h00
Rentrée scolaire	Le Lundi 26 août 2024

**NOMBRE DE PLACES OFFERTES** : 22 places

**TARIFS ANNEE SCOLAIRE 2024 :**

Droits d'inscription aux épreuves de sélection	105 €
Frais de scolarité parcours de formation complète	5 900€
Frais de scolarité parcours de formation allégée	10.50€ x par le nombre d'heures à réaliser

**MODALITES ET ATTENDUS**

**LE DOSSIER D'ADMISSIBILITE OU D'ADMISSION**

Le dossier comprend un document manuscrit relatant, au choix du candidat, soit une situation personnelle ou professionnelle vécue, soit son projet professionnel en lien avec les attendus de la formation. Ce document n'excède pas deux pages.

Le dossier est apprécié au regard des attendus de la formation (voir tableau ci-dessous). Il est noté sur 20 points par un binôme d'évaluateurs composé d'un ambulancier diplômé d'Etat en activité professionnelle ou d'un chef d'entreprise de transport sanitaire titulaire du diplôme d'Etat d'ambulancier, et d'un formateur permanent ou d'un directeur en institut de formation d'ambulanciers.

Une note inférieure à 10/20 à l'épreuve d'admissibilité est éliminatoire.



## ANNEXE III - 2/2

Les compétences et aptitudes ci-dessous peuvent être vérifiées dans un cadre scolaire, professionnel, associatif ou autre :	
ATTENDUS	CRITERES
Intérêt pour le domaine de l'accompagnement et de l'aide à la personne (adulte et/ou enfant)	Connaissances dans le domaine sanitaire, médico-social ou social Connaissance du métier
Qualités humaines, capacités relationnelles, aptitude physique	Aptitude à faire preuve d'attention à l'autre, d'écoute et d'ouverture d'esprit
	Aptitude à entrer en relation avec une personne adulte, à collaborer et à travailler en équipe
	Aptitude aux activités physiques
Aptitudes en matière d'expression écrite, orale	Maîtrise du français et du langage écrit et oral
	Pratique des outils numériques
Capacités organisationnelles	Aptitudes à s'organiser, à prioriser les activités, autonomie dans le travail

### LE STAGE D'OSBERVATION

Le stage d'observation doit être réalisé pour permettre au candidat de se présenter à l'épreuve d'admission du concours d'entrée en formation d'ambulancier.

Le stage doit être réalisé dans un service hospitalier en charge du transport sanitaire ou dans une entreprise de transport sanitaire habilitée par le Directeur de l'Institut, pendant une durée de 70 heures.

Ce stage est réalisé de façon continue sur un seul lieu de stage.

Une convention de stage est mise à disposition des candidats en annexe, une fois complétée par le terrain de stage, le candidat, et l'IFA, la convention est renvoyée à l'IFA par le candidat.

### L'ENTRETIEN D'ADMISSION

L'entretien d'admission est évalué par un binôme d'évaluateurs, composé d'un directeur d'un institut de formation ou son représentant issu de l'équipe pédagogique, d'un chef d'entreprise de transport sanitaire titulaire du diplôme d'Etat d'ambulancier ou d'un ambulancier diplômé d'Etat en exercice depuis au moins trois ans.

Il peut être réalisé via les outils de communication à distance, permettant l'identification des membres du jury et garantissant la confidentialité des débats.

D'une durée de 20 minutes maximum, l'entretien d'admission est notée sur 20 points. Il comprend une présentation orale de 5 minutes du candidat en lien avec son stage d'observation lorsqu'il est réalisé ou son parcours professionnel antérieur lorsqu'il en est dispensé (8 points), suivie d'un entretien de 15 minutes avec le jury (12 points).

Cette épreuve a pour objet :

- d'évaluer la capacité du candidat à s'exprimer et à ordonner ses idées pour argumenter de façon cohérente ;
- d'apprécier les aptitudes et la capacité du candidat à suivre la formation ;
- d'apprécier le projet professionnel du candidat et sa motivation.

Une note inférieure à 8 sur 20 à l'épreuve d'admission est éliminatoire.



## ANNEXE IV

### MODELE DE CONVENTION DE STAGE D'OBSERVATION DE 70 HEURES EN SERVICE HOSPITALIER EN CHARGE DU TRANSPORT SANITAIRE OU DANS UNE ENTREPRISE DE TRANSPORT SANITAIRE

(Conformément à l'Arrêté du 11 avril 2022 titre II, article 6)

Dates : du \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ au \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Entre l'entreprise (raison sociale, adresse, téléphone) : .....  
Responsable de l'entreprise : .....  
Adresse : .....  
Téléphone : ..... E-mail : .....  
Et le stagiaire : Madame/Monsieur.....  
Adresse : .....  
Téléphone : ..... E-mail : .....

**ARTICLE 1er** : La présente convention bipartite est établie uniquement entre le stagiaire et l'entreprise d'accueil, représentée par son responsable. Ni l'Institut de Formation d'Ambulancier, ni l'État ne sont concernés par cette convention.

**ARTICLE 2** : Le responsable de l'entreprise d'accueil déclare accepter le stagiaire pour un stage d'observation **d'une durée totale de 70 heures, de façon continue sur un seul lieu de stage**, en vue d'une présentation au concours d'entrée à la formation permettant l'obtention du Diplôme d'Etat d'Ambulancier, conformément à l'Arrêté du 11 avril 2022.

**ARTICLE 3** : Le stagiaire s'engage à souscrire à titre individuel à une extension d'assurance responsabilité civile personnelle couvrant tous les dommages qu'il pourrait causer au cours du stage. Il devra obligatoirement justifier de cette assurance auprès du responsable de l'entreprise avant le début stage. Le stagiaire est rattaché, pendant la durée de son séjour dans l'entreprise, au régime général de la sécurité sociale pour ce qui concerne le risque accident du travail et maladie professionnelle.

**ARTICLE 4** : Le responsable de l'entreprise prend toutes les dispositions pour que le stagiaire soit couvert par les assurances « personne transportée » des ambulances.

**ARTICLE 5** : Les frais de déplacement, de nourriture et d'hébergement sont à la charge du stagiaire. Le stage ne peut faire l'objet d'aucune gratification.

**ARTICLE 6** : Les horaires sont fixés après accord des deux parties sur la base de 35 heures par semaine comme 3<sup>ème</sup> coéquipier. Le stagiaire n'est en aucun cas autorisé à la conduite de véhicule dans le cadre de son stage. Le responsable s'engage à tout mettre en œuvre pour aider le stagiaire à son insertion dans l'entreprise. Il lui appartient à de veiller à la qualité de l'encadrement et à la mise en place d'une réelle situation de découverte des différents aspects du métier d'ambulancier. En aucun cas le stagiaire ne peut remplacer un professionnel du transport sanitaire.

**ARTICLE 7** : Le stagiaire en observation est tenu au secret professionnel. Tout ce qu'il entendra ou verra concernant les patients, leur entourage ou l'entreprise ne devra pas être divulgué.

**ARTICLE 8** : Le stagiaire est soumis au règlement intérieur de l'entreprise d'accueil notamment en ce qui concerne la discipline, les dates et horaires de stage. Tout manquement ou toute absence non justifiée peut entraîner l'arrêt et la non validation du stage. Il peut être mis fin à la présente convention de manière concertée entre les parties. En cas de résiliation unilatérale, une notification écrite préalable devra être effectuée.

**ARTICLE 9** : À l'issue du stage, le chef d'entreprise s'engage à remettre au stagiaire l'attestation de validation du stage d'orientation professionnelle (Annexe V du dossier d'inscription) complétée. Les critères d'évaluation seront renseignés et enrichis par une appréciation personnalisée reflétant le sentiment de l'équipe ayant encadré le stagiaire.

La présente convention est remplie en deux exemplaires dont le premier revient à l'entreprise d'accueil et le second au stagiaire. Elle prend effet à la date de la signature.

Fait à....., le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

Lu et approuvé par : Le responsable de l'entreprise,

Le stagiaire,

(Nom, prénom, Cachet et signature)

(Nom, prénom et signature)



Institut de Formation  
des Ambulanciers



HOPITAL BELLEVUE - Boulevard Pasteur - Pavillon 54  
42055 – SAINT ETIENNE Cedex 2  
Tél. : 04.77.12.78.83 – Fax : 04.77.12.04.81  
Email : [ifa42@chu-st-etienne.fr](mailto:ifa42@chu-st-etienne.fr)

**ATTESTATION DE SUIVI DU STAGE D'OBSERVATION**

**CANDIDAT :**

Nom : .....Nom marital éventuel : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code postal : .....Ville : .....  
Tél : .....Mail : .....

**DATE DU STAGE :** du.....au.....  
*Ce stage d'une durée de 70 heures, doit être réalisé de façon continue sur un seul lieu de stage.*

**ENTREPRISE :**

Nom : ..... N° Siret : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Tél : ..... Fax : .....  
Mail : .....  
Nom et fonction du responsable du suivi du stage d'observation : .....

<b>APPRECIATION DU CANDIDAT</b>					
(mettre une croix dans la colonne choisie et motiver impérativement votre choix)					
CRITÈRES	INSUFFISANT	MOYEN	BON	TRÈS BON	OBSERVATIONS OBLIGATOIRES
Aptitudes physiques (agilité, résistance, port de charges, ergonomie)					
Aptitudes relationnelles (communication avec les membres de l'équipe, relation avec les patients)					
Motivation professionnelle					
Exactitude, rigueur					
Maîtrise des caractéristiques spécifiques d'un véhicule sanitaire					
BILAN					

**Cachet et signature du responsable de l'entreprise :**

**Date :**

**PROCEDURE D'OBTENTION DE L'ATTESTATION PREFECTORALE D'APTITUDE  
A LA CONDUITE D'AMBULANCE APRES EXAMEN MEDICAL**

Pour obtenir cette attestation vous devez suivre les démarches à partir du lien suivant :

<https://www.loire.gouv.fr/Demarches/Permis-de-conduire/Autres-demarches-concernant-le-permis-de-conduire/Permis-de-conduire#!/Particuliers/page/N530>

Pour information :

La demande d'attestation préfectorale d'aptitude physique de conducteur pour la conduite de taxis ambulances est effectuée dans les conditions définies à l'article R.221-10 du Code de la Route.

Cette attestation est délivrée après une visite médicale **auprès d'un médecin agréé par la Préfecture.**

Suite à cette visite médicale, vous devez **impérativement faire tamponner ce document à la Préfecture.**

*Cas particulier : cette attestation se substitue à l'ancienne carte jaune depuis le 01 janvier 2018 pour le département de la Loire.*

**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PROFESSION D'AMBULANCIER  
DELIVRE PAR UN MEDECIN AGREE ARS**

Je soussigné(e), Dr .....Médecin agréé<sup>1</sup>, certifie avoir  
examiné ce jour :

Nom-Prénom : .....

Date de naissance : .....

Domicilié(e) à.....

.....

J'atteste que le (la) candidat(e) présente les aptitudes physiques et psychologiques nécessaires à l'exercice de la profession  
d'ambulancier(e) : absence de problème locomoteur, psychique, aucun handicap incompatible avec la profession (visuel,  
auditif, amputation d'un membre .... ).

Fait à .....le.....

<b><u>Signature du Médecin agréé :</u></b>	<b><u>Cachet du Médecin agréé :</u></b>
--	---

<sup>1</sup> Pour obtenir le nom d'un médecin agréé vous devez contacter l'A.R.S de votre région.

Pour la région Auvergne-Rhône-Alpes : <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/liste-des-medecins-agrees-1>

## ANNEXE VIII

SERVICE UNIVERSITAIRE DE  
MEDECINE PREVENTIVE - SUMPPS  
UNIVERSITE JEAN MONNET ST ETIENNE  
*Mise à jour le 13 06 2023 /MPU*

NOM et PRENOM DE L'ELEVE : \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_

Cette fiche doit être complétée et validée par votre médecin. Les justificatifs (certificat de vaccination précisant les dates de vaccination, le certificat médical du médecin agréé, la sérologie et le compte-rendu radio pulmonaire) **sont à transmettre à l'IFA qui les adressera au service universitaire de médecine préventive.**

### VACCINATION HEPATITE B :

			DATES	cadre réservé au SUMPPS
Schéma vaccinal :	1) Injection M0*	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
(1 mois après la 1 <sup>ère</sup> injection)	2) Injection M1*	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
(Contrôle de l'immunité 2 mois après la 2 <sup>ème</sup> injection)	<b>Dosage AC anti HBS M3*</b> <b>(Pour validation de l'aptitude aux stages)</b>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>

**ATTENTION : La 3<sup>ème</sup> injection est à faire 6 mois après la 1<sup>ère</sup> injection  
Indispensable même si taux D'AC positif après 2 injections**

3) Injection M6*	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
------------------	--------------------------	-------	--------------------------

**VACCINATION DTP ou DTCP : Dernier Rappel \***  
**(Selon le schéma du calendrier vaccinal actualisé en 2023)**

<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
--------------------------	-------	--------------------------

### **TEST TUBERCULINIQUE \*:**

**Résultat exprimé en mm du dernier Tubertest de moins de 3 mois**  
**(Si résultat négatif : Ne pas refaire de BCG)**

<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
--------------------------	-------	--------------------------

**R O R** vaccination complète par 2 doses

<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
--------------------------	-------	--------------------------

**RADIOGRAPHIE PULMONAIRE DE MOINS DE 3 MOIS**  
**(Compte rendu uniquement) \***

<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
--------------------------	-------	--------------------------

**CERTIFICAT MEDICAL MEDECIN AGREE\***

<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
--------------------------	--	--------------------------

Tous ces résultats :

- Devront nous être fournis à chaque échéance vaccinale et sans relance de notre part.
- Conditionnent votre aptitude aux stages tout au long de votre scolarité.

**Recommandation en vue des stages :**

- Un rappel anti - coquelucheux lors du dernier rappel DTP datant de moins de 5 ans
- Un vaccin varicelle si la maladie n'a pas été contractée dans la petite enfance,  
*en cas de doute faire pratiquer une sérologie.*
- Une sérologie HIV et HVC (Sida et Hépatite C)
- Vaccination antigrippale à prévoir chaque année entre septembre et décembre
- Vaccination anti COVID (décret du 13/05/2023)

**\* Cocher la case si l'acte a été réalisé et/ou le justificatif joint**

Fait à :

Le :

**Signature et tampon du médecin**

IFA  
 HOPITAL BELLEVUE - Boulevard Pasteur - Pavillon 54  
 42055 – SAINT ETIENNE Cedex 2  
 Tél. : 04.77.12.78.83 – Fax : 04.77.12.04.81  
 Email : [ifa42@chu-st-etienne.fr](mailto:ifa42@chu-st-etienne.fr)

### INFORMATION PARCOURS ALLEGES

Un candidat ayant réussi la sélection pourra prétendre à suivre un parcours de formation allégé s'il est titulaire d'un des diplômes ou certifications suivantes :

Titres I,II,III, V du Livre III de la quatrième partie du Code de la Santé publique		Nombre heures théorie	Nombre heures stage	Total heures
<input type="checkbox"/>	Infirmier	66	140	206
<input type="checkbox"/>	Masseur-Kinésithérapeute			
<input type="checkbox"/>	Pédicure Podologue			
<input type="checkbox"/>	Ergothérapeute			
<input type="checkbox"/>	Psychomotricien			
<input type="checkbox"/>	Manipulateur d'Electroradiologie Médicale			
<input type="checkbox"/>	Technicien de Laboratoire Médical			

Certifications de niveau 3 du secteur sanitaire et social		Nombre heures théorie	Nombre heures stage	Total Heures
<input type="checkbox"/>	DE AIDE-SOIGNANT- DEAS (ancien référentiel niveau 3 ) arrêté du 22/10/2005	241	140	381
<input type="checkbox"/>	DE AUXILIAIRE de PUERICULTURE –DEAP DEAS (ancien référentiel niveau 3 ) arrêté du 16/01/2006	269	140	409
<input type="checkbox"/>	Titre professionnel Assistant de vue aux familles ADVF (niveau 3) arrêté du 11/01/2021	423	175	598
<input type="checkbox"/>	Titre professionnel d'Agent de Service Médico-Social arrêté du 10/07/2020	465	175	640
<input type="checkbox"/>	DEAES 2021 (NIVEAU3) Diplôme d'Etat d'Accompagnant Educatif et Social fusion des spécialités, nouveau référentiel publié en 2021	318	175	493
<input type="checkbox"/>	DEAES 2016 SPECIALITES (niveau3) Diplôme d'Etat d'Accompagnant Educatif et Social arrêté du 29/01/2016 spécialités "à domicile", "en structure collective", "éducation inclusive et vie ordinaire"	367	175	542
<input type="checkbox"/>	Titre professionnel Conducteur livreur sur véhicule utilitaire léger (niveau 3)	535	245	780
<input type="checkbox"/>	Certificat de Qualification Professionnelle Assistant Médical	430	245	675

Certifications de niveau 4		Nombre heures théorie	Nombre heures stage	Total Heures
<input type="checkbox"/>	Diplôme d'Etat d'Aide-Soignant arrêté du 10/06/2021	171	140	311
<input type="checkbox"/>	Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Puériculture arrêté du 10/06/2021	185	140	325
<input type="checkbox"/>	Baccalauréat Professionnel Accompagnement Soins et Services à la Personne options "à domicile" "en structure sanitaire , sociale ou médico-sociale" arrêté du 11/05/2011	192	175	367
<input type="checkbox"/>	Baccalauréat Professionnel spécialité Services aux personnes et aux Territoires arrêté du 22/08/2011	486	175	661
<input type="checkbox"/>	Diplôme d'Assistant de Régulation Médical arrêté du 19/07/2019	332	140	472
<input type="checkbox"/>	Baccalauréat Professionnel Conducteur Transport Routier Marchandises (niveau 4)	535	245	780