

## DOSSIER D'INSCRIPTION À LA FORMATION

# « Diplôme d'État d'Ambulancier »

Conforme à l'Arrêté du 11 avril 2022 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'ambulancier et aux conditions de formation de l'auxiliaire ambulancier

Dossier complet à transmettre uniquement par mail,  
accompagné de l'ensemble des documents demandés à :  
[formation.continue@donboscolyon.org](mailto:formation.continue@donboscolyon.org)

**TOUT DOSSIER INCOMPLET OU TRANSMIS HORS DELAI NE SERA PAS TRAITÉ**

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Session : du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Site :  Lyon  Bourg-en-Bresse

Pour le Puy-en-Velay : dossier d'inscription sur demande au 04 71 05 31 08

### Cadre réservé à l'équipe administrative

Le candidat doit suivre la formation d'auxiliaire ambulancier à l'IFA Don Bosco :

OUI  NON

Si oui, session du ..... au .....

**DOCUMENTS A JOINDRE AU DOSSIER D'INSCRIPTION**

1	<b>Curriculum vitae</b>	Document <b>à jour</b> .
2	<b>Lettre de motivation</b>	Document <b>manuscrit</b> .
3	<b>Document en lien avec les attendus de la formation</b>	Au choix du candidat : <ul style="list-style-type: none"> <li>• soit un document relatant une situation personnelle ou professionnelle vécue ;</li> <li>• soit un document relatant le projet professionnel.</li> </ul> <p>Ce document <b>manuscrit</b> ne doit pas excéder <b>2 pages</b>.</p>
4	<b>Carte nationale d'identité ou Passeport ou Titre de séjour</b>	Document <b>en cours de validité</b> ; À défaut, l'attestation de demande de renouvellement ; Copie recto/verso <b>lisible</b> .
5	<b>Permis de conduire</b>	Document <b>en cours de validité</b> ; Attention à ne pas être détenteur d'un permis probatoire. Si vous êtes à moins de 6 mois de la fin de votre période probatoire, contactez-nous ; Copie recto/verso <b>lisible</b> .
6	<b>Attestation de droits à la Sécurité Sociale</b>	Document <b>à jour</b> ; Attention : ne pas fournir une copie de la Carte Vitale.
7	<b>Attestation d'assurance responsabilité civile</b>	Document <b>à jour et couvrant la durée de la formation</b> .
8	<b>Pour les ressortissants hors Union Européenne</b>	<b>Attestation du niveau de langue française B2</b> (ou autre document permettant d'apprécier la maîtrise de la langue française).
9	<b>Virement de 65€ pour les frais d'inscription</b>  RIB en annexe 1	Virement à libeller avec <b>Nom et Prénom</b> ; Envoyer par mail un justificatif de virement en précisant « <b>DEA</b> » ; Une fois votre inscription enregistrée, aucun remboursement ne pourra être effectué.

## CERTIFICATS MEDICAUX

L'obtention de ces certificats médicaux nécessitent des prises de rendez-vous chez des médecins agréés. Ces démarches pouvant être longues, nous vous conseillons vivement de les débiter le plus tôt possible.

10	<p><b>Certificat médical d'aptitude à la conduite d'une ambulance (TARS) validé par la Préfecture de votre département de résidence</b></p> <p>Document en annexe 2</p>	<p>Prendre rendez-vous avec un <b>médecin agréé par la préfecture de votre département de résidence</b> pour compléter le document CERFA N°14880.</p> <p><i>Retrouvez la liste des médecins agréés par la préfecture de votre département à la fin de ce dossier d'inscription (Informations importantes).</i></p> <p>Nous fournir une copie puis <b>transmettre le CERFA à la Préfecture de votre département de résidence pour validation</b>. Voir procédure à la fin de ce dossier d'inscription (Informations importantes).</p> <p><b>Une fois le CERFA validé</b> par la Préfecture de votre département de résidence, <b>nous transmettre une copie</b>.</p>
11	<p><b>Certificat médical de non contre-indication à la profession d'ambulancier</b></p> <p>Document en annexe 3</p>	<p>Document à compléter par un <b>médecin agréé ARS</b>.</p> <p>Liste des médecins agréés par l'ARS de la Région Auvergne-Rhône-Alpes sur : <a href="https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/liste-des-medecins-et-specialistes-agrees">https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/liste-des-medecins-et-specialistes-agrees</a></p>
12	<p><b>Certificat médical de vaccinations</b></p> <p>Document en annexe 4</p>	<p>Document à compléter par le <b>médecin généraliste de votre choix</b>, attestant que vous êtes à jour des vaccinations nécessaires à la profession d'ambulancier.</p> <p>Ne pas fournir la copie de votre carnet de santé.</p>

## DOCUMENT À FOURNIR AVANT L'ÉPREUVE D'ADMISSION

13a	<p><b>Soit l'attestation de l'employeur</b></p> <p>Document en annexe 5</p>	<p>Pour les personnes ayant exercé <b>au moins un mois en qualité d'auxiliaire ambulancier</b>.</p> <p>Cette attestation doit être transmise <b>au plus tard pour l'épreuve d'admission</b>.</p>
13b	<p><b>Soit l'attestation de validation du stage d'observation</b></p> <p>Document en annexe 6</p>	<p><b>Stage de 70 heures</b> pour les personnes sans expérience professionnelle (ou inférieure à un mois) en qualité qu'auxiliaire ambulancier.</p> <p>Ce stage est réalisé de façon <b>continue</b>, sur <b>un seul lieu de stage</b>, et doit être réalisé <b>au plus tard pour l'épreuve d'admission</b>.</p>

## DERNIERS DIPLOMES OBTENUS

Joindre impérativement une copie du (ou des) diplôme(s).

Niveau	Intitulé du diplôme	Date d'obtention
<b>Niveau 3</b> BEP, CAP, ...		
<b>Niveau 4</b> BAC, BP, ...		
<b>Niveau 5</b> BAC + 2 ans		
<b>Niveau 6</b> BAC + 3 ans		
<b>Niveau 7</b> BAC + 5 ans		
<b>Niveau 8</b> BAC + 8 ans		
<b>AFGSU 1</b> <i>Préciser l'organisme</i>		
<b>AFGSU 2</b> <i>Préciser l'organisme</i>		
<b>Auxiliaire ambulancier</b> <i>Joindre également une copie de l'AFGSU 2</i>		
<b>Autres diplômes</b> PSC 1, PSE 1, PSE 2, BNSSA, SST, PAE, ...		

## DIPLOMES SANITAIRES OU SOCIAUX OBTENUS

Joindre impérativement une copie du (ou des) diplôme(s).

La détention de l'un de ces diplômes permet certaines dispenses d'enseignements.

(Voir section « Informations importantes » en fin de dossier)

Intitulé du diplôme	Date d'obtention	Département d'obtention
<b>DE d'aide-soignant</b> (DEAS)		
<b>DE d'infirmier</b> (DEI)		
<b>DE de masseur-kinésithérapeute</b> (DEMK)		
<b>DE de pédicure-podologue</b> (DEPP)		
<b>DE d'ergothérapeute</b> (DEE)		
<b>DE de psychomotricien</b> (DEP)		
<b>DE de manipulateur en électroradiologie médicale</b> (DEMER)		
<b>DE de technicien de laboratoire médical</b> (DETLM)		
<b>DE d'auxiliaire de puériculture</b> (DEAP)		
<b>DE d'accompagnant éducatif et sociale</b> (DEAES)		
<b>Titre professionnel d'assistant de vie aux familles</b> (TPAVF)		

### AUTRES DIPLOMES OBTENUS

Joindre impérativement une copie du (ou des) diplôme(s).

La détention de l'un de ces diplômes permet certaines dispenses d'enseignements.

(Voir section « Informations importantes » en fin de dossier)

Intitulé du diplôme	Date d'obtention	Département d'obtention
<b>Diplôme d'assistante de régulation médicale</b> (DARM)		
<b>Titre professionnel d'agent de service médico-social</b> (TPASMS)		
<b>Titre professionnel de conducteur livreur sur véhicule utilitaire léger</b> (TPCL)		
<b>Certificat de qualification professionnel d'assistant médicale</b> (CQPAM)		
<b>BAC PRO Accompagnement soins et services à la personne</b> (ASSP)		
<b>BAC PRO Services aux personnes et aux territoires</b> (SAPAT)		
<b>BAC PRO Conducteur transport routier de marchandises</b> (CTRM)		

**ETAT CIVIL**

**Merci de répondre en MAJUSCULES**

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Nom d'usage : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Sexe (cocher la case correspondante) :  Masculin  Féminin

Nationalité : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Lieu de naissance (code postal, commune et pays) :

\_\_\_\_\_

Adresse personnelle (domicile habituel) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Adresse pendant la formation (si différente de l'adresse personnelle) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_

Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_

N° INE (identification nationale des étudiants) : \_\_\_\_\_

Votre Numéro INE figure sur le relevé de notes du Baccalauréat, un certificat de scolarité ou une ancienne carte étudiante

**Entourer la mention correspondante à votre situation actuelle :**

Situation familiale : marié / pacsé / divorcé / veuf / séparé / célibataire

Nombre d'enfants à charge : 0 1 2 3 4 et +

Date d'obtention du permis de conduire : \_\_\_\_\_

Date de fin de la période probatoire du permis de conduire : \_\_\_\_\_

## EXPERIENCES PROFESSIONNELLES

Qu'avez-vous fait depuis la fin de votre scolarité obligatoire ?

Nom de l'employeur	Poste occupé	Dates
		Du Au
		Du Au
		Du Au

## SITUATION A L'ENTREE EN FORMATION

**Étudiant :**

Établissement scolaire et dernière classe fréquentée (au cours des 2 dernières années) :

**Salarié :**

Type de contrat (rayez les mentions inutiles) : CDI / CDD / Autre

Poste occupé : \_\_\_\_\_

Nom et coordonnées de l'employeur : \_\_\_\_\_

**Demandeur d'emploi**

Date d'inscription à Pôle Emploi : \_\_\_\_\_ Numéro identifiant Pôle Emploi : \_\_\_\_\_

Type d'allocation : \_\_\_\_\_ Rémunération Pôle Emploi : \_\_\_\_\_

**Autre**, à préciser : \_\_\_\_\_

### Renseignements complémentaires (obligatoire) :

Dernière année ou classe suivie : \_\_\_\_\_

Intitulé du dernier diplôme ou titre préparé : \_\_\_\_\_

Niveau du dernier diplôme ou titre préparé : \_\_\_\_\_

Premier contrat d'apprentissage (cochez la case correspondante) :  OUI  NON

PRISE EN CHARGE ENVISAGÉE

Contrat d'apprentissage

Contrat de professionnalisation

**En cas de contrat d'apprentissage ou de professionnalisation :**

Coordonnées et nom de l'employeur (personne à contacter) :

Cachet et signature de l'employeur :

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

**Personnelle, avec CPF** (faire la demande sur « Mon Compte Formation », une fois votre demande validée par nos soins, il faudra retourner sur votre compte pour l'accepter)

**Personnelle, hors CPF** (nous contacter pour un devis)

**Organisme public** (rayez la mention inutile) : France Travail / Autre, à préciser :

**Autre prise en charge**, à préciser : \_\_\_\_\_

J'accepte que mes nom et prénom soit publiés sur la liste des résultats du concours d'entrée mise en ligne sur le site Internet de Don Bosco Lyon :    [] OUI    [] NON

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

Fait à (commune) \_\_\_\_\_

Le (date) \_\_\_\_\_

**Signature du candidat**

## INFORMATIONS IMPORTANTES

### 1/ Modalités de concours d'entrée en formation au DEA

Le processus de sélection des candidats comprend deux épreuves :

- Une épreuve d'admissibilité consistant en une étude de dossier. À la suite de cette épreuve, seuls les candidats ayant obtenu une note supérieure ou égale à 10/20 sont déclarés admissibles.
- Une épreuve d'admission consistant en un entretien de motivation. À la suite de cette épreuve, seuls les candidats ayant obtenu une note supérieure ou égale à 08/20 sont déclarés admis. Le jury établit alors un classement comprenant une liste principale et une liste complémentaire. Les candidats de la liste principale sont admis en formation, ceux de la liste complémentaire le sont en cas de désistement d'un ou plusieurs candidats de la liste principale.

Pour se présenter à l'entretien d'admission, les candidats doivent réaliser un stage d'observation dans un service hospitalier en charge du transport sanitaire ou dans une entreprise de transport sanitaire pendant une durée de 70 heures. Ce stage est réalisé de façon continue sur un seul lieu de stage. À l'issue du stage, le responsable du service ou de l'entreprise remet obligatoirement au candidat une attestation de suivi de stage qui est remise aux examinateurs lors de l'entretien d'admission. (Document en annexe 7)

L'entrée en formation est ainsi soumise à la réussite du candidat à l'épreuve d'admissibilité, à l'épreuve d'admission, à la réalisation d'un stage d'observation de 70h, ainsi qu'à la signature d'un contrat d'alternance avec un employeur au plus tard le premier jour de formation (sauf cursus partiel).

Les résultats des épreuves sont affichés au siège de l'IFA Don Bosco Lyon ainsi que sur le site internet [www.donboscolyon.org](http://www.donboscolyon.org) (onglet IFA). Les candidats admis ont alors dix jours pour confirmer par mail leur entrée en formation. En cas d'absence de confirmation, le candidat est présumé avoir renoncé à son admission (ou à son classement sur la liste complémentaire) et sa place est proposée au candidat suivant.

## 2/ Motifs de dispenses d'épreuves aux concours d'entrée

Sont dispensés du stage d'orientation professionnelle :

- Les auxiliaires ambulanciers ayant exercé au moins un mois lors des trois dernières années
- Les sapeurs-pompiers de la BSPP (Paris) ayant exercé plus de trois ans
- Les marins-pompiers de la BMPM (Marseille) ayant exercé plus de trois ans

Sont dispensés de l'épreuve d'admissibilité :

- Les titulaires d'un diplôme de niveau 4 (Baccalauréat ou équivalent)
- Les titulaires d'un diplôme de niveau 3 (BEP, CAP ou équivalent) du secteur sanitaire ou social)
- Les titulaires d'un diplôme étranger leur permettant d'accéder à des études universitaires dans le pays où il a été obtenu
- Les candidats ayant été admis dans une formation d'auxiliaires médicaux (livre III du CSP : infirmiers, kinés, opticiens, psychomotriciens, orthophonistes, ...)
- Les auxiliaires ambulanciers ayant exercé au moins un an durant les trois dernières années (attention : le dossier d'admission est alors constitué des documents du dossier d'admissibilité)

## 3/ Motifs de dispenses d'enseignements

Selon les diplômes déjà obtenus, le candidat peut bénéficier de dispenses d'enseignements :

- Diplôme d'État d'aide-soignant
- Diplôme d'État d'auxiliaire de puériculture
- Diplôme d'assistant de régulation médicale
- Diplôme d'État d'accompagnant éducatif et social
- Titre professionnel d'assistant de vie aux familles
- Titre professionnel d'agent de service médico-social
- Titre professionnel de conducteur livreur sur véhicule utilitaire léger
- Certificat de qualification professionnelle d'assistant médical
- Baccalauréat professionnel accompagnement, soins et services à la personne
- Baccalauréat professionnel services aux personnes et aux territoires
- Baccalauréat professionnel conducteur transport routier de marchandises
- Diplômes permettant l'exercice de l'une des professions inscrites aux titres Ier, II, III et V du livre III de la quatrième partie réglementaire du code de la santé publique

#### 4/ Demande d'aménagement et/ou de tiers temps pour motif médical

Des aménagements pour motif médical peuvent s'appliquer à tout ou partie des épreuves et évaluations. Le candidat doit réaliser une demande accompagnée d'un certificat médical qui sera transmis au médecin désigné par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) du Rhône. La CDAPH étudiera la demande du candidat et rendra un avis en proposant les aménagements nécessaires. L'IFA Don Bosco Lyon acceptera ou non les aménagements proposés et fera part de sa décision au candidat.

#### 5/ Schéma vaccinal accéléré contre l'Hépatite B

Si votre situation nécessite une immunisation rapide, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) recommande l'application d'un schéma vaccinal accéléré comportant l'administration de trois doses en 21 jours.

Deux types de schémas accélérés sont possibles en fonction du vaccin administré :

- ENGERIX B® 20µg : schéma "J0, J7, J21 + rappel à 12 mois"
  - Première injection : Jour 0
  - Deuxième injection : 7 jours après la première
  - Troisième injection : 21 jours après la première
  - Rappel : 12 mois après la première injection
  
- GENHEVAC B Pasteur® : schéma "J0, J10, J21 + rappel à 12 mois"
  - Première injection : Jour 0
  - Deuxième injection : 10 jours après la première
  - Troisième injection : 21 jours après la première
  - Rappel : 12 mois après la première injection

Ces schémas permettent d'obtenir une protection rapide, mais le rappel à 12 mois est indispensable pour garantir une protection à long terme.

Pour l'entrée en formation, un contrôle sérologique (titre d'anticorps anti-HBs) est exigé. En cas de réponse insuffisante (<10 UI), des doses supplémentaires (jusqu'à 6 maximum) sont nécessaires.

*Nota bene* : Le schéma vaccinal accéléré doit être expressément demandé au médecin agréé, car il n'est pas systématiquement proposé.

## **6/ Liste des médecins agréés par la préfecture pour établir le certificat médical d'aptitude à la conduite d'une ambulance (TARS)**

- Département de l'Ain (01) :

<https://www.ain.gouv.fr/Demarches/Permis-de-conduire/2-Informations-complementaires/Liste-des-medecins-agrees-dans-l-Ain/Liste-des-medecins-agrees>

- Département du Rhône (69) :

<https://www.rhone.gouv.fr/Demarches-administratives/Permis-de-conduire-routier/Visite-medicale/Visite-medicale-chez-un-medecin-agree>

- Autres départements :

Se rapprocher de la Préfecture de votre domicile (service des permis de conduire)

## **7/ Procédure de validation du CERFA N°14880 par la Préfecture**

- Département de l'Ain (01) :

<https://www.ain.gouv.fr/contenu/telechargement/21580/151135/file/ListePiecesJoin dre.pdf>

- Département du Rhône (69) :

<https://www.demarches-simplifiees.fr/commencer/demarche-tars-rhone>

- Autres départements :

Se rapprocher de la Préfecture de votre domicile (service des permis de conduire)

## LISTE DES ANNEXES

- **Annexe 1** : Relevé d'identité bancaire (RIB)
  
- **Annexe 2** : Certificat médical d'aptitude à la conduite d'une ambulance (TARS)
  
- **Annexe 3** : Certificat médical de non contre-indication à la profession d'ambulancier
  
- **Annexe 4** : Certificat médical de vaccinations
  
- **Annexe 5** : Attestation de l'employeur pour les personnes ayant exercé au moins un mois en qualité d'auxiliaire ambulancier
  
- **Annexe 6** : Attestation de validation du stage d'observation
  
- **Annexe 7** : Convention de stage d'observation

Relevé d'Identité Bancaire



Cadre réservé au destinataire du relevé

--

Identification du compte pour une utilisation nationale

13825	00200	08000892729	67
c/Etabl.	c/guichet	n/compte	c/rib

Domiciliation

BIC

CAISSE D'EPARGNE RHONE ALPES	CEPAFRPP382
------------------------------	-------------

Identification du compte pour une utilisation internationale (IBAN)

FR76	1382	5002	0008	0008	9272	967
------	------	------	------	------	------	-----

**Agence**  
 AGENCE ESS RHONE AIN  
  
 TOUR INCITY  
 116 COURS LAFAYETTE  
 BP 3276  
 69404 LYON CEDEX 03  
 TEL : 04.72.60.20.00

**Intitulé du compte**  
 DON BOSCO LYON  
 LYCEE PRIVE DON BOSCO  
  
 12 MTE SAINT LAURENT  
  
 69005 LYON 5EME

-----

**1**
**ETAT CIVIL ET COORDONNEES DU DEMANDEUR À REMPLIR À L'ENCRE NOIRE, EN LETTRES MAJUSCULES SANS ACCENT NI RATURE**

Nom de naissance

(C'est le nom qui figure sur votre acte de naissance)

Prénom(s)

(Dans l'ordre de l'état civil)

Nom d'usage (s'il y a lieu)

(ex : nom d'époux(se))

Date de naissance Jour  Mois  Année  Sexe : Femme  Homme  Téléphone portable (Recommandé)

Commune de naissance  Département ou Collectivité d'outre-mer

Pays

(Si vous êtes né(e) à l'étranger)

Adresse N° de la voie  Extension : bis, ter, etc.  Type de voie : avenue, boulevard, etc.

Nom de la voie

Complément d'adresse

(Étage, escalier, appartement - Immeuble, bâtiment, résidence - Lieu-dit, Boîte postale, Commune déléguée)

Code postal  Commune

Courriel (Recommandé)

**2**
**Motif de la demande d'avis médical :**  Renouvellement périodique  Nouvelle catégorie  Suspension  Après invalidation ou annulation  Autre

**Catégorie(s) de permis déjà détenue(s) :**

AM	A1	A2	A	B1	B	BE	C1	C1E	C	CE	D1	D1E	D	DE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Catégorie(s) de permis sur lesquelles porte l'avis médical :**

A1	A2	A	B1	B	BE	C1	C1E	C	CE	D1	D1E	D	DE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Activité(s) professionnelle(s) exercée(s) :**
 Taxi  VTC  Ambulance  Ramassage scolaire  Transport public de personnes  Transport public à moto  Enseignant de la conduite

**AVIS DU OU DES MÉDECINS**
**3 Modalités du contrôle médical :**
 En cabinet médical  En commission médicale primaire  En commission médicale d'appel  Autres : \_\_\_\_\_

**3-1**

Examens complémentaires demandés le \_\_\_\_\_ Examen psychotechnique réalisé le \_\_\_\_\_

**4** Le(s) médecin(s) \_\_\_\_\_ et \_\_\_\_\_

agréé(s) par \_\_\_\_\_

le(s) préfet(s) de (s) département(s) n° \_\_\_\_\_, après contrôle médical de l'intéressé(e), émettent conformément à la réglementation en vigueur et à la liste des affections médicales compatibles avec le maintien ou la délivrance du permis de conduire, l'avis médical suivant :

**5**

- APTE** pour la durée de validité fixée par la réglementation  Groupe léger  Groupe lourd
- APTE TEMPORAIRE** pour une durée de validité limitée à \_\_\_\_\_ et à réexaminer par la commission médicale :  oui  non
- APTE** avec les restrictions ou dispenses suivantes :
- dispositif de correction et/ou protection de la vision
- autres
- INAPTE**  Groupe léger  Groupe lourd

 Observations : 
**6**

Après contrôle médical, le médecin agréé, consultant hors commission médicale :

 ne prononce pas d'avis et renvoie l'utilisateur devant la commission médicale primaire.

**7**
**DÉCLARATION EN CAS D'AVIS D'APTITUDE TEMPORAIRE, D'APTITUDE AVEC RESTRICTIONS OU D'INAPTITUDE**

 Je soussigné(e),  M.  Mme \_\_\_\_\_ déclare avoir pris connaissance des motifs d'ordre médical qui ont entraîné l'avis d'aptitude temporaire, d'aptitude avec restrictions ou d'inaptitude à la conduite.

**8**

 Fait le :  /  / 

 Signature de l'utilisateur (à l'issue du contrôle médical)  
 [Représentant légal si mineur]

Signature et cachet du ou des médecins

**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION A LA PROFESSION  
D'AMBULANCIER**

**Etabli par un médecin agréé par l'ARS du département de votre lieu de  
résidence**

Liste disponible sur [www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/liste-des-medecins-et-specialistes-agrees](http://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/liste-des-medecins-et-specialistes-agrees)

Je soussigné(e) Docteur .....,  
médecin agréé ARS, certifie avoir examiné ce jour  
Mr/Mme .....

J'atteste que le (la) candidat(e) ne présente aucun problème locomoteur,  
physique, ni aucun handicap incompatible avec la profession d'ambulancier :  
visuel, auditif, amputation d'un membre...

Fait à ....., le .....

Cachet et signature du médecin

**CERTIFICAT MEDICAL DE VACCINATIONS**

Établi par le médecin généraliste de votre choix

Je soussigné(e) Docteur .....,  
 médecin généraliste, certifie avoir examiné ce jour  
 Mr/Mme.....

J'atteste que le (la) candidat(e) est à jour des vaccinations suivantes :

**Antidiphthérique, antitétanique, antipoliomyélitique (DTP)**

Dernier rappel effectué		
Nom du vaccin	Date du vaccin	N° lot

**Hépatite B**

	Nom du vaccin	Date du vaccin	N° lot
1ère injection			
2ème injection			
3ème injection			

**Dosage des anticorps anti-Hbs**

Date du dosage	
Résultat du dosage (en UI/L)	

Fait à ....., le .....

Cachet et signature du médecin

**ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR POUR LES PERSONNES AYANT EXERCE AU MOINS UN MOIS  
EN QUALITE D'AUXILIAIRE AMBULANCIER**

**Candidat :**

Nom : ..... Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 .....  
 Code Postal : ..... Ville : .....  
 Tél : ..... Email : .....

**Période d'exercice professionnel :** Du .....au .....

**Entreprise de transport sanitaire :** .....

N° SIRET : .....  
 Adresse : .....  
 .....  
 Code Postal : ..... Ville : .....  
 Nom du responsable de l'entreprise : .....  
 Email : .....

Evaluations du candidat :

<b>CRITERES</b>	INSUFFISANT	MOYEN	BON	TRES BON	OBSERVATIONS
Aptitudes physiques (agilité, résistance, port de charges, ergonomie)					
Motivation professionnelle					
Exactitude rigueur					
Maitrise d'un véhicule sanitaire					
Appréciation générale					

STAGE VALIDE :      OUI            NON

Date : .....

Cachet de l'entreprise, signature du responsable :

## ATTESTATION DE VALIDATION DU STAGE D'ORIENTATION PROFESSIONNELLE

**Candidat :**

Nom : ..... Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 .....  
 Code Postal : ..... Ville : .....  
 Tél : : ..... Email : .....  
 Date du stage : du .....au .....  
 Pour une durée de .....Heures

**Entreprise de transport sanitaire :** .....  
 N° SIRET : .....  
 Adresse : .....  
 .....  
 Nom du responsable du suivi du stage découverte : .....  
 Fonctions dans l'entreprise : .....

Evaluations du candidat :

CRITERES	INSUFFISANT	MOYEN	BON	TRES BON	OBSERVATIONS
Aptitudes physiques (agilité, résistance, port de charges, ergonomie)					
Motivation professionnelle					
Exactitude rigueur					
Maitrise d'un véhicule sanitaire					
Appréciation générale					

STAGE VALIDE :     OUI            NON

Date : .....

Cachet de l'entreprise, signature du responsable :

# CONVENTION DE STAGE D'OBSERVATION EN ENTREPRISE DE TRANSPORT SANITAIRE OU EN SERVICE HOSPITALIER EN CHARGE DU TRANSPORT SANITAIRE

Conformément à l'Arrêté du 11 avril 2022, relatif à la formation conduisant au Diplôme d'État  
d'Ambulancier et aux conditions de formation d'auxiliaire ambulancier – Article 6

La présente convention est conclue entre :

## L'entreprise de transport sanitaire

OU

## Le service hospitalier en charge du transport sanitaire

Nom de l'entreprise ou du service : .....

Nom du gérant ou du responsable : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Mail : .....

et

## Le stagiaire

Nom et prénom du stagiaire : .....

Adresse du stagiaire : .....

Téléphone : .....

Pour la période du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / .....

Il est convenu ce qui suit :

### **Article 1 : Objet de la convention**

La convention bipartite est établie entre l'entreprise ou le service et le stagiaire ci-dessus désigné. L'Institut de formation d'ambulanciers du Campus Don Bosco n'est pas concerné par la convention.

L'entreprise ou le service déclare accepter d'accueillir et d'encadrer le stagiaire pour la réalisation du stage d'observation obligatoire en vue de présenter le concours d'entrée à la formation au Diplôme d'État d'Ambulancier.

### **Article 2 : Évaluation du stagiaire**

Lors de ce stage, les points suivants sont évalués par l'entreprise ou le service :

- Aptitudes physiques
- Aptitudes relationnelles
- Motivation personnelle
- Exactitude, rigueur
- Maîtrise des caractéristiques spécifiques d'un véhicule sanitaire

A l'issue du stage, un bilan est réalisé, donnant lieu à une évaluation générale du stagiaire. Une fiche d'évaluation, conforme à l'annexe IV de l'arrêté du 11 avril 2022, est établie par le gérant ou le responsable de l'encadrement, en collaboration avec les équipes ayant encadré le stagiaire.

### **Article 3 : Durée**

La durée du stage est de 70 heures, à réaliser de façon continue sur un seul lieu de stage.

### **Article 4 : Situation et encadrement du stagiaire**

Il appartient à l'entreprise de veiller à la qualité de l'encadrement. Durant l'intégralité du stage, le stagiaire est encadré et supervisé par un ambulancier Diplômé d'État. Dans les ambulances, le stagiaire ne peut pas être considéré comme un second membre d'équipage. Aussi, sa présence à bord d'un Véhicule Sanitaire Léger est subordonnée à la présence d'un ambulancier Diplômé d'État.

### **Article 5 : Discretion professionnelle**

Le stagiaire s'engage à respecter l'obligation de discrétion professionnelle. En cas de non-respect du secret professionnel et/ou médical, le stagiaire est soumis aux sanctions prévues par la loi.

### **Article 6 : Vaccinations**

Conformément à l'arrêté du 11 avril 2022, le stagiaire doit être à jour de ses vaccinations conformément à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France (Arrêté du 2 aout 2013 fixant les conditions d'immunisations des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 du code de la Santé publique).

### **Article 7 : Assurances**

Pour couvrir sa responsabilité civile, le représentant de l'entreprise est tenu d'informer son assureur qu'il accueille un stagiaire.

### **Article 8 : Résiliation**

Le non-retour de la présente convention signée avant le début de stage, le non-respect de l'une de ces clauses ou l'absence injustifiée du stagiaire, justifient un arrêt immédiat du stage et en résulte son invalidation.

Fait en 2 exemplaires (l'un conservé par l'entreprise, l'autre par le stagiaire)

le ..... / ..... / ....., à .....

#### **Le stagiaire**

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »

#### **Le gérant ou le responsable**

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »

Cachet de l'entreprise ou du service