

## DOSSIER D'INSCRIPTION À LA FORMATION

# « Auxiliaire 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 site du Puy-en-Velay :** dossier d'inscription sur demande au 04 71 05 31 08

### Informations importantes :

- Site de Lyon : 111 boulevard de l'Europe, 69310 Pierre-Bénite
- Site de Bourg-en-Bresse : 12 Rue du Peloux, 01000 Bourg-en-Bresse



## DOCUMENTS A JOINDRE AU DOSSIER D'INSCRIPTION

1	<b>Curriculum vitae</b>	Document <b>à jour</b>
2	<b>Carte nationale d'identité ou Passeport ou Titre de séjour</b>	Document <b>en cours de validité</b> ; A défaut, l'attestation de demande de renouvellement ; Copie recto/verso <b>lisible</b> .
3	<b>Permis de conduire</b>	Document <b>en cours de validité</b> ; Attention à ne pas être détenteur d'un permis probatoire ; Copie recto/verso <b>lisible</b> .
4	<b>Attestation de droits à la Sécurité Sociale</b>	Document <b>à jour</b> ; Attention : ne pas fournir une copie de la Carte Vitale.
5	<b>Attestation d'assurance responsabilité civile</b>	Document <b>à jour et couvrant la durée de la formation</b> .
6	<b>Virement de 25€ pour les frais d'inscription</b>  RIB en annexe 1	Virement à libeller avec <b>Nom et Prénom</b> ; Envoi du justificatif de virement à l'IFA en précisant <b>« AUX AMBU »</b> ; Une fois votre inscription enregistrée, aucun remboursement ne pourra être effectué.
7	<b>Certificat médical d'aptitude à la conduite d'une ambulance (TARS) validé par la Préfecture de votre département de résidence</b>  <b><u>Information importante :</u></b>  L'obtention de ces certificats médicaux nécessitent des prises de RDV chez des médecins agréés. Ces démarches pouvant être longues, nous vous conseillons vivement de les débiter le plus tôt possible.  Document en annexe 2	Prendre rendez-vous avec un <b>médecin agréé par la préfecture de votre département de résidence</b> pour compléter le document CERFA N°14880.  <i>Retrouvez la liste des médecins agréés par la préfecture de votre département à la fin de ce dossier d'inscription (Informations importantes).</i>  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).  <b>Une fois le CERFA validé</b> par la Préfecture de votre département de résidence, <b>nous transmettre une copie</b> .
8	<b>Certificat médical de non contre-indication à la profession d'Auxiliaire Ambulancier :</b>  Document en annexe 3	Document à faire remplir par un <b>médecin agréé ARS</b> .  <i>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></i>
9	<b>Certificat médical de vaccination :</b>  Document en annexe 4	Document à compléter par un <b>médecin généraliste de votre choix</b> , attestant que vous êtes à jour des vaccinations nécessaires à la profession d'auxiliaire ambulancier. Ne pas fournir la copie de votre carnet de santé.

**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 : \_\_\_\_\_

**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

### SITUATION A L'ENTREE EN FORMATION

Sorti du système scolaire depuis moins d'un an

Sorti du système scolaire depuis plus d'un an

Salarié

Demandeur d'emploi (fournir la copie de votre attestation d'inscription) :

Date d'inscription à France Travail : \_\_\_\_\_

Numéro d'identifiant France Travail : \_\_\_\_\_

Type d'allocation : \_\_\_\_\_

Autre, à préciser :

\_\_\_\_\_



**COÛT DE LA FORMATION**

**MONTANT TOTAL (HORS FRAIS DE DOSSIER DE 25€) : 1 100 €**

**Tarif forfaitaire pour 91 heures de formation**

Différentes prises en charge peuvent être envisagée (nous contacter)

**PRISE EN CHARGE ENVISAGEE**

**Personnelle** (nous contacter pour un devis)

**France Travail**

Merci de préciser les informations suivantes :

➤ Votre identifiant : \_\_\_\_\_

➤ Le code département indiqué sur votre attestation : \_\_\_\_\_

**Autre**, 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/ 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.

### 2/ 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)

### 3/ 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)

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"/>														

**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"/>													

**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 :

**Antidiphtérique, 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