



FORMATION AMBULANCIERS

Session 16

DOSSIER D'INSCRIPTION

ADRESSE POSTALE

IFMS
Centre Hospitalier
3 Quai de l'hôpital – BP 229
89306 JOIGNY Cedex

LIEU DE FORMATION INSTITUT DE FORMATIONS AUX METIERS DE LA SANTE

Quartier Abescat
1 avenue d'Hanover
89300 JOIGNY

Tél : 03.86.92.33.66

E-MAIL : ifms@ch-joigny.fr

SITE INTERNET : ifaasjoigny.wordpress.com



CALENDRIER SESSION 16, AOUT 2019

1. Clôture des inscriptions / Retour des dossiers :

Au plus tard le VENDREDI 25 JANVIER 2019

Les dossiers incomplets ou reçus hors délais ne seront pas traités.

2. Concours d'admission

Epreuve écrite d'admissibilité :	le mercredi 06 mars 2019 *
Résultats de l'épreuve écrite :	le lundi 11 mars 2019
Stage d'orientation professionnelle :	entre le 11 mars et le 07 juin 2019
Epreuve orale d'admission :	les 19 et 20 juin 2019 *
Résultats affichés :	le mercredi 26 juin 2019 *

**Dates indicatives se référer à vos convocations*

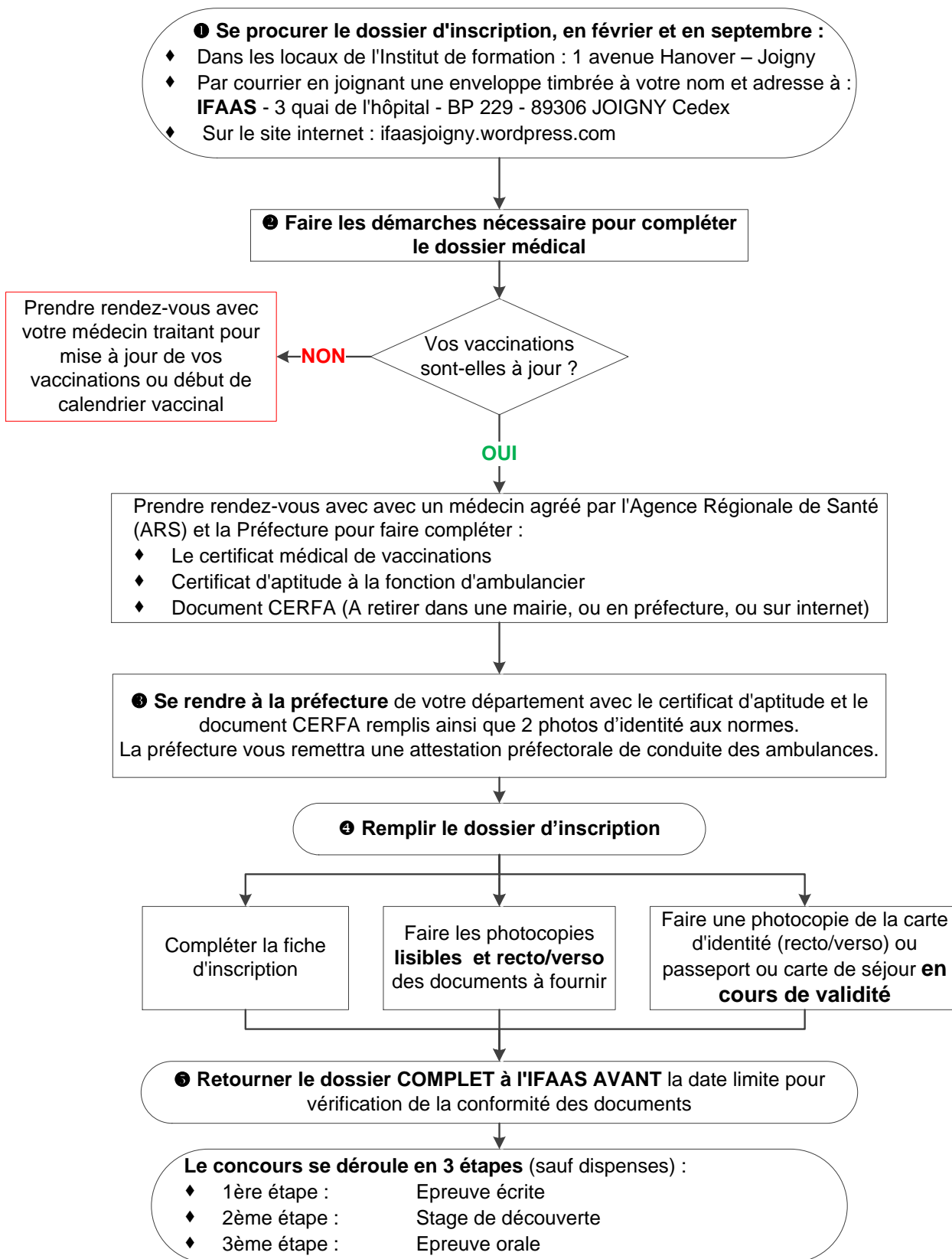
3. Formation

Début de formation :	le lundi 26 août 2019 *
Fin de formation :	le vendredi 10 janvier 2020 *
Capacité d'accueil :	12 personnes **

** À confirmer*

*** À confirmer selon le nombre de report de la session précédente*

LOGIGRAMME : DEROULEMENT DE L'INSCRIPTION





LE CONCOURS

L'admission en formation est subordonnée à la réussite à des épreuves de sélection définies ci-après :

ÉPREUVES DE SÉLECTION : 3 ETAPES

1. ÉPREUVE ECRITE D'ADMISSIBILITÉ

Epreuve écrite: 2 heures

1. Français : commentaire d'un texte à partir de 2 questions.
 2. Arithmétique : opérations de bases de conversions mathématiques (sans moyen électronique de calcul).
- Chacune des épreuves est notée sur 10 points. Toute note inférieure ou égale à 2,5/10 est éliminatoire.

Sont dispensés de l'épreuve écrite les candidats, sous condition d'en apporter la preuve originale :

- ▶ Titulaire d'un titre ou diplôme homologué au niveau IV.
- ▶ Titulaire d'un diplôme ou d'un titre du secteur sanitaire et social homologué au minimum au niveau V.
- ▶ Titulaire d'un titre ou diplôme étranger permettant d'accéder à des études universitaires dans le pays d'origine.
- ▶ Ayant été admis en formation d'auxiliaires médicaux.
- ▶ Les auxiliaires ambulanciers ayant exercés, à la date des épreuves, pendant plus d'un mois au minimum en continu ou en discontinu durant les 3 dernières années et remplissant l'une des 4 conditions susmentionnées.

2. STAGE D'ORIENTATION PROFESSIONNELLE : STAGE DE DÉCOUVERTE

Si succès à l'épreuve écrite ou dispensé de cette épreuve, effectuer un stage d'orientation professionnelle dans un service hospitalier en charge du transport sanitaire ou dans une entreprise de transport sanitaire habilitée par le directeur de l'institut d'une durée de 140 heures. (Possibilité de fractionner le stage en deux de 70 h chacun).

A la fin du stage, l'attestation de validation du stage (annexe 1 page 14) doit être remise à l'IFA AVANT L'ÉPREUVE ORALE. (ou 2 attestations pour chaque période de 70h si stage fragmenté).

Sont dispensés du stage d'orientation professionnelle : Les candidats ayant exercé le métier d'auxiliaire ambulancier pendant **1 mois** minimum (attestation jointe au dossier à faire compléter et signer par l'employeur).

3. ÉPREUVE ORALE D'ADMISSION

Seront convoqués à l'épreuve d'admission les candidats qui :

- ▶ auront réussi l'épreuve d'admissibilité sauf exemptés

Épreuve orale :

1. Commenter un texte court de culture générale du domaine sanitaire et social (noté sur 12).
2. Entretien de motivation (noté sur 8).

Une note inférieure à 8/20 à cette épreuve orale d'admission est éliminatoire.

Sont dispensés de l'épreuve orale d'admission : les candidats exerçant comme auxiliaire ambulancier pendant **une durée continue** d'au moins **UN AN** durant les cinq dernières années dans une ou plusieurs entreprises de transport sanitaire à condition que le candidat en apporte la preuve.



LA FORMATION

La formation conduisant au diplôme d'ambulancier comporte 630 heures d'enseignement théorique et clinique réparties ainsi :

- ▶ Enseignement en Institut de formation : 455 heures (13 semaines)
- ▶ Enseignement en stage clinique et en stage entreprise : 5 semaines (175 heures).

Les modules de formation correspondent à l'acquisition des huit compétences du diplôme :

- Module 1 :** Dans toute situation d'urgence, assurer les gestes adaptés à l'état du patient. Enseignement et validation de l'AFGSU 1 de niveau 1 et 2 (105 heures) + 35 heures de stage dans un service d'urgence.
- Module 2 :** Apprécier l'état clinique du patient (70 heures) + 35 heures de stage en SAMU ou SMUR avec passage en salle d'accouchement si possible ou stage optionnel supplémentaire en service d'urgence.
- Module 3 :** Respecter les règles d'hygiène et participer à la prévention de la transmission des infections (35 heures).
- Module 4 :** Utiliser les techniques préventives de manutention et les règles de la sécurité pour l'installation et la mobilisation du patient (70 heures) + 35 heures de stage.
- Module 5 :** Etablir une communication adaptée au patient et à son entourage (70 heures).
- Module 6 :** Assurer la sécurité du transport sanitaire (35 heures) + 70 heures de stage en entreprise de transport sanitaire.
- Module 7 :** Rechercher, traiter et transmettre les informations pour assurer la continuité des soins (35 heures).
- Module 8 :** Organiser les activités professionnelles dans le respect des règles et des valeurs de la profession (35 heures).

Sont déclarés reçus au diplôme d'Etat Ambulancier les candidats titulaires de l'AFGSU de niveaux 1 et 2 qui ont validé l'ensemble des compétences du diplôme.

Dispenses des modules de formation :

- Les personnes titulaires du diplôme d'état d'aide-soignant (DEAS) sont dispensées des modules de formation 2, 4, 5 et 7. Elles doivent suivre les modules de formation 1, 3, 6 et 8 ainsi que les stages correspondant à ces derniers.
- Les personnes titulaires du diplôme d'état d'auxiliaire de puériculture (DEAP), du diplôme d'état d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS), du diplôme d'assistant(e) de vie aux familles sont dispensées des modules 4, 5, 6 et 7. Elles doivent suivre les modules de formation 1, 2, 3, 6 et 8 ainsi que le cas échéant, les stages correspondants à ces derniers.
- Les personnes titulaires de l'un des diplômes permettant l'exercice de l'une des professions inscrites aux titres 1er, II, III et V du livre III de la 4ème partie du code de la santé publique sont dispensées des modules 1, 2, 3, 4, 5 et 7. Elles doivent suivre les unités de formation 6 et 8 ainsi que le cas échéant, les stages correspondants à ces derniers.



DEVIS DE PRISE EN CHARGE

FORMATION AMBULANCIER

Directrice : Madame Agnès MISSAULT

Tél : 03 86 92 33 66

Frais de gestion et de dossier :	100 €
Date d'entrée :	le 26 août 2019
Date de sortie :	le 10 janvier 2020
Durée de la formation :	630 heures – 18 semaines – 90 jours
Durée hebdomadaire :	35 heures / semaine
Enseignement théorique :	13 semaines – 455 heures
Stages :	5 semaines – 175 heures
Congés :	2 semaines

Coût de la formation : 4 600,00 à confirmer * € par élève pour la session d'août 2019

En attente de validation budgétaire

Document à remettre aux organismes financeurs

CONSTITUTION DU DOSSIER D'INSCRIPTION



Conformément à l'arrêté du 26 janvier 2006 et de l'arrêté du 18 avril 2007 relatif aux conditions de formation de l'auxiliaire ambulancier et au diplôme d'état ambulancier

- ▶ La fiche d'inscription dûment complétée.
- ▶ Le dossier médical également complété et signé par un médecin agréé ARS. Si vous n'êtes pas dans l'Yonne, vous devez joindre la liste des médecins agréés de votre département à votre dossier d'inscription.
- ▶ La photocopie recto/verso du **permis de conduire catégorie B conforme à la réglementation en vigueur et en état de validité**, à savoir **+ de 3 ans ou 2 ans si conduite accompagnée** avec attestation de l'auto-école à la date de clôture des dossiers. Ne pas être titulaire d'un permis de conduire probatoire.
- ▶ 1 photocopie recto/verso de votre carte d'identité en cours de validité.
- ▶ 1 photographie d'identité récente (noter votre nom et prénom au dos)
- ▶ La photocopie des diplômes dispensant de l'épreuve écrite (cf. page 4) (il faudra présenter les originaux avant le concours)
- ▶ Un curriculum vitae et une lettre de motivation
- ▶ L'autorisation d'authentification du diplôme permettant la dispense de l'écrit
- ▶ La photocopie recto/verso de l'attestation préfectorale de **conduite des ambulances délivrée par la Préfecture de votre département sur présentation du document CERFA « CERTIFICAT MEDICAL »** que vous vous procurerez : à la préfecture de votre département site internet <http://www.yonne.gouv.fr/Demarches-administratives/Permis-de-conduire/Le-contrôle-médical-de-l'aptitude-a-la-conduite>. (Ce document est à faire remplir par le **médecin agréé par la Préfecture** de votre département).
- ▶ 3 enveloppes à fenêtre format DL 11x22 affranchies au tarif en vigueur **20gr.**
- ▶ 1 enveloppe format A4 timbrée au tarif recommandé avec le formulaire d'accusé de réception **rempli** (vos nom et adresse dans le cadre « destinataire » et l'adresse de l'institut : IFMS, 3 quai de l'Hôpital, BP 229, 89306 JOIGNY Cedex dans le cadre « expéditeur ». Cette enveloppe servira à vous adresser votre dossier d'admission.
- ▶ Un chèque de **100 €** de frais d'inscription à l'ordre du TRESOR PUBLIC.
Ces droits d'inscription restent acquis, même en cas de désistement ou d'absence aux épreuves de sélection.

ATTENTION

Certaines vaccinations sont obligatoires pour suivre la formation : Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Hépatite B, Tuberculose. Vous devez prendre rendez-vous avec votre médecin traitant afin de régulariser vos vaccinations. Un certificat médical signé par un médecin agréé ARS (Agence Régionale de Santé) sera exigé dès que vous serez reçu au concours. Pour information : les consultations auprès des médecins agréés ne sont pas remboursées.

LE DOSSIER D'INSCRIPTION DOIT ÊTRE RETOURNÉ **AU PLUS TARD LE VENDREDI 25 JANVIER 2019**

(Cachet de la poste faisant foi)

- ▶ Soit déposé au secrétariat de l'Institut de Formations (ouvert du lundi au vendredi de 9 h à 16 h)
1 Avenue d'Hanover – Quartier ABESCAT - 89300 JOIGNY
- ▶ Soit envoyé par courrier (recommandé avec accusé de réception) à :
Institut de Formations –CENTRE HOSPITALIER - 3 Quai de l'hôpital – BP 229 - 89306 JOIGNY Cedex

TOUT DOSSIER D'INSCRIPTION INCOMPLET, ARRIVÉ APRES LA CLOTURE OU NE COMPORTANT PAS LE CHEQUE D'INSCRIPTION, NE SERA PAS PRIS EN CONSIDÉRATION.



FICHE D'INSCRIPTION AMBULANCIER

NOM :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

☎ Domicile : ① Portable :

Adresse de messagerie :

Date et lieu de naissance : / / A

Nationalité :

Situation familiale :

Nombre d'enfants. :

Profession du conjoint

N° de Sécurité sociale :

Diplôme (s) obtenus :

Niveau V : Niveau IV et plus :

Pas de diplôme :

Date d'obtention du permis de conduire : / /

Le candidat :

→ a été auxiliaire ambulancier pendant un an et plus oui non

→ a été auxiliaire ambulancier pendant au moins un mois oui non

Prise en charge financière :

Personnelle

Pôle emploi

Autre

Employeur

N° d'identifiant de Pôle Emploi (Obligatoire) :

Précisez :

Nom, adresse :

.....

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

Fait à Le / /

Signature du candidat



DOSSIER MEDICAL

OBLIGATIONS REGLEMENTAIRES POUR L'ENTREE EN INSTITUT DE FORMATION AMBULANCIER

Vous souhaitez suivre la formation d'ambulancier. Par conséquent, comme le stipule l'article 13 de l'arrêté du 26 janvier 2006 modifié, vous devez présenter LORS DE VOTRE INSCRIPTION :

- ✓ Une attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulance après examen médical effectué dans les conditions définies à l'article R221-10 du code de la route : document CERFA ;
- ✓ Un certificat médical rédigé par un médecin agréé ARS attestant que le candidat ne présente de contre-indication physique et psychique à l'exercice de la profession ;
- ✓ Un certificat médical de vaccination conforme à la réglementation en vigueur.

Ces certificats doivent dater **de moins de 1 an avant la rentrée.**

Seuls seront acceptés les documents ORIGINAUX fournis par l'Institut.

L'admission définitive dans l'Institut de Formations d'Ambulancier est subordonnée à la production de ces documents.

NB : En cas de contre-indication à l'une des vaccinations obligatoires, votre dossier d'admission sera soumis à l'arbitrage du Médecin Inspecteur Départemental ou Régional de la Santé.

* Le médecin agréé doit figurer sur la liste ARS départementale. S'il ne s'agit pas de l'Yonne, la liste des médecins agréés vous sera fournie par l'Agence Régionale de Santé du département dans lequel vous ferez faire le certificat. Vous devrez joindre à votre dossier la liste donnée par l'ARS de votre département prouvant que le médecin signataire du certificat est bien agréé.

Adresse postale :
Centre Hospitalier - IFMS
3 Quai de l'Hôpital
BP 229
89306 JOIGNY CEDEX



CERTIFICAT MEDICAL DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES
POUR L'EXERCICE DE LA PROFESSION D'AMBULANCIER
A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Je soussigné.e DOCTEUR - Nom Prénom :

Adresse :Téléphone : __ / __ / __ / __ / __

CERTIFIE QUE M , Mme , Mlle

Nom de naissance :(2)

Nom d'époux.se.....(2)

Prénoms.....(2) Né(e) le __ / __ / ____.

Pour la vaccination contre l'hépatite, se référer aux conditions définies par le Ministère de la Santé - voir les recommandations ARS page suivante :

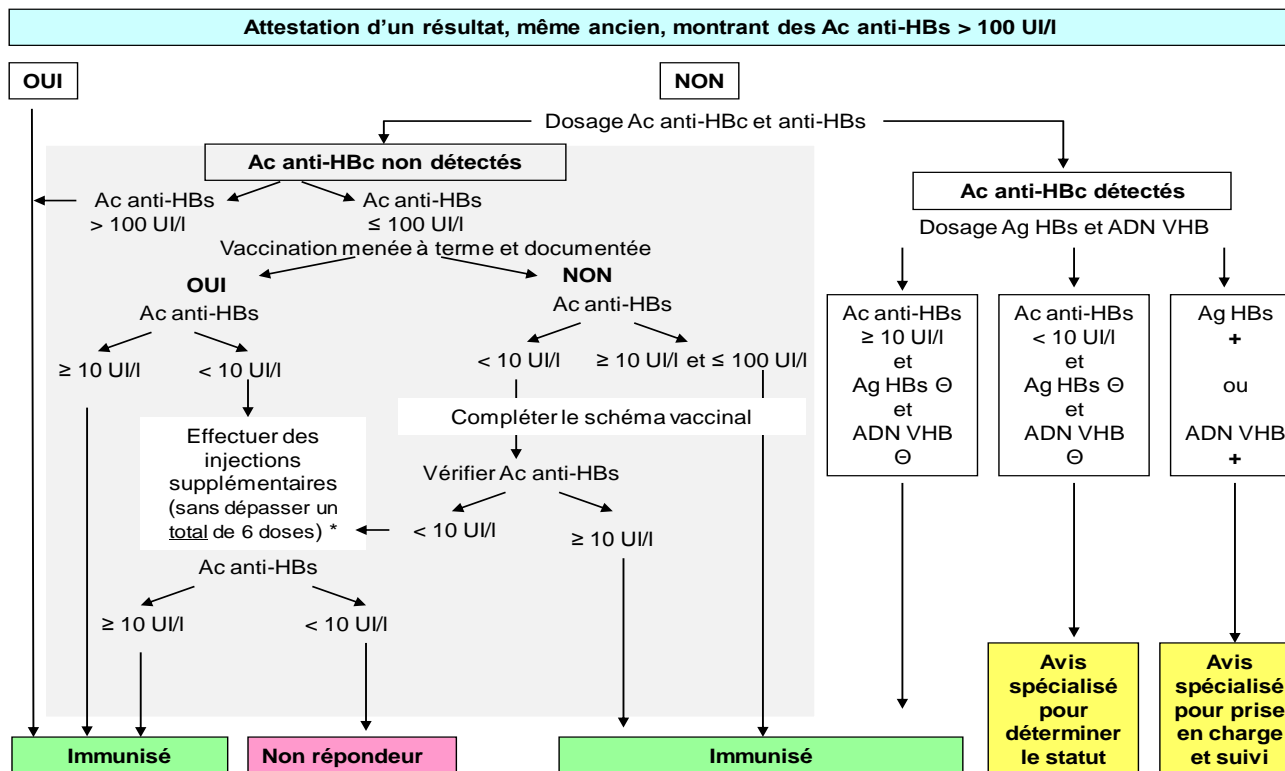
LA. LE CANDIDAT.E	OUI	NON
EST A JOUR de ses vaccinations contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite		
A REÇU 3 vaccinations contre l'hépatite B		
A PROCÉDÉ au contrôle de sa sérologie Hépatite B		
EST IMMUNISÉ.E contre l'hépatite B selon les recommandations ARS		
EST RÉPONDEUSE.EUR à la vaccination contre l'Hépatite B		
A ÉTÉ VACCINÉ.E contre la tuberculose		
A PRATIQUÉ un test tuberculique depuis moins de trois mois		
Date du test tuberculique (IDR) : __ / __ / ____	Résultat :	

Signature et cachet du médecin :

**LA. LE CANDIDAT.E QUI N'EST PAS A JOUR NE POURRA EFFECTUER
 SON STAGE D'ORIENTATION PROFESSIONNELLE NI SUIVRE LA FORMATION.**

Nota bene : Selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour ces professionnels de santé, il est par ailleurs recommandé d'être immunisé contre la coqueluche, la rougeole, la rubéole, la varicelle et la grippe saisonnière.

Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 et dont les conditions sont fixées par l'arrêté du 2 août 2013



* Sauf cas particulier voir 4° de l'annexe 2 de l'arrêté

Légende : Ac : anticorps ; Ag : antigène ; VHB : virus de l'hépatite B

Textes de référence

- Articles L.3111-1, L.3111-4 et L.3112-1 du code de la santé publique (CSP)
- Arrêté du 15 mars 1991 fixant la liste des établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins dans lesquels le personnel exposé doit être vacciné, modifié par l'arrêté du 29 mars 2005 (intégration des services d'incendie et de secours)
- Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiques
- Arrêté du 6 mars 2007 relatif à la liste des élèves et étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des autres professions de santé pris en application de l'article L.3111-4 du CSP
- Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux (Titre III)
- Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L.3111-4 du CSP

Calendrier vaccinal en vigueur (cf. Site du ministère chargé de la santé : <http://www.sante.gouv.fr/vaccinations-vaccins-politique-vaccinale.html>)



CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE À L'EXERCICE DE LA PROFESSION D'AMBULANCIER À REMPLIR PAR LE MEDECIN AGRÉÉ PAR L'ARS

Je soussigné.e, Docteur....., Médecin agréé par l'ARS, (1)

Certifie avoir examiné ce jour M , Mme , Mlle

Nom de naissance :(2)

Nom d'époux.se.....(2)

Prénoms.....(2) Né(e) le __ / __ / ____.

J'ATTESTE QUE LA/LE CANDIDAT.E (2 cases à cocher)

☞ Présente ... ou Ne présente pas ...

... des contre-indications à la conduite à la conduite d'ambulance (Article R.221.10 du Code de la Route) – remplir également le document CERFA

☞ Présente ... ou Ne présente pas ...

... des problèmes locomoteurs, psychiques, de handicap incompatible avec l'exercice de la profession d'ambulancier – handicap visuel, auditif, amputation d'un membre... - Article 1^{er} de l'arrêté du 26 janvier 2006 modifié relatif aux conditions de formation –

Fait àLe __ / __ / 201_.

SIGNATURE et CACHET DU MEDECIN AGRÉÉ PAR L'ARS OBLIGATOIRES :

**CE CERTIFICAT EST OBLIGATOIRE POUR EFFECTUER LE STAGE D'ORIENTATION
« DECOUVERTE » ET POUR L'ENTREE EN FORMATION**

- (1) **Figurant sur la liste départementale des médecins agréés** – à fournir par le candidat hors Yonne.
(2) **Nom et prénom en caractères d'imprimerie.**



AUTORISATION POUR L'AUTHENTIFICATION DU DIPLÔME

Vous êtes titulaire d'un diplôme. Afin de valider votre inscription, l'Institut de Formations doit procéder à la vérification de la validité de votre diplôme auprès de l'académie ou de l'instance qui vous l'a délivré.

Pour ce faire, nous vous remercions de remplir le coupon ci-dessous et nous le retourner avec votre dossier d'inscription et la copie de votre diplôme.

✂-----

AUTORISATION POUR L'AUTHENTIFICATION DU DIPLÔME

Je soussigné(e),, autorise l'Institut de Formations du Centre Hospitalier de JOIGNY, à procéder à la vérification de la validité de mon diplôme auprès de ¹

Fait le __ / __ / ____ à

Le ou la candidate,

Signature :

¹ Noter les références -nom, adresse et téléphone- de l'académie (pour les diplômes scolaires) ou de l'instance (exemple : DRJSCS pour les diplômes médico-sociaux) qui vous a délivré votre diplôme.



ANNEXE 1 : STAGE DE DECOUVERTE

Attestation conforme à l'annexe II de l'arrêté du 26 janvier 2006

ATTESTATION DE VALIDATION DU STAGE D'ORIENTATION PROFESSIONNELLE « STAGE DECOUVERTE »

CANDIDAT

Nom de naissance : Nom d'époux (se).....

Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville.....

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Adresse de messagerie :

ENTREPRISE D'ACCUEIL

Date du stage : Du / au / 201.....

a effectué au moins 140 h OUI NON

Nom de l'entreprise :

N° Siret :

Coordonnées de l'entreprise :

Nom du responsable du suivi du stage de découverte du candidat :

Fonctions dans l'entreprise.....

ÉVALUATION DU CANDIDAT

CRITÈRES	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 détaillée					

STAGE VALIDÉ : OUI NON

Date de l'évaluation : __ / __ / 20 __

CACHET ET SIGNATURE du responsable d'entreprise

A faire parvenir impérativement à l'IFMS 10 jours AVANT les épreuves orales.



ANNEXE 2 : ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR POUR LES AUXILIAIRES AMBULANCIERS

Attestation conforme à l'annexe II de l'arrêté du 26 janvier 2006

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

CANDIDAT

Nom de naissance: Nom d'époux(se):
 Prénom :
 Adresse :
 Code postal : Ville.....
 Téléphone fixe : Téléphone portable :
 Adresse de messagerie :

ENTREPRISE D'ACCUEIL

Période d'exercice professionnel : Du/..... au/..... 201.....
 Nom de l'entreprise :
 N° Siret :
 Coordonnées de l'entreprise :

 Nom du responsable du suivi du stage de découverte du candidat :
 Fonction dans l'entreprise.....

APPRÉCIATIONS DE L'EMPLOYEUR

CRITÈRES	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 détaillée					

Date de l'évaluation : __ / __ / 20 __

CACHET ET SIGNATURE du responsable d'entreprise



A faire parvenir impérativement à l'IFMS 10 jours AVANT les épreuves orales.

ACCUSE DE RECEPTION

(A retourner avec le dossier d'inscription)

A remplir par le candidat

Indiquer dans l'encadré vos :



- Nom
- Prénom
- Adresse

.....
.....
.....

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

LISTE DES PIÈCES :	OUI	NON	COMMENTAIRES
Fiche d'inscription			
Photographie d'identité			
Photocopie de la pièce d'identité valide			
Photocopie du permis de conduire valide			
Copie de l'attestation préfectorale de permis de conduire un véhicule de transport sanitaire			
Diplôme justifiant la dispense à l'écrit			
Autorisation d'authentification du diplôme			
Diplôme justifiant la dispense à l'oral			
Document justifiant la dispense de stage découverte			
Curriculum vitae			
Lettre de motivation			
Règlement d'inscription de 100 €			
3 enveloppes à fenêtre, format DL 22x11 affranchies au tarif 20gr			
1 enveloppe, format A4 renforcée affranchie au tarif recommandé AR			
Certificat médical d'aptitude par médecin ARS + signature			
Vaccinations à jours			

Votre demande d'inscription est validée : OUI : NON : En attente :

Vous devez impérativement envoyer les pièces manquantes pour le : __ / __ / ____

Vous devez passer les épreuves de sélection suivantes : Ecrit Stage d'orientation de 140h Oral

Avant l'entrée en formation :

- Pratiquer IDR Tuberculine
- Fournir le certificat d'aptitudes
- Pratiquer rappel vaccin hépatite
- Fournir sérologie hépatite
- Fournir certificat médical : date du BCG ou notion de « trace vaccinale »

Date :

Cachet de l'Institut :

