



Formation Auxiliaire Ambulancier (70h)

Renseigner la date de la session :

Choisir le site IFA AFTRAL correspondant :

Villette D'Anthon (38)

Vaulx-En-Velin (69)

Pringy (Annecy 74)

Toulon / Allier (03)

Les horaires de formation : 8h30-12h et 13h10-16h40

La participation à l'ensemble de la formation est obligatoire. Par conséquent, aucune dispense possible. Les rattrapages de formation (en cas d'absences justifiées) auront lieu sur une prochaine formation organisée en sein de notre IFA sous réserve de place disponible.

Pour participer à la formation, le candidat doit être titulaire du permis de conduire, hors période probatoire. Pour les personnes qui ont suivi l'apprentissage de la conduite en « conduite accompagnée » ; la période probatoire est de 2 ans.

Pour un apprentissage « classique » en auto-école ; la période probatoire est de 3 ans.

Une photocopie recto-verso de votre permis de conduire est à fournir lors de votre inscription.

Toutes les informations concernant le contenu de la formation, les services de restauration ainsi que l'accès des sites sont disponibles sur notre site internet :

www.aftral.com

Contacts et dates de session : <http://www.aftral.com/rhone-alpes/formations-transport-sanitaire-ambulancier>

AFTRAL Villette d'Anthon 38280, Rue des Saphirs	AFTRAL Pringy 74370, 340 Rue de la Gare
AFTRAL Vaulx-En-Velin 69120, 248 Avenue Franklin Roosevelt	AFTRAL Toulon Sur Allier 03400, Parc Logistique Allier RN7

Retourner le dossier à l'adresse correspondante



IMPORTANT

Le professionnel titulaire du poste d'auxiliaire ambulancier assure la conduite du véhicule sanitaire léger ou est l'équipier de l'ambulancier, dans l'ambulance.

Pour exercer, l'auxiliaire ambulancier doit disposer des documents suivants :

Pour faciliter vos démarches, vous trouverez un exemplaire d'attestation médicale d'immunisation (suivi d'une note à destination de votre médecin traitant) ainsi qu'un exemplaire de l'attestation de non contre-indication (destinée au médecin agréé A.R.S) dans les pages suivantes.

Ces documents renseignés sont à fournir à votre futur employeur avant votre prise de poste.

- D'un permis de conduire conforme à la réglementation en vigueur et en état de validité
- Attestation préfectorale d'aptitude à la conduite des ambulances après examen médical par un médecin agréé par le Préfecture. La liste des médecins agréés est disponible par internet sur le site de la Préfecture de votre domicile. Pour le Rhône : <http://www.rhone.gouv.fr/Demarches-administratives/Permis-de-conduire/Visite-medicale>
Pour la Haute-Savoie : <http://www.haute-savoie.gouv.fr/Demarches-administratives/Permis-de-conduire/Visites-medicales>
- Certificat médical de non contre-indication à la profession d'ambulancier, délivré par un médecin agréé par l'Agence Régionale de Santé. La liste des médecins agréés ARS est disponible pour la région Rhône-Alpes sur le site suivant : <http://www.ars.auvergne-rhone-alpes.sante.fr/Liste-des-medecins-agrees.190150.0.html>
- D'une attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé (Arrêté du 2/08/2013). Cette attestation peut être réalisée par votre médecin traitant.
- D'une attestation de formation de 70 heures incluant la formation permettant l'obtention de l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2.

Afin d'éviter tout déconvenue, nous ne vous conseillons vivement de réaliser ces démarches avant la réalisation de la formation.



Formation Auxiliaire – Ambulancier

DOSSIER DE PRE-INSCRIPTION

Choix de la session (*indiquer les dates*) :

Nom : Nom de naissance :

Prénom : Sexe : Nationalité :

Adresse :

Code postal : Commune :

Date de naissance : Commune de naissance :

Département de naissance : Pays :

Téléphone domicile : Portable :

Email (en majuscule) :@.....

Situation familiale : Nombre d'enfant(s) :

Profession du conjoint :

Date d'obtention du permis de conduire B : Conduite accompagnée : OUI - NON

Date de visite médicale, validation ambulance (TARS) :

Formation

- Niveau 6 : sans diplôme
- Niveau 5 : BEP/CAP
- Niveau 4 : BAC/BTN/BP
- Niveau 3 : BAC + 2 ans
- Niveau 2 : BAC + 3 ou 4 ans
- Niveau 1 : BAC +5 ans

- AFGSU 1 : date :
- AFGSU 2 : date :
- Autre (AFPS, PSC, PSE, CFAPSE, BNMP) :

Expériences professionnelles

Entreprise	Qualification	Période d'emploi	
1-----	-----	du	au
2-----	-----	du	au
3-----	-----	du	au
4-----	-----	du	au
5-----	-----	du	au
6-----	-----	du	au
7-----	-----	du	au
8-----	-----	du	au

Situation professionnelle actuelle

<u>Salarié(e)</u> Emploi occupé : Employeur :	<u>A la recherche d'un emploi</u> Depuis le : Adresse du Pôle Emploi d'appartenance :
Date d'embauche :	Numéro d'identification :

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

Fait à Signature du candidat :



**Certificat médical de vaccination
(A fournir à votre employeur)**

Je soussigné (e) Docteur en médecine :

Certifie avoir examiné, ce jour :

J'atteste :

- Qu'il (elle) a subi les vaccinations **contre le BCG** :

Injection le N° Lot :

- Qu'il (elle) a subi les vaccinations **contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite** :

VACCINATION D.T.P. (dernier rappel effectué)		
Nom du vaccin	Date	N°lot

- Qu'il (elle) a subi les vaccinations **contre l'hépatite B** : conformément à l'Arrêté du 2/8/13 : fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé (Cf. : arbre décisionnel proposé)

VACCINATIONS			RAPPELS	
	Date	N°lot	Date	N°lot
1ère injection				
2ième injection				
3ième injection				

Selon les conditions définies ci-après, il/elle est considéré(e) comme :

Sujet immunisé(e) contre l'hépatite B : **OUI** **NON** (entourer la mention, et rayer la mention inutile)

Non répondeur(e) à la vaccination : **OUI** **NON** (entourer la mention, et rayer la mention inutile)

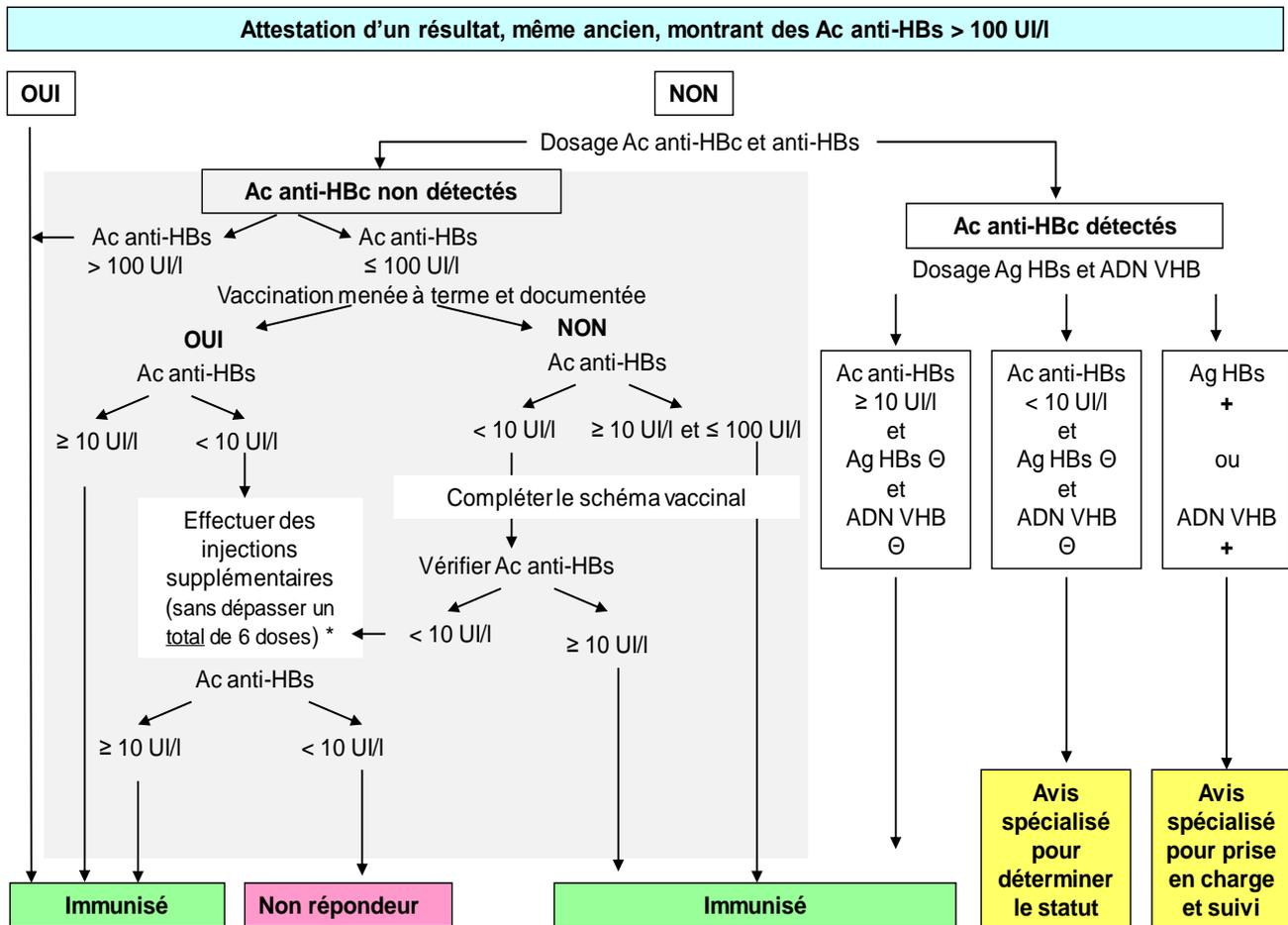
Dosage des anticorps Anti-HBs :UI/L Effectué le :

Une contre-indication à la vaccination contre l'hépatite B correspond de fait à une inaptitude à une orientation vers des professions médicales/paramédicales. (Circulaire DGS 16/4/07).

Date :

Signature et cachet du médecin

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 médical de non contre-indication à la profession d'ambulancier
(Arrêté du 26/01/06, modifié 28/09/11)
(A fournir à votre employeur)

Je soussigné(e) Docteur.....Médecin agréé par
l'A.R.S., certifie avoir examiné ce jour :.....

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

Fait à, le

Signature et cachet du médecin