



Institut de Formation Ambulanciers Pringy

FORMATION AU DIPLOME D'ETAT D'AMBULANCIER
En formation continue
Dossier de pré-inscription – Session du 9 janvier 2017 au 2 juin 2017

DATES IMPORTANTES : INSCRIPTIONS - SELECTIONS

- Réunion d'information : inscription obligatoire
Dates disponibles sur notre page Internet [IFA Annecy](#)
- Clôture des inscriptions : 4 novembre 2016 à 17h
- Epreuve écrite d'admissibilité (9h-11h) : 17 novembre 2016
- Epreuve orale d'admission (prévoir la journée) : 24 novembre 2016
- Communication des résultats d'admission (affichage/internet) : 30 novembre 2016
- Début de la formation DEA : 9 janvier 2017
- Fin de la formation DEA : 2 juin 2017

Envoyer le dossier complet à :

AFTRAL
IFA
A l'attention de Audrey Dumas-Lacordaire
340, rue de la Gare
74370 Pringy - Annecy
Tel : 04 72 02 29 33

SELECTION

✓ Une épreuve écrite d'admissibilité (notée sur 20, durée : 2 heures)

- FRANÇAIS noté sur 10
- MATHÉMATIQUES noté sur 10

Sont déclarés admissibles, les candidats qui ont obtenu une note > ou égale à 10/20.

Une note < ou égale à 2.5/10 à l'une des épreuves est éliminatoire.

Détail des épreuves sur notre site internet : www.aftral.com/les-epreuves-de-selection-du-dea

Sont dispensés de l'épreuve écrite :

- les candidats titulaires d'un titre ou diplôme homologué au niveau IV ou enregistré à ce niveau au RNCP, délivré dans le système de formation initiale ou continue français.
- les candidats titulaires d'un titre ou diplôme du secteur sanitaire et social homologué au minimum au niveau V, délivré dans le système de formation initiale ou continue français.
- les candidats titulaires d'un titre ou diplôme étranger leur permettant d'accéder directement à des études universitaires dans le pays où il a été obtenu.
- Les candidats ayant été admis en formation d'auxiliaires médicaux.

✓ Une épreuve orale d'admission (notée sur 20, durée : 20 minutes)

- A partir d'un texte de culture générale du domaine sanitaire ou social d'évaluer la capacité du candidat à comprendre des consignes, à ordonner ses idées pour argumenter de façon cohérente et à s'exprimer (noté sur 12)
- Et d'évaluer lors de l'entretien avec le jury, la motivation du candidat, son projet professionnel ainsi que ses capacités à suivre la formation (noté sur 8)

Une note inférieure à 8 sur 20 à cette épreuve est éliminatoire.

Sont dispensés de l'épreuve orale :

- les candidats ayant exercé, à la date des épreuves, les fonctions d'auxiliaire ambulancier pendant une durée continue d'au moins 1 an durant les cinq dernières années, dans une ou plusieurs entreprises de transport sanitaire.

Pour se présenter à l'épreuve orale d'admission, les candidats doivent réaliser un **stage d'orientation professionnelle**, dans un service hospitalier en charge du transport sanitaire ou dans une entreprise de transport sanitaire pendant une durée de 140h (Annexe 1).

Sont dispensés du stage :

- Le candidat en exercice depuis au moins un mois comme auxiliaire ambulancier. Ils devront néanmoins fournir l'attestation de l'employeur (Annexe 2)
- les candidats issus de la brigade des sapeurs-pompiers de Paris ou marins-pompiers de Marseille justifiant d'une expérience professionnelle de trois années.

A l'issue de l'épreuve orale d'admission, le jury établit la liste de classement. Cette liste comprend une liste principale et une liste complémentaire. Les résultats des épreuves de sélection sont affichés au siège de l'institut de formation. Tous les candidats sont personnellement informés par écrit de leurs résultats. Si, dans les dix jours suivant l'affichage, un candidat classé sur la liste principale ou sur la liste complémentaire n'a pas confirmé par écrit son souhait d'entrer en formation, il est présumé avoir renoncé à son admission ou à son classement sur la liste complémentaire et sa place est proposée au candidat inscrit en rang utile sur cette dernière liste.

Liste des documents à fournir

- Le dossier de candidature complété et signé
- 1 photos d'identité (avec nom et prénom derrière chaque photo)
- 1 CV et 1 lettre manuscrite de demande d'inscription, signée
- Photocopie recto/verso du permis de conduire
- Photocopie recto/verso de la carte d'identité. **Attention validité jusqu'à la fin de formation**
- Chèque de 82 EUR à l'ordre AFTRAL, frais de dossiers et d'inscription non remboursable en cas d'échec à la sélection ou de désistement.
- Photocopie AFGSU2 – Attestation de formation d'auxiliaire ambulancier (si déjà effectué)
- Pour les demandeurs d'emploi : Attestation d'inscription au Pôle Emploi
- **(Les documents suivants demandés ne concernent pas les candidats en exercice depuis au moins 1 mois comme auxiliaire ambulancier) :**
- 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 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 : <http://www.ars.auvergne-rhone-alpes.sante.fr/Liste-des-medecins-agrees.190150.0.html>
- Attestation 140H de stage d'orientation professionnelle (Annexe 1), à fournir au plus tard le jour de l'épreuve d'admission

Dispense :

Candidats dispensés du stage d'orientation professionnel en entreprise de transport sanitaire, d'une durée de 140h :

- Attestation de l'employeur – Annexe 2

Candidats dispensés des épreuves écrites d'admissibilités :

- Photocopie du titre ou diplôme homologué

Candidats dispensés de l'épreuve orale d'admission :

- Attestation de l'employeur justifiant – Annexe 2

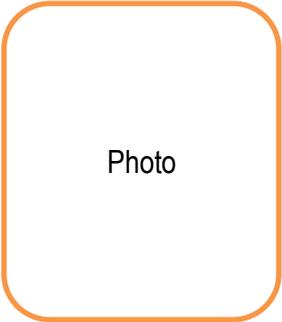
Candidats dispensés de certains modules de formation :

- Photocopie du diplôme d'Etat d'Auxiliaire médicale, d'auxiliaire de vie sociale, d'aide-soignant



Institut de Formation Ambulanciers Pringy

**CANDIDATURE - Formation DEA
Session du 9 janvier 2017 au 2 juin 2017**



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 (joindre une photocopie du diplôme / titre / attestation)

- 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 :
- Auxi. Amb. 70h date :
- Autre (AFPS, PSC, PSE, CFAPSE, BNMPs) :

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 :



Institut de Formation Ambulanciers Pringy

Attestation médicale d'immunisation et de vaccination obligatoires

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)

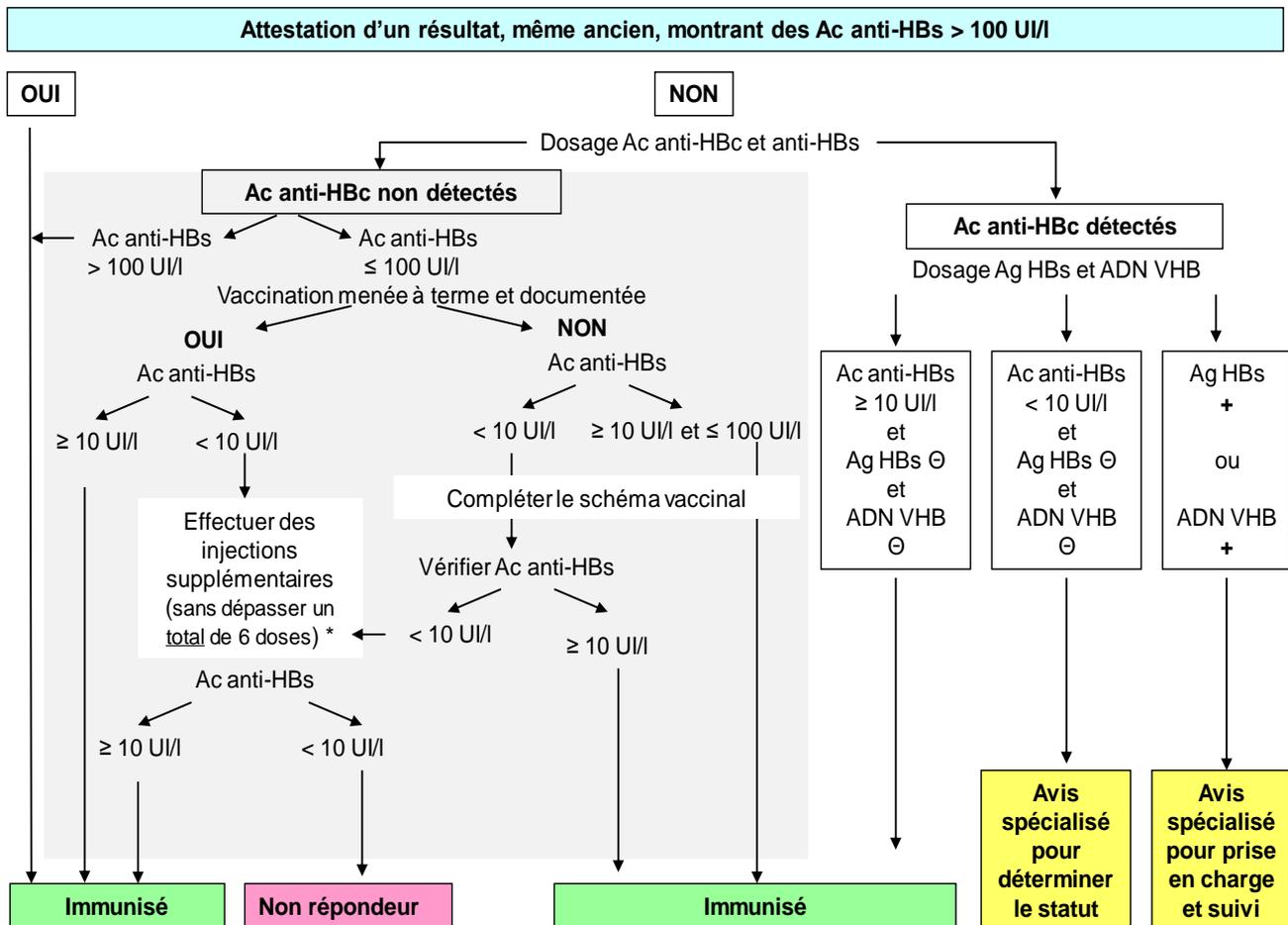
Dosage des anticorps Anti-HBs :UI/L Effectué le :

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). L'entrée en formation sera effective au plus tard le 1^{er} jour en stage/entreprise, après que le candidat apporte la preuve par un certificat médical de son immunité.

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>)



Institut de Formation Ambulanciers Pringy

Certificat médical de non contre-indication à la profession d'ambulancier

(Arrêté du 26/01/06, modifié 28/09/11)

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



Institut de Formation Ambulanciers Pringy

Annexe 1

ATTESTATION DE VALIDATION DU STAGE D'ORIENTATION PROFESSIONNELLE

Candidat

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____

Tel : _____ Portable : _____ 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					
BILAN					

STAGE VALIDE : OUI NON

Cachet de l'entreprise, signature du responsable :

Date



Institut de Formation Ambulanciers Pringy

Annexe 2

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

Candidat

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____

Tel : _____ Portable : _____ Email : _____

Période d'exercice professionnel : Du _____ au _____ quotité de travail :

Entreprise : _____

N° SIRET : _____

Adresse : _____

Nom Responsable de l'entreprise : _____

Appréciation de l'employeur

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

Cachet de l'entreprise, signature du responsable :

Date :