



DOSSIER DE PRE-INSCRIPTION

DIPLOME D'ETAT D'AMBULANCIER (DEA)

SESSION EN ALTERNANCE DU 11 JUIN 2018 AU 3 JUIN 2019

DATES IMPORTANTES: INSCRIPTIONS – SELECTIONS

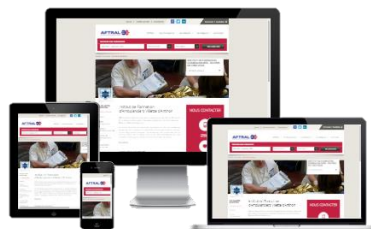
Réunions d'informations (9h30 -12h)	Une réunion par mois - nous contacter
Date limite de dépôt des dossiers	5 mars 2018
Epreuve écrite d'admissibilité (14h)	14 mars 2018
Epreuve orale d'admission	4 et 5 avril 2018
Communication des résultats (affichage /Internet)	11 avril 2018
Début de la formation DEA	11 juin 2018
Fin de la formation DEA	3 juin 2019

CONTACTS

LE DOSSIER COMPLET DOIT ETRE ENVOYE A :

AFTRAL
Institut de Formation d'Ambulanciers
A l'Attention de Gersende CARON
Rue des Saphirs
38280 Villette d'Anthon
gersende.caron@aftral.com
Tel : 04-72-02-58-24

**POUR PLUS DE RENSEIGNEMENTS SUR NOS
FORMATIONS, CLIQUEZ SUR LE LIEN CI-DESSOUS :**



<http://www.aftral.com/ecoles/ifa-villette-danthon>



LA FORMATION :

ACCES A LA FORMATION DEA

L'admission en formation conduisant au DEA est subordonnée à la réussite à des épreuves de sélection et au suivi d'un stage d'orientation professionnelle d'une durée de 140 heures dans une entreprise de transport sanitaire habilitée par le directeur de l'institut de formation ou dans un service hospitalier en charge du transport sanitaire. Les candidats doivent être titulaires d'un permis de conduire hors période probatoire.

DUREE DE LA FORMATION

630 heures, soit 18 semaines de 35 heures réparties comme suit :

- * Enseignement en institut de formation : 13 semaines, soit 455 h,
- * Enseignement en stage clinique et en stage en entreprise : 5 semaines, soit 175 h.

OBJECTIFS GENERAUX

Acquérir des compétences professionnelles pour l'obtention du Diplôme d'État d'Ambulancier (DEA).

VALIDATION

Diplôme d'État d'Ambulancier délivré par le Ministère de la santé.

PROGRAMME

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.
- * Module 2 - Apprécier l'état clinique d'un patient.
- * Module 3 - Respecter les règles d'hygiène et participer à la prévention de la transmission des infections.
- * Module 4 - Utiliser les techniques préventives de manutention et les règles de sécurité pour l'installation et la mobilisation (activités d'installation et de mobilisation ne faisant pas appel aux techniques de rééducation des patients).
- * Module 5 - Établir une communication adaptée au patient et à son entourage.
- * Module 6 - Assurer la sécurité du transport sanitaire.
- * Module 7 - Rechercher, traiter et transmettre les informations pour assurer la continuité des soins.
- * Module 8 - Organiser les activités professionnelles dans le respect des règles et des valeurs de la profession.

L'enseignement dispensé, notamment dans les domaines de la biologie humaine, des sciences humaines et sociales et de l'étude des pathologies est assuré par des médecins, des infirmiers, des ambulanciers en exercice, des responsables d'entreprise de transport sanitaire.



EPREUVES DE SELECTION :

EPREUVE ECRITES D'ADMISSIBILITE (NOTEE SUR 20 – DUREE 2H)

DETAILS	DISPENSES
<p>Aucune condition de diplôme n'est requise pour se présenter à cette épreuve. Cette épreuve écrite est anonyme, d'une durée de 2 heures, notée sur 20 points, évaluée par des enseignants permanents de l'IFA ou par des intervenants extérieurs assurant régulièrement des enseignements auprès d'élèves ambulanciers.</p> <p>Elle comporte :</p> <ul style="list-style-type: none">* Un sujet de français du niveau du brevet des collèges qui doit permettre au candidat, à partir d'un texte de culture générale, de dégager les idées principales du texte et de commenter les aspects essentiels du sujet traité sur la base de deux questions au maximum. Cette partie est notée sur 10 points et a pour objet d'évaluer les capacités de compréhension et d'expression écrite du candidat. Une note égale ou inférieure à 2,5 est éliminatoire.* Un sujet d'arithmétique portant sur les quatre opérations numériques de base et sur les conversions mathématiques. Cette partie a pour objet de tester les connaissances et les aptitudes numériques du candidat. Elle est notée sur 10 points. Une note égale ou inférieure à 2,5 est éliminatoire. <p>Sont déclarés admissibles, les candidats qui ont obtenu une note > ou égale à 10/20 (cumul des deux sujets).</p>	<ul style="list-style-type: none">* 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 (<u>Fournir photocopie du titre ou diplôme</u>).* 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 (<u>Fournir photocopie du titre ou diplôme</u>).* 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 (<u>Fournir une photocopie d'un titre ou diplôme étranger</u>).* Les candidats ayant été admis en formation d'auxiliaires médicaux (<u>Fournir une photocopie d'une attestation d'admission en formation d'auxiliaire médical</u>).



STAGE D'ORIENTATION PROFESSIONNEL OBLIGATOIRE

DETAILS	DISPENSE
<p>D'une durée de 140 heures, il doit être réalisé dans une entreprise de transport sanitaire ou un service hospitalier en charge du transport sanitaire. Ce stage peut être réalisé en continu ou en discontinu et au maximum sur deux sites différents. A l'issue du stage, le responsable du service ou de l'entreprise remet obligatoirement au candidat une attestation de suivi de stage. Cette attestation est remise aux examinateurs lors de l'épreuve orale.</p>	<ul style="list-style-type: none">* Les candidats <u>en exercice depuis au moins un mois</u> comme auxiliaire ambulancier. Ils devront néanmoins fournir l'attestation de l'employeur (Annexe 4)* Les candidats issus de la brigade des sapeurs-pompiers de Paris ou marins-pompiers de Marseille justifiant d'une expérience professionnelle de trois années.

EPREUVES ORALES D'ADMISSION (NOTEE SUR 20 – DUREE 20 MIN)

DETAILS	DISPENSES
<p>Pour se présenter à l'épreuve orale d'admission, les candidats doivent réaliser un <u>stage d'orientation professionnelle</u>, dans un service hospitalier en charge du transport sanitaire, ou dans une entreprise de transport sanitaire pendant une durée de 140h. (Annexe 3).</p> <p>Cette épreuve, notée sur 20 points, est évaluée par un ou plusieurs groupes du jury d'admission composés chacun de trois personnes :</p> <ul style="list-style-type: none">* Un directeur d'un institut de formation ou son représentant,* Un enseignant régulier dans un institut de formation d'ambulanciers,* Un chef d'entreprise de transport sanitaire titulaire du diplôme d'ambulancier. <p>D'une durée de 20 minutes maximum, elle est notée sur 20. Elle a pour objet à 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.</p>	<p>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.</p> <p><u>Fournir une attestation de l'employeur justifiant (Annexe 4), ou les 12 bulletins de salaire à temps plein ou en continu.</u></p>

Les résultats des épreuves de sélection ne sont valables que pour la rentrée au titre de laquelle elles ont été organisées.



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.

DISPENSE DE MODULES

DIPLOME	DISPENSES	MODULES A SUIVRE OBLIGATOIREMENT
Diplôme d'Etat d'aide-soignant	Unités de formation 2, 4, 5 et 7	1, 3, 6 et 8 + les stages correspondants à ces derniers
Diplôme d'Etat d'auxiliaire de puériculture Diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie familiale Diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale	Unités de formation 4, 5 et 7	1, 2, 3, 6 et 8 + les stages correspondants à ces derniers

Pour toute dispense de module joindre à l'Institut de Formation d'Ambulanciers, une copie d'un diplôme d'Etat ci-dessus.



LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR :

Cocher les cases correspondantes :

	DOCUMENTS	DISPENSES
<input type="checkbox"/>	2 photos d'identité (avec nom et prénom)	
<input type="checkbox"/>	Un CV	
<input type="checkbox"/>	Une lettre manuscrite motivant votre demande d'inscription à la formation	
<input type="checkbox"/>	Photocopie des diplômes scolaires obtenus	
<input type="checkbox"/>	Photocopie recto verso du permis de conduire (permis hors période probatoire : 3 ans de permis ; 2 ans si conduite accompagnée)	
<input type="checkbox"/>	Photocopie recto verso de la carte nationale d'identité, passeport ou titre de séjour. (<i>Attention validité jusqu'à la fin de formation</i>)	
<input type="checkbox"/>	Règlement : Chèque de 95 euros à l'ordre d'AFTRAL frais d'inscription non remboursable en cas de désistement ou d'échec aux épreuves de sélection.	
<input type="checkbox"/>	Photocopie de l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence AFGSU 2. (Si déjà effectuée)	
<input type="checkbox"/>	Pour les demandeurs d'emploi : Attestation d'inscription au Pôle Emploi.	
<input type="checkbox"/>	<u>Attestation préfectorale d'aptitude à la conduite des ambulances</u> après examen médical par un médecin agréé par la 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	Candidat en exercice depuis au moins 1 mois comme auxiliaire ambulancier
<input type="checkbox"/>	<u>Certificat médical de non contre-indication à la profession d'ambulancier</u> (Annexe 2) 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	Candidat en exercice depuis au moins 1 mois comme auxiliaire ambulancier
<input type="checkbox"/>	Attestation 140H de stage d'orientation professionnelle (Annexe 3), à <u>fournir au plus tard le jour de l'épreuve d'admission</u>	Candidat en exercice depuis au moins 1 mois comme auxiliaire ambulancier. <u>Fournir une attestation de l'employeur (Annexe 2)</u>



AFTRAL Institut de Formation
d'Ambulanciers
Rue des Saphirs, 38280 Villette d'Anthon
Tel : 04.72.02.58.24



<input type="checkbox"/>	Attestation médicale d'immunisation et de vaccination obligatoires (Annexe 1)	
<input type="checkbox"/>	Déclaration d'autorisation et de refus de publication (Annexe 5)	
	Lister les pièce manquantes (à fournir au plus tard à la date de l'épreuve orale d'admission) :	



Formation DEA :

Candidature : Session en alternance du 11 juin 2018 au 3 juin 2019

NOM.....

NOM DE NAISSANCE :

PRENOM :

SEXE ⁽¹⁾ : F M

NATIONALITE :

ADRESSE :

.....

CODE POSTAL : COMMUNE :

DATE DE NAISSANCE : COMMUNE DE NAISSANCE :

DEPARTEMENT DE NAISSANCE..... PAYS :

TELEPHONE DOMICILE :PORTABLE :

EMAIL (EN MAJUSCULE) :@.....

SITUATION FAMILIALE :NOMBRE D'ENFANT(S) :

PROFESSION DU CONJOINT :

DATE D'OBTENTION DU PERMIS DE CONDUIRE B : CONDUITE ACCOMPAGNEE : OUI - NON

DATE DE VISITE MEDICALE, VALIDATION AMBULANCE (TARS) :



¹ Cocher la case correspondante



DIPLOME(S)

COCHER LA OU LES CASE(S) CORRESPONDANTE(S)

	DIPLOMES	DATE D'OBTENTION (A RENSEIGNER)
<input type="checkbox"/>	Niveau 6 : sans diplôme	
<input type="checkbox"/>	Niveau 5 : BEP/CAP	□□/□□/□□□□
<input type="checkbox"/>	Niveau 5 : BEP/CAP Sanitaire et Social	□□/□□/□□□□
<input type="checkbox"/>	Niveau 4 : BAC, BTN, BP	□□/□□/□□□□
<input type="checkbox"/>	Niveau 3 : BAC + 2 ans	□□/□□/□□□□
<input type="checkbox"/>	Niveau 2 : BAC + 3 ou 4ans	□□/□□/□□□□
<input type="checkbox"/>	Niveau 1 : BAC + 5 ans	□□/□□/□□□□
<input type="checkbox"/>	AFGSU 1	□□/□□/□□□□
<input type="checkbox"/>	AFGSU 2	□□/□□/□□□□
<input type="checkbox"/>	Attestation de formation d'auxiliaire ambulancier	□□/□□/□□□□
<input type="checkbox"/>	Autres (AFPS,PSC, PSE, CFAPSE, BNMP) □□/□□/□□□□ □□/□□/□□□□ □□/□□/□□□□

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



EXPERIENCES PROFESSIONNELLES

ENTREPRISE	QUALIFICATION	PERIODE D'EMPLOI
1.	Duau
2.	Duau
3.	Duau
4.	Duau
5.	Duau
6.	Duau
7.	Duau
8.	Duau

SITUATION PROFESSIONNELLE ACTUELLE

SALARIE(E)	DEMANDEUR D'EMPLOI
Emploi occupé : Employeur : Date d'embauche : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>	Depuis le : <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Adresse du Pôle Emploi d'appartenance : Numéro d'identification:

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

Fait àSignature du candidat :



ANNEXE 1 : ATTESTATION MEDICALE D'IMMUNISATION ET DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES

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 EFFECTUE)		
Nom du vaccin	Date	N°lot

* Qu'il (elle) a subi les vaccinations **contre l'hépatite B** :

	VACCINATIONS		RAPPELS	
	Date	N°lot	Date	N°lot
1 ^{ère} injection				
2 ^{ème} injection				
3 ^{ème} 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)

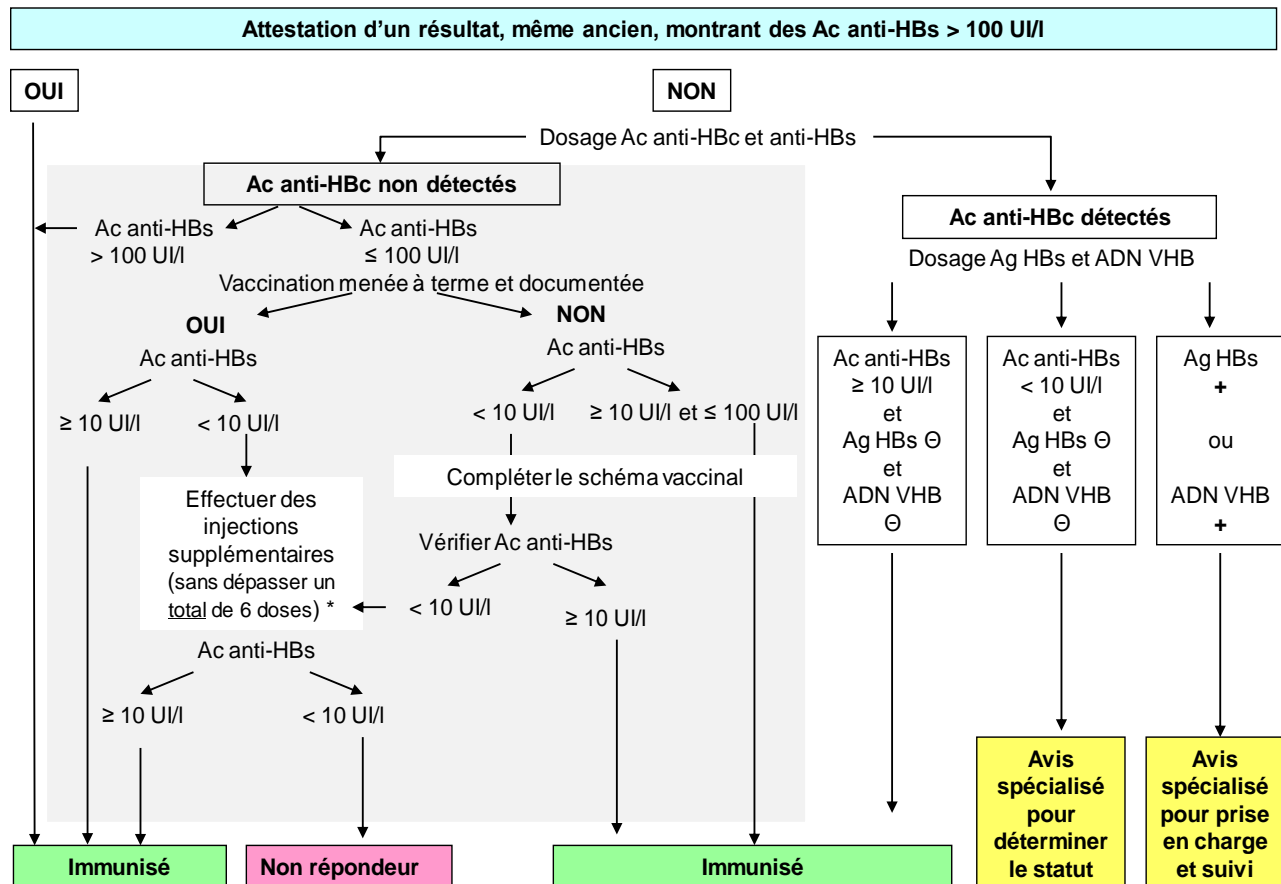
Dosage des anticorps Anti-HBs :UI/L Effectué le :

Date :

Signature et cachet du médecin :

ALGORITHME POUR LE CONTROLE DE L'IMMUNISATION CONTRE L'HEPATITE B

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>)



AFTRAL Institut de Formation
d'Ambulanciers
Rue des Saphirs, 38280 Villette d'Anthon
Tel : 04.72.02.58.24



ANNEXE 2 : CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PROFESSION D'AMBULANCIER

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

Ce certificat doit être daté de moins de 3 mois à la réception du dossier.

Je soussigné(e) DocteurMédecin 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 :



ANNEXE 3 : ATTESTATION DE VALIDATION DU STAGE D'ORIENTATION PROFESSIONNELLE

Candidat :

Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Tel :

Portable : Courriel : @

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 :



ANNEXE 4 : 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

Entreprise de transport sanitaire : N° SIRET :

Adresse :

Code Postal : Tel :

Nom du responsable de l'entreprise:

Courriel : @

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 :



FINANCEMENT DE LA FORMATION

Extrait du site internet de Pôle Emploi :

<http://www.pole-emploi.fr/candidat/financez-votre-formation-@/article.jspz?id=60736>

Selon la formation visée et votre situation personnelle, votre contribution au financement de votre formation sera différente. Il est donc important pour vous de faire le point sur ce que vous percevrez pendant la formation et sur les coûts qui resteront à votre charge. A savoir : si vous suivez une formation dans le cadre d'un contrat de travail en alternance (contrat d'apprentissage ou contrat de professionnalisation), vous avez un statut de salarié et le coût de la formation est pris en charge par votre employeur. Pour plus d'information, rendez-vous sur le portail de l'alternance : www.contrats-alternance.gouv.fr

CONSEILS AU PREALABLE

N'oubliez pas : consultez votre conseiller Pôle emploi avant d'entamer toutes démarches et pour valider votre dossier de formation. Le conseiller vérifiera avec vous votre situation par rapport à votre rémunération durant le stage et les possibilités de prise en charge ainsi que les conditions administratives liées à la formation.

DEMANDEURS D'EMPLOI

Les frais de formation :

En fonction de sa situation personnelle, le candidat doit prendre un RDV dès à présent avec un conseiller pour obtenir cette prescription de formation.

Dans le cadre du [conseil en évolution professionnelle](#), votre conseiller vous aidera à identifier et mobiliser les financements disponibles pour votre projet.

Vous pouvez aussi sous conditions mobiliser votre compte personnel de formation. Pour en savoir plus, consultez le site officiel <https://www.moncompteactivite.gouv.fr/cpa-public/>

La rémunération pendant la formation :

Cas n°1 : vous êtes indemnisé au titre de l'allocation d'Aide au Retour à l'Emploi (ARE) par Pôle emploi ou par votre ex-employeur du secteur public. Si l'action de formation que vous souhaitez suivre est validée par un conseiller Pôle emploi et est en cohérence avec [votre Projet Personnalisé d'Accès à l'Emploi](#), vous pouvez percevoir l'allocation d'Aide au Retour à l'Emploi Formation (AREF) dans la limite de vos droits à indemnisation.

Si la formation se poursuit au-delà de la durée de vos droits à l'allocation d'aide au retour à l'emploi, vous pourrez terminer votre formation avec un statut de stagiaire de la formation professionnelle non rémunérée, ou éventuellement, si vous répondez aux critères d'ouverture de droits, percevoir la rémunération de fin de formation (RFF) ou à défaut l'allocation spécifique de solidarité.

Pour plus d'informations, renseignez-vous auprès de votre conseiller Pôle emploi.

Cas n°2: vous n'êtes pas indemnisé au titre de l'allocation d'Aide au Retour à l'Emploi (ARE).

Vous pouvez percevoir :

-la rémunération de formation Pôle emploi (RFPE) si l'action de formation est conventionnée par Pôle emploi (renseignez-vous auprès de votre conseiller) et si elle s'inscrit dans votre projet personnalisé d'accès à l'emploi. Si vous êtes en ASS (allocation spécifique solidarité) à la veille de votre entrée en formation : le versement de l'ASS étant subsidiaire au versement de toute autre indemnisation ou rémunération de formation, il ne sera donc pas cumulable avec le versement de la RFPE que vous percevrez pendant la formation. L'ASS sera donc suspendu pendant cette



AFTRAL Institut de Formation
d'Ambulanciers
Rue des Saphirs, 38280 Villette d'Anthon
Tel : 04.72.02.58.24



période de perception de la RFPE. Le conseiller Pôle emploi analysera votre dossier afin de vérifier si vous répondez aux conditions d'attribution.

- la rémunération publique de stage si celui-ci est agréé par l'Etat ou le Conseil régional. C'est l'organisme de formation qui est chargé de constituer votre dossier de rémunération.

Chaque Conseil Régional peut mettre en place des dispositions particulières en matière de rémunération et/ou d'aides financières.

[Consultez les barèmes des rémunérations sur le site de l'ASP](#)

[Consultez l'annuaire des Conseils Régionaux](#)

SALARIE EN CONTRAT A DUREE INDETERMINEE (CDI)

Vous avez travaillé au moins 24 mois consécutifs ou non en tant que salarié dont 12 mois dans l'entreprise à laquelle vous appartenez (36 mois dans les entreprises artisanales de moins de 10 salariés). Informez-vous sur les conditions pour bénéficier d'un Congé Individuel de Formation (CIF) si la formation que vous voulez suivre n'est pas prévue dans le plan de formation de votre entreprise. Les organismes gestionnaires du CIF (Fongécif* ou OPACIF*) vous informent et vous conseillent sur le congé individuel de formation et le bilan de compétences.

Vous pouvez aussi sous conditions mobiliser votre compte personnel de formation. Pour en savoir plus, consultez le site officiel <https://www.moncompteactivite.gouv.fr/cpa-public/>

*Fongécif : Fonds de gestion du congé individuel de formation

*OPACIF : Organisme paritaire agréé au titre du CIF

[Consultez le site du Fongécif de votre région](#)

SALARIE EN CONTRAT A DUREE DETERMINEE (CDD)

Vous avez travaillé 24 mois, consécutifs ou non, en qualité de salarié au cours des 5 dernières années, dont 4 mois consécutifs ou non, sous contrat à durée déterminée, au cours des 12 derniers mois. L'action de formation que vous souhaitez suivre doit débiter dans les 12 mois après la fin de votre contrat à durée déterminée.

Informez-vous sur les possibilités pour :

- * être pris en charge dans le cadre d'un CIF-CDD : votre ex-employeur vous indiquera l'adresse de l'organisme à contacter.
- * bénéficier d'un Congé Individuel de Formation (CIF) si la formation que vous voulez suivre n'est pas prévue dans le plan de formation de votre entreprise.

Vous pouvez aussi sous conditions mobiliser votre compte personnel de formation. Pour en savoir plus, consultez le site officiel <https://www.moncompteactivite.gouv.fr/cpa-public/>

[Consultez le site du Fongécif de votre région](#)

SALARIE EN ITERIM

Renseignez-vous auprès du Fonds d'Assurance Formation du Travail Temporaire (FAF.TT). Il permet aux entreprises de travail temporaire et à leurs salariés d'accroître leur performance et donc leur adéquation avec les besoins du marché via des dispositifs de formation.

[Consultez le site du FAF.TT](#)



ANNEXE 5 : DECLARATION D'AUTORISATION OU DE REFUS DE PUBLICATION

Je soussigné(e) : Madame Monsieur

Nom de naissance.....

Nom marital.....

Prénom usuel.....

Autorise l'Institut de Formation d'Ambulanciers AFTRAL à publier mon nom sur son site Internet lors de la publication des résultats aux concours d'admissibilité et d'admission du Diplôme d'Etat.

N'autorise pas l'Institut de Formation d'Ambulanciers AFTRAL à publier mon nom sur son site Internet lors de la publication des résultats aux concours d'admissibilité et d'admission du Diplôme d'Etat.

Signature: