FICHE D'INSCRIPTION A UNE FORMATION D'AUXILIAIRE AMBULANCIER

Inscription à une session de formation en 2027 : *(Cocher la date choisie)*

☐ **du 1er au 17 mars 2027** ☐ **du 27 septembre au 13 octobre 2027**

Renseignements administratifs

Nom de naissance : ..... Nom d'usage (nom de mariage) : .....

Prénom : ..... Autres prénoms : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : ..... Département : .....

Numéro Sécurité sociale : .....

Email : .....

Portable : ..... Téléphone fixe : .....

Adresse : .....

.....

Nom de l'employeur actuel (le cas échéant) : .....

.

Prise en charge financière de la formation

Les coûts de formation s'élèvent à : **100 €** de frais d'inscription et **1360 €** de coût pédagogique de formation (tarifs 2026 en attente des tarifs 2027).

- Le règlement des frais d'inscription vous sera demandé ultérieurement (chèque de 100 euros à l'ordre du Trésor Public), lorsque votre inscription à la session de formation sera confirmée (demandé dans la convocation).
- Concernant le coût pédagogique de la formation, quelle prise en charge financière avez-vous envisagée ?
  - ☐ Financement par vous-même
  - ☐ Financement par votre employeur (fournir justificatif de la prise en charge) :
    - Nom de l'employeur financeur : .....
    - Adresse : .....
  - ☐ Financement par France Travail (joindre un avis de situation) :

Cette formation ne peut pas être financée avec votre CPF

Date : **Signature :**

➔

LISTE DES PIÈCES CONSTITUTIVES DU DOSSIER D'INSCRIPTION

☐ La fiche d'inscription dûment complétée

☐ La photocopie recto/verso du permis de conduire

☐ Une photo d'identité

☐ Un avis de situation France Travail si vous y êtes inscrit(e)

☐ La photocopie de votre attestation préfectorale (à obtenir auprès d'un médecin agréé par votre Préfecture – Cerfa N°14880*02))

☐ Un certificat médical de non contre-indication à la pratique du métier (à obtenir auprès d'un médecin agréé par l'ARS – sur papier à entête de médecin)

☐ Un certificat médical de vaccination conforme au modèle ci-joint (à faire compléter par votre médecin généraliste) + une copie de la sérologie de l'hépatite B (à réaliser minimum 1 mois après la 3ème injection).

☐ Promesse de contrat de travail dans une société de transports sanitaires (non obligatoire)

ATTENTION :

- Nous n'acceptons pas l'envoi des dossiers par mail
- Seuls les dossiers complets se verront proposer une place en formation
- Priorité est donnée aux personnes bénéficiant d'une promesse de contrat de travail dans une société de transports sanitaires (si dossier complet adressé à l'IFA au moins 6 semaines avant la date de formation)

Réalisation : département communication ARS Nouvelle-Aquitaine
Mise à jour Omedit NAGG Mission Vaccination (2024)

- Inscription des étudiants en santé -
Fiche médicale à valider par un médecin

Filière : INTERNE
- ☐ Médecine
- ☐ Odontologie
- ☐ Pharmacie
- ☐ Sage-femme
- ☐ IFSI
- ☐ IFAS
- ☐ Kinésithérapie

Autre : .....

Année d'admission : .....

NOM : .....
Prénom : .....
Tél. : .....
Département de naissance : .....
Commune de naissance ou pays si né(e) à l'étranger : .....

NOM de naissance : .....
Date de naissance : ...../...../.....
Email : .....
Code postal lieu de résidence : .....

Avant votre entrée en formation, vous devez apporter la preuve que vous êtes vacciné(e) contre différentes maladies. **Si vous n'êtes pas à jour des vaccinations obligatoires, vous ne serez pas autorisé(e) à aller en stage. Les tableaux suivants devront être complétés par votre médecin sauf si le carnet de vaccination numérique a été créé sur www.mesvaccins.net et validé par un professionnel de santé. Cette fiche devra être communiquée, avec les résultats** sérologiques réalisés (au minimum anticorps anti-HBs et anticorps anti-HBc), en même temps que votre dossier d'inscription** (article L3111.4 du Code de la Santé Publique).

Un carnet de vaccination numérique est créé et validé par un professionnel de santé : oui : ☐ non : ☐

Diphtérie-Tétanos-Polio (dTP)* / Diphtérie-Tétanos-Polio-Coqueluche (dTPca)

Si un vaccin coquelucheux n'a pas été administré dans les 5 dernières années, faire 1 dose de vaccin dTcaP (au moins 1 mois après le dernier dTP). Ensuite, les rappels seront administrés aux âges fixes de 25, 45 et 65 ans avec systématiquement la valence coquelucheuse.

Dernier rappel dTP : Date : .. / .. / ..... Nom : ..... **Dernier rappel dTcaP :** Date : .. / .. / ..... Nom : .....

Hépatite B*

Joindre les résultats sérologiques quelle que soit la date**

Rappel des conditions d'immunisation :
1) **Ac anti-HBs** > 100 UI/l (quels que soient l'historique vaccinal et l'ancienneté des résultats) ;
2) **Ac anti-HBs** ≥ 10 UI/l et **Ac anti-HBc** négatif (si schéma vaccinal complet) ;
3) **Ac anti-HBs** ≤ 10 UI/l : compléter le schéma vaccinal.

Les différents schémas complets :
- soit pour les adultes (3 doses) :
  - 2 doses à 1 mois d'intervalle, la 3ème au moins 5 mois après la 2ème dose ;
  - soit accéléré (à titre exceptionnel) : 3 doses en 21 jours, rappel à 1 an.

=> Date : .. / .. / .... Nom : .....
=> Date : .. / .. / .... Nom : .....
=> Date : .. / .. / .... Nom : .....

- soit à l'adolescence de 11 à 15 ans (3 doses) :
  - 2 premières doses espacées de 1 mois, puis la 3ème au moins 5 mois après la 2ème dose (schéma préférentiel) ;
  - ou 2 doses espacées de 6 mois avec ENGERIX® B20.

Covid-19

Antécédent de COVID : non ; oui (si oui, date : .... / .... / .....) Dernière injection : non ; oui (si oui, date : .... / .... / .....) vaccin utilisé : .....

Rougeole-Oreillons-Rubéole (ROR)

Personnes nées avant 1980 :
- Antécédent de rougeole => Date: .... / .... /.....
- Pas d'antécédent de rougeole ou doute => 1 dose recommandée sans contrôle sérologique préalable.

Personnes nées depuis 1980 : vaccination 2 doses recommandées, à 1 mois d'intervalle quels que soient les ATCD.

Schéma vaccinal :
- Première dose : Date : .. / .. / ..... Nom : .....
- Deuxième dose : Date : .. / .. / ..... Nom : .....

Varicelle

+ Antécédent de maladie
+ Pas d'antécédent ou doute

Si pas d'antécédent ou doute => Sérologie à faire

*Joindre le résultat***
Si sérologie négative => Vaccination recommandée
- Première dose : Date : .. / .. / ..... Nom : .....
- Deuxième dose : Date : .. / .. / ..... Nom : .....

Méningocoque C

Vaccination recommandée jusqu'à l'âge de 24 ans inclus : Date : .. / .. / ..... Nom : .....

Tuberculose (vaccination non obligatoire depuis le 1er avril 2019)

Date de lecture de l'IDR : .....
Résultats (mm) : .....

Si vous disposer d'une IDR (Intra Dermo Réaction) de référence, merci de l'indiquer ici :.....

Est-il nécessaire de disposer d'un résultat d'IDR pour l'entrée en stage ? Non, ce test n'est pas obligatoire.
Toutefois, le médecin doit proposer à l'étudiant de réaliser cette IDR (ou une IGRA, préférentielle chez les sujets vaccinés par le BCG) car le résultat servira de référence en cas de contage ultérieur et de détection d'ITL, particulièrement chez les étudiants originaires de zones d'endémie ou de forte circulation.

Cette vaccination n'est plus exigée lors de la formation ou l'embauche. Il appartient aux médecins du travail d'évaluer le risque et de proposer, le cas échéant une vaccination BCG.
À noter, la réalisation d'IDR est à éviter dans le mois suivant une vaccination ROR.

Je, soussigné(e) Dr _____ certifie que les renseignements inscrits ci-dessus sont exacts.

Fait le :

Signature et cachet du praticien :

** Obligatoire*

*** Nous vous rappelons que tous les éléments demandés doivent être joints sous pli confidentiel.*