



INSTITUT DE FORMATION DES AMBULANCIERS du CHU AMIENS-PICARDIE

Dossier d'inscription pour la formation :

AUXILIAIRE AMBULANCIER

Session de Formation Mars 2026

(A.A du 02 Mars au 13 Mars / AFGSU les 16, 17 et 18 Mars 2026)

Arrêté du 11 avril 2022 relatif à la formation conduisant au Diplôme d'Etat d'Ambulancier et aux conditions de formation de l'Auxiliaire Ambulancier.

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE / REPUBLIQUE FRANCAISE

SOMMAIRE

| | | |
|----|--------------------------------------|---|
| 1. | LES MODALITES D'INSCRIPTION | 3 |
| 2. | LA FICHE D'INSCRIPTION | 4 |
| 3. | LE FINANCEMENT DE LA FORMATION | 8 |

1. LES MODALITES DE L'INSCRIPTION

La formation d'Auxiliaire Ambulancier est accessible sans condition de diplôme.

CONSTITUTION DU DOSSIER

Toutes les pièces du dossier devront être fournies et classées dans l'ordre énoncé ci-dessous.



Les documents joints ne peuvent pas être des photocopies issues de photos (format non compatible).

Le dossier comporte les pièces suivantes :

- ↪ Une fiche d'inscription selon modèle (**Annexe I**) format A4 renseignée et signée.
- ↪ Une photocopie **recto verso** d'une pièce d'identité **en cours de validité** (CNI ou Passeport).
- ↪ Une photocopie du permis de conduire hors période probatoire (> 3 ans de permis ou 2 ans de permis si conduite accompagnée. Dans ce cas fournir une attestation d'Auto-école).
- ↪ Une attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulance (**Demande à réaliser sur le site internet de la Préfecture** après examen médical effectué dans les conditions définies à l'article R.221-10 du code de la route). <https://www.demarches-simplifiees.fr/commencer/prefecture-de-la-somme-demande-d-attestation-prefe>
- ↪ Un certificat médical (**Annexe II**) de non contre-indication à la profession d'ambulancier délivré par un **médecin agréé ARS** (liste disponible sur le site internet de l'ARS).
- ↪ Un certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France (**Annexe III**) avec dosage des AC Anti HBS.
- ↪ Une photo d'identité (à coller sur l'emplacement indiqué sur la fiche d'inscription).
- ↪ Les candidats en situation de handicap peuvent demander, lors du dépôt de leur dossier, un aménagement des conditions de la formation. (Coordonnées du référent Handicap sur demande au secrétariat ou sur la page de l'IFA du site Internet du CHU Amiens-Picardie).
- ↪ **La fiche de renseignements pour la prise en charge financière (Annexe IV : Fiche de financement accompagnée des justificatifs à transmettre pour votre inscription). Le tarif de la formation est fixé à 1250 euros (AFGSU II comprise). Pas de frais de dossier.**

CALENDRIER

Nombre de places limité à 12 candidats. (Inscription par ordre d'arrivée et d'enregistrement des dossiers)

Période d'inscription : du 08 Décembre 2025 au 13 Février 2026 inclus.

Clôture des inscriptions : le 13 Février 2026

La période de formation de 70 heures est comprise du 02 Mars au 13 Mars 2026 inclus

Formation GSU Niveau II de 21 heures les 16, 17 et 18 Mars 2026

ANNEXE I



FICHE D'INSCRIPTION AUXILIAIRE AMBULANCIER : SESSION DE FORMATION MARS 2026 POUR L'ADMISSION EN FORMATION À L'INSTITUT DE FORMATION D'AMBULANCIERS CHU AMIENS-PICARDIE

NOM DE NAISSANCE : _____

NOM MARITAL : _____

PRENOMS : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Age : ____ Lieu de naissance : _____

Nationalité : _____

Adresse : N° _____ : Rue : _____

Code postal : _____ Ville : _____

E-mail : _____ @ _____

Adresse mail au format nom et au prénom du candidat : ex : *nom.prenom@_____*.fr

Téléphones : Fixe _____ Portable _____

Votre N° de Sécurité Sociale : _____ (obligatoire)

Nom de la personne à contacter en cas d'accident : _____

Lien de parenté : _____ Téléphone : _____

➤ Fiche de renseignement pour la prise en charge financière (à joindre obligatoirement)

Veillez cocher la ou les case(s) correspondant à votre situation :

1. ☐ Diplôme ou Formation professionnelle : _____

2. ☐ Pendant combien de temps ? _____

3. ☐ Activité actuelle, précisez : _____

Coller ici votre photo
d'identité récente

CADRE RESERVE À
L'ADMINISTRATION

Dossier N°

Date de réception du
dossier
& cachet de l'IFA :

Le candidat soussigné certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements communiqués.

Fait le : _____ Signature du candidat :

Information CNIL : Les informations mentionnées dans ce document feront l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à l'article 27 de la loi N°78.17 du 05 Janvier 1978, chaque candidat bénéficie du droit d'accès au fichier informatique établi pour informations le concernant.

ANNEXE II

Institut de Formation d'Ambulanciers
CHU Site Sud - 80054 Amiens Cedex 1
Téléphone : 03.22.45.59.94 / Télécopie : 03.22.45.53.63
IFA.Secretariat@chu-amiens.fr

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE à la formation et à l'exercice de la profession d'AUXILIAIRE AMBULANCIER

Je soussigné(e), Docteurexerçant à (Ville /Dpt).

Médecin agréé par l'ARS du département :certifie avoir examiné ce jour :

M – Mme – Melle

Et atteste qu'il (qu'elle) ne présente **aucune contre-indication à la profession d'ambulancier(e)**,
(absence de problèmes locomoteurs, psychiques, d'un handicap incompatible avec la profession :
handicap visuel, auditif, amputation d'un membre, infection tuberculeuse...)

Certificat établi à la demande de l'intéressé(e) pour servir et faire valoir ce que de droit.

Lieu, date et signature du médecin agréé ARS

Cachet du médecin agréé ARS

ANNEXE III

Centre Hospitalier Universitaire d'Amiens

Attestation Médicale de Vaccination et d'Immunisation pour l'inscription des étudiants en santé

Formation :

Nom :

Nom de naissance :

Prénom : **Date de naissance** :

Adresse mail :

Tél :

VACCINATIONS OBLIGATOIRES

| | | |
|--|--|--|
| IDR (valeur de référence quelle que soit la date) | Date : .. / .. / | Si négatif, pas de revaccination |
| | Taille de l'induration en mm : | |
| dTP ou dTcP | Rappel dTcP si un vaccin antioquelucheux n'a pas été fait depuis 5 ans (respecter un délai de 1 mois après le dernier dTP) et lors des rappels à âge fixe (25, 45, 65 ans) | |
| | Dernier rappel dTP : date : .. / .. / Vaccin : | Dernier rappel dTcP : date : .. / .. / Vaccin : |
| Hépatite B | Rappel des conditions d'immunisation | |
| | 1) Ac anti-HBS >100 (quelque soit l'histoire vaccinale et ancienneté des résultats) | |
| | 2) Ac anti-HBS >10 et Ac anti-HBC négatif (si schéma complet) | |
| | (joindre les résultats de dosage Ac Anti-HBS) | |
| | Schéma complet : | |
| | - Classique (3 doses) : 2 doses à 1 mois d'intervalle, la 3 ^e au moins 5 mois après la 2 ^e dose, | |
| | - Adolescent (11 à 15 ans) : 2 doses espacées de 6 mois avec vaccin (Engérix B20 ou Genhévac B) | |
| | - Accéléré (à titre exceptionnel) : 3 doses en 21 jours, rappel à 1 an (Engérix B20 ou Genhévac B) | |
| | 1 ^{er} dose : Date : .. / .. / Vaccin : | |
| | 2 ^e dose : Date : .. / .. / Vaccin : | |
| | 3 ^e dose : Date : .. / .. / Vaccin : | |
| | Injections supplémentaires : Date : .. / .. / Vaccin : | |
| | Date : .. / .. / Vaccin : | |
| | Date : .. / .. / Vaccin : | |

VACCINATIONS RECOMMANDEES

| | | |
|--|--|---|
| BCG | Date vaccination : .. / .. / ou cicatrice vaccinale : <input type="checkbox"/> | |
| COVID 19 | 1 ^{er} dose : Date : .. / .. / Vaccin : 2 ^e dose : Date : .. / .. / Vaccin : 3 ^e dose : Date Rappel ou infection : .. / .. / Si Vaccin : | |
| ROR (Rougeole Oreillons Rubéole) | 1 ^{er} dose : Date : .. / .. / Vaccin : 2 ^e dose : Date : .. / .. / Vaccin : | Varicelle ● Antécédent maladie : date : .. / .. / ● Si pas d'antécédent maladie ou doute → Sérologie IgG VZV* (joindre les résultats) ● Si sérologie négative → vaccination recommandée 1 ^{er} dose : Date : .. / .. / Vaccin : 2 ^e dose : Date : .. / .. / Vaccin : |
| Méningocoque C | 1 seule injection recommandée jusqu'à 24 ans → Date : .. / .. / Vaccin : | |

Je soussigné Dr Certifie que les renseignements inscrits ci-dessous sont exacts.

Fait le : ... / ... /

Signature et cachet du praticien

ANNEXE IV

PRISE EN CHARGE FINANCIERE DE LA FORMATION

(Merci de cocher et de compléter en fonction de votre situation)

☐ **Employeur :**

Nom et adresse de l'établissement : _____

Nom du représentant ou responsable de l'établissement _____

Vous êtes en : ☐ CDI ☐ CDD

Nom de l'organisme de prise en charge (OPCO) : _____

(Joindre impérativement la copie de votre attestation de prise en charge)

☐ **Demandeur d'emploi :** (Joindre les justificatifs correspondant à votre situation et accord France Travail)

Merci d'indiquer votre numéro de demandeur d'emploi : _____

***En cas de fausse déclaration de l'apprenant qui remettrait en cause le financement de sa formation, celui-ci s'engage à financer personnellement sa formation ou bien à l'interrompre.**

☐ **Financement personnel :** (de la totalité du coût de la formation. Joindre un courrier manuscrit attestant sur l'honneur votre accord pour financement).



Pas de possibilité de financement par CPF

Je soussigné(e) : (Nom de famille/Nom d'usage/prénom) _____

Certifie avoir eu connaissance des différentes possibilités de financement de la formation. Je déclare l'exactitude des renseignements portés à ce document. Je m'engage à honorer le financement de formation choisi en fonction de ma situation et je vous transmets en pièces jointes à ce document tous les justificatifs demandés.

Le : __/__/__

Signature :