

DOSSIER D'INSCRIPTION À LA FORMATION

« Auxiliaire ambulancier »

Conforme à l'Arrêté du 11 avril 2022 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'ambulancier et aux conditions de formation de l'auxiliaire ambulancier

**Dossier à remplir en ligne et à renvoyer uniquement par mail
accompagné de l'ensemble des documents demandés à :**

formation.continue@donboscolyon.org

Nom : _____

Prénom : _____

Session : du _____ au _____

TOUT DOSSIER INCOMPLET OU RENVOYÉ HORS DELAI NE SERA PAS TRAITÉ

Information importante :

La formation à l'auxiliaire ambulancier se déroule en intégralité au 111 boulevard de l'Europe, 69310 Pierre-Bénite.

DOCUMENTS A JOINDRE AU DOSSIER D'INSCRIPTION

1	Curriculum vitae	Document à jour
2	Carte nationale d'identité ou Passeport ou Titre de séjour	Document en cours de validité ; A défaut, l'attestation de demande de renouvellement ; Copie recto/verso lisible .
3	Permis de conduire	Document en cours de validité ; Attention à ne pas être détenteur d'un permis probatoire ; Copie recto/verso lisible .
4	Attestation de droits à la Sécurité Sociale	Document à jour ; Attention : ne pas fournir une copie de la Carte Vitale.
5	Attestation d'assurance responsabilité civile	Document à jour et couvrant la durée de la formation .
6	Virement de 25€ pour les frais d'inscription RIB en annexe 1	Virement à libeller avec Nom et Prénom ; Envoi du justificatif de virement à l'IFA en précisant « AUX AMBU » ; Une fois votre inscription enregistrée, aucun remboursement ne pourra être effectué.
7	Certificat médical d'aptitude à la conduite d'une ambulance (TARS) validé par la Préfecture de votre département de résidence <u>Information importante :</u> L'obtention de ces certificats médicaux nécessitent des prises de rendez-vous chez des médecins agréés. Ces démarches pouvant être longues, nous vous conseillons vivement de les débiter le plus tôt possible.	Prendre rendez-vous avec un médecin agréé par la Préfecture de votre département de résidence pour faire compléter le document CERFA N°14880. Liste des médecins agréés du Rhône sur : https://www.rhone.gouv.fr/Demarches-administratives/Permis-de-conduire-routier/Visite-medicale/Visite-medicale-chez-un-medecin-agree Nous fournir une copie puis transmettre le document à la Préfecture de votre département de résidence pour validation . Pour le Rhône, se rendre sur le site « Démarches simplifiées » pour faire valider le document par la Préfecture : https://www.demarches-simplifiees.fr/commencer/demarche-tars-rhone Une fois le document validé par la Préfecture, nous transmettre une copie.
8	Certificat médical de non contre- indication à la profession d'Auxiliaire Ambulancier : Document en annexe 2	Document à faire remplir par un médecin agréé par l'ARS . Liste des médecins agréés de la Région Auvergne Rhône Alpes sur : https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/liste-des-medecins-et-specialistes-agrees
9	Certificat médical de vaccination : Document en annexe 3	Document à compléter par un médecin généraliste de votre choix , attestant que vous êtes à jour des vaccinations nécessaires à la profession d'auxiliaire ambulancier. Ne pas fournir la copie de votre carnet de santé.

ETAT CIVIL

Merci de répondre en MAJUSCULES

Nom de naissance : _____

Nom d'usage : _____

Prénom(s) : _____

Sexe (cocher la case correspondante) : Masculin Féminin

Nationalité : _____

Date de naissance : _____

Lieu de naissance (code postal, commune et pays) :

Adresse personnelle (domicile habituel) :

Adresse pendant la formation (si différente de l'adresse personnelle) :

Téléphone fixe : _____

Téléphone portable : _____

Adresse mail : _____

Cocher la mention correspondante à votre situation actuelle :

Situation familiale : marié / pacsé / divorcé / veuf / séparé / célibataire

Nombre d'enfants à charge : 0 1 2 3 4 et +

Date d'obtention du permis de conduire : _____

Date de fin de la période probatoire du permis de conduire : _____

EXPERIENCES PROFESSIONNELLES

Qu'avez-vous fait depuis la fin de votre scolarité obligatoire ?

Nom de l'employeur	Poste occupé	Dates
		Du Au

SITUATION A L'ENTREE EN FORMATION

Sorti du système scolaire depuis moins d'un an

Sorti du système scolaire depuis plus d'un an

Salarié

Demandeur d'emploi (fournir la copie de votre attestation d'inscription) :

Date d'inscription à France Travail : _____

Numéro d'identifiant France Travail : _____

Type d'allocation : _____

Autre, à préciser : _____

COÛT DE LA FORMATION

MONTANT TOTAL (HORS FRAIS DE DOSSIER DE 25€) : 1 100 €

Tarif forfaitaire pour 91 heures de formation

Différentes prises en charge peuvent être envisagée (nous contacter)

PRISE EN CHARGE ENVISAGEE

Personnelle (nous contacter pour un devis)

France Travail

Merci de préciser les informations suivantes :

- Votre identifiant : _____
- Le code département indiqué sur votre attestation : _____

Autre, à préciser : _____

J'accepte que mes nom et prénom soit publiés sur la liste des résultats du concours d'entrée mise en ligne sur le site Internet de Don Bosco Lyon : OUI NON

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

Fait à (commune) _____

Le (date) _____

Signature du candidat

Relevé d'Identité Bancaire



Cadre réservé au destinataire du relevé

--

Identification du compte pour une utilisation nationale

13825	00200	08000892729	67
c/Etabl.	c/guichet	n/compte	c/rib

Domiciliation

BIC

CAISSE D'EPARGNE RHONE ALPES	CEPAFRPP382
------------------------------	-------------

Identification du compte pour une utilisation internationale (IBAN)

FR76	1382	5002	0008	0008	9272	967
------	------	------	------	------	------	-----

Agence
 AGENCE ESS RHONE AIN

 TOUR INCITY
 116 COURS LAFAYETTE
 BP 3276
 69404 LYON CEDEX 03
 TEL : 04.72.60.20.00

Intitulé du compte
 DON BOSCO LYON
 LYCEE PRIVE DON BOSCO

 12 MTE SAINT LAURENT

 69005 LYON 5EME

**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION A LA PROFESSION
D'AMBULANCIER**

**Etabli par un médecin agréé par l'ARS du département de votre lieu de
résidence**

Liste disponible sur www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/liste-des-medecins-et-specialistes-agrees

Je soussigné(e) Docteur,
médecin agréé ARS, certifie avoir examiné ce jour
Mr/Mme

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

Fait à, le

Cachet et signature du médecin

CERTIFICAT MEDICAL DE VACCINATIONS

Établi par le médecin généraliste de votre choix

Je soussigné(e) Docteur,
 médecin généraliste, certifie avoir examiné ce jour
 Mr/Mme.....

J'atteste que le (la) candidat(e) est à jour des vaccinations suivantes :

Antidiphthérique, antitétanique, antipoliomyélitique (DTP)

Dernier rappel effectué		
Nom du vaccin	Date du vaccin	N° lot

Hépatite B

	Nom du vaccin	Date du vaccin	N° lot
1ère injection			
2ème injection			
3ème injection			

Dosage des anticorps anti-Hbs

Date du dosage	
Résultat du dosage (en UI/L)	

Fait à, le

Cachet et signature du médecin

1

ETAT CIVIL ET COORDONNEES DU DEMANDEUR À REMPLIR À L'ENCRE NOIRE, EN LETTRES MAJUSCULES SANS ACCENT NI RATURE

Nom de naissance (C'est le nom qui figure sur votre acte de naissance)

Prénom(s) (Dans l'ordre de l'état civil)

Nom d'usage (s'il y a lieu) (ex : nom d'époux(se))

Date de naissance : Jour Mois Année Sexe : Femme Homme Téléphone portable (Recommandé)

Commune de naissance Département ou Collectivité d'outre-mer

Pays (Si vous êtes né(e) à l'étranger)

Adresse : N° de la voie Extension : bis, ter, etc. Type de voie : avenue, boulevard, etc.

Nom de la voie

Complément d'adresse (Étage, escalier, appartement - Immeuble, bâtiment, résidence - Lieu-dit, Boîte postale, Commune déléguée)

Code postal Commune

Courriel (Recommandé)

2

Motif de la demande d'avis médical : Renouvellement périodique Nouvelle catégorie Suspension Après invalidation ou annulation Autre

Catégorie(s) de permis déjà détenue(s) : AM A1 A2 A B1 B BE C1 C1E C CE D1 D1E D DE

Catégorie(s) de permis sur lesquelles porte l'avis médical : A1 A2 A B1 B BE C1 C1E C CE D1 D1E D DE

Activité(s) professionnelle(s) exercée(s) :

Taxi VTC Ambulance Ramassage scolaire Transport public de personnes Transport public à moto Enseignant de la conduite

AVIS DU OU DES MÉDECINS

3 Modalités du contrôle médical :

En cabinet médical En commission médicale primaire En commission médicale d'appel Autres : _____

3-1

Examens complémentaires demandés le _____ Examen psychotechnique réalisé le _____

4

Le(s) médecin(s) _____ et _____ agréé(s) par le(s) préfet(s) de (s) département(s) n° _____, après contrôle médical de l'intéressé(e), émettent conformément à la réglementation en vigueur et à la liste des affections médicales compatibles avec le maintien ou la délivrance du permis de conduire, l'avis médical suivant :

5

APTE pour la durée de validité fixée par la réglementation Groupe léger Groupe lourd

APTE TEMPORAIRE pour une durée de validité limitée à _____ et à réexaminer par la commission médicale : oui non

APTE avec les restrictions ou dispenses suivantes : dispositif de correction et/ou protection de la vision autres

INAPTE Groupe léger Groupe lourd

Observations :

6

Après contrôle médical, le médecin agréé, consultant hors commission médicale : ne prononce pas d'avis et renvoie l'utilisateur devant la commission médicale primaire.

7

DÉCLARATION EN CAS D'AVIS D'APTITUDE TEMPORAIRE, D'APTITUDE AVEC RESTRICTIONS OU D'INAPTITUDE

Je soussigné(e), M. Mme _____ déclare avoir pris connaissance des motifs d'ordre médical qui ont entraîné l'avis d'aptitude temporaire, d'aptitude avec restrictions ou d'inaptitude à la conduite.

8

Fait le : / /

Signature de l'utilisateur (à l'issue du contrôle médical)
[Représentant légal si mineur]

Signature et cachet du ou des médecins