

**DOSSIER D'INSCRIPTION À LA FORMATION**  
**« Diplôme d'État d'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](mailto:formation.continue@donboscolyon.org)**

**Nom :** \_\_\_\_\_

**Prénom :** \_\_\_\_\_

**Session :** du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

**TOUT DOSSIER INCOMPLET OU RENVOYÉ HORS DELAI NE SERA PAS TRAITÉ**



## DOCUMENTS A JOINDRE AU DOSSIER D'INSCRIPTION

1	<b>Curriculum vitae</b>	Document <b>à jour</b> .
2	<b>Lettre de motivation</b>	Document <b>manuscrit</b> .
3	<b>Document en lien avec les attendus de la formation</b>	<p>Au choix du candidat :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>soit un document relatant une situation personnelle ou professionnelle vécue ;</li> <li>soit un document relatant le projet professionnel.</li> </ul> <p>Ce document <b>manuscrit</b> ne doit pas excéder <b>2 pages</b>.</p>
4	<b>Carte nationale d'identité ou Passeport ou Titre de séjour</b>	Document <b>en cours de validité</b> ; À défaut, l'attestation de demande de renouvellement ; Copie recto/verso <b>lisible</b> .
5	<b>Permis de conduire</b>	Document <b>en cours de validité</b> ; Attention à ne pas être détenteur d'un permis probatoire ; Copie recto/verso <b>lisible</b> .
6	<b>Attestation de droits à la Sécurité Sociale</b>	Document <b>à jour</b> ; Attention : ne pas fournir une copie de la Carte Vitale.
7	<b>Attestation d'assurance responsabilité civile</b>	Document <b>à jour et couvrant la durée de la formation</b> .
8	<b>Pour les ressortissants hors Union Européenne</b>	<b>Attestation du niveau de langue française B2</b> (ou autre document permettant d'apprécier la maîtrise de la langue française).
9	<b>Virement de 65€ pour les frais d'inscription</b>  RIB en annexe 1	Virement à libeller avec <b>Nom et Prénom</b> ; Envoi du justificatif de virement à l'IFA en précisant « <b>DEA</b> » ; Une fois votre inscription enregistrée, aucun remboursement ne pourra être effectué.

## CERTIFICATS MEDICAUX

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.

10	<b>Certificat médical d'aptitude à la conduite d'une ambulance (TARS) validé par la Préfecture de votre département de résidence</b>	Prendre rendez-vous avec un <b>médecin agréé par la Préfecture de votre département de résidence</b> pour faire compléter le document CERFA N°14880.  Liste des médecins agréés du Rhône sur : <a href="https://www.rhone.gouv.fr/Demarches-administratives/Permis-de-conduire-routier/Visite-medicale/Visite-medicale-chez-un-medecin-agree">https://www.rhone.gouv.fr/Demarches-administratives/Permis-de-conduire-routier/Visite-medicale/Visite-medicale-chez-un-medecin-agree</a>  Nous fournir une copie puis <b>transmettre le document à la Préfecture de votre département de résidence pour validation</b> . Pour le Rhône, se rendre sur le site « Démarches simplifiées » pour faire valider le document par la Préfecture : <a href="https://www.demarches-simplifiees.fr/commencer/demarche-tars-rhone">https://www.demarches-simplifiees.fr/commencer/demarche-tars-rhone</a>  <b>Une fois le document validé par la Préfecture, nous transmettre une copie.</b>
11	<b>Certificat médical de non contre-indication à la profession d'ambulancier :</b>  Document en annexe 2	Document à faire remplir par un <b>médecin agréé par l'ARS</b> .  Liste des médecins agréés de la Région Auvergne Rhône Alpes sur : <a href="https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/liste-des-medecins-et-specialistes-agrees">https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/liste-des-medecins-et-specialistes-agrees</a>
12	<b>Certificat médical de vaccinations :</b>  Document en annexe 3	Document à compléter par le <b>médecin généraliste de votre choix</b> , attestant que vous êtes à jour des vaccinations nécessaires à la profession d'ambulancier. Ne pas fournir la copie de votre carnet de santé.

## DOCUMENT A FOURNIR AVANT L'EPREUVE D'ADMISSION

13	<b>Soit l'attestation de validation du stage d'orientation professionnelle</b>	<b>Stage de 70h</b> obligatoire pour les personnes sans expérience professionnelle en tant qu'auxiliaire ambulancier.
14	<b>Soit l'attestation de l'employeur</b>	Pour les personnes ayant exercé <b>au moins un mois en qualité d'auxiliaire ambulancier</b> .

**DERNIERS DIPLOMES OBTENUS**

Joindre impérativement une copie du (ou des) diplôme(s) au dossier d'inscription.

Niveau	Intitulé du diplôme	Date d'obtention
<b>Niveau 3</b> BEP, CAP, ...		
<b>Niveau 4</b> BAC, BP, ...		
<b>Niveau 5</b> BAC + 2 ans		
<b>Niveau 6</b> BAC + 3 ans		
<b>Niveau 7</b> BAC + 5 ans		
<b>Niveau 8</b> BAC + 8 ans		
<b>AFGSU 1</b> <i>Préciser l'organisme</i>		
<b>AFGSU 2</b> <i>Préciser l'organisme</i>		
<b>Auxiliaire ambulancier</b> <i>Joindre également une copie de l'AFGSU 2</i>		
<b>Autres diplômes</b> PSC 1, PSE 1, PSE 2, BNSSA, SST, PAE, ...		



### DIPLOMES SANITAIRES OU SOCIAUX OBTENUS

Joindre impérativement une copie du (ou des) diplôme(s) au dossier d'inscription.

La détention de l'un de ces diplômes permet certaines dispenses d'enseignements (voir section « Informations importantes » en fin de dossier).

Intitulé du diplôme	Date d'obtention	Département d'obtention
<b>DE d'aide-soignante</b> (DEAS)		
<b>DE d'infirmier</b> (DEI)		
<b>DE de masseur-kinésithérapeute</b> (DEMK)		
<b>DE de pédicure-podologue</b> (DEPP)		
<b>DE d'ergothérapeute</b> (DEE)		
<b>DE de psychomotricien</b> (DEP)		
<b>DE de manipulateur en électroradiologie médicale</b> (DEMER)		
<b>DE de technicien de laboratoire médical</b> (DETLM)		
<b>DE d'auxiliaire de puériculture</b> (DEAP)		
<b>DE d'accompagnant éducatif et sociale</b> (DEAES)		
<b>Titre professionnel d'assistant de vie aux familles</b> (TPAVF)		



### AUTRES DIPLOMES OBTENUS

Joindre impérativement une copie du (ou des) diplôme(s) au dossier d'inscription.

La détention de l'un de ces diplômes permet certaines dispenses d'enseignements (voir section « Informations importantes » en fin de dossier

Intitulé du diplôme	Date d'obtention	Département d'obtention
<b>Diplôme d'assistante de régulation médicale</b> (DARM)		
<b>Titre professionnel d'agent de service médico-social</b> (TPASMS)		
<b>Titre professionnel de conducteur livreur sur véhicule utilitaire léger</b> (TPCL)		
<b>Certificat de qualification professionnel d'assistant médicale</b> (CQPAM)		
<b>BAC PRO Accompagnement soins et services à la personne</b> (ASSP)		
<b>BAC PRO Services aux personnes et aux territoires</b> (SAPAT)		
<b>BAC PRO Conducteur transport routier de marchandises</b> (CTRM)		



**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 : \_\_\_\_\_

N° INE (identification nationale des étudiants) : \_\_\_\_\_

Votre Numéro INE figure sur le relevé de notes du Baccalauréat, un certificat de scolarité ou une ancienne carte étudiante

**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
		Du Au
		Du Au

### SITUATION A L'ENTREE EN FORMATION

**[ ] Étudiant :**

Établissement scolaire et dernière classe fréquentée (au cours des 2 dernières années) :

\_\_\_\_\_

**[ ] Salarié :**

Type de contrat (rayez les mentions inutiles) : CDI / CDD / Autre

Poste occupé : \_\_\_\_\_

Nom et coordonnées de l'employeur : \_\_\_\_\_

**[ ] Demandeur d'emploi**

Date d'inscription à Pôle Emploi : \_\_\_\_\_ Numéro identifiant Pôle Emploi : \_\_\_\_\_

Type d'allocation : \_\_\_\_\_ Rémunération Pôle Emploi : \_\_\_\_\_

**[ ] Autre**, à préciser : \_\_\_\_\_

**Renseignements complémentaires (obligatoire) :**

Dernière année ou classe suivie : \_\_\_\_\_

Intitulé du dernier diplôme ou titre préparé : \_\_\_\_\_

Niveau du dernier diplôme ou titre préparé : \_\_\_\_\_

Premier contrat d'apprentissage (cochez la case correspondante) : [ ] OUI [ ] NON



**PRISE EN CHARGE ENVISAGEE**

**Contrat d'apprentissage**

**Contrat de professionnalisation**

**En cas de contrat d'apprentissage ou de professionnalisation :**

Coordonnées et nom de l'employeur (personne à contacter) :

---

Cachet et signature de l'employeur :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

**Personnelle, avec CPF** (faire la demande sur « Mon Compte Formation », une fois votre demande validée par nos soins, il faudra retourner sur votre compte pour l'accepter)

**Personnelle, hors CPF** (nous contacter pour un devis)

**Organisme public** (rayez la mention inutile) : France Travail / Autre, à préciser :

---

**Autre prise en charge**, 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**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## INFORMATIONS IMPORTANTES

### 1/ Modalités de concours d'entrée en formation au DEA

Le processus de sélection des candidats comprend deux épreuves :

- Une épreuve d'admissibilité consistant en une étude de dossier. À la suite de cette épreuve, seuls les candidats ayant obtenu une note supérieure ou égale à 10/20 sont déclarés admissibles.
- Une épreuve d'admission consistant en un entretien de motivation. A la suite de cette épreuve, seuls les candidats ayant obtenu une note supérieure ou égale à 08/20 sont déclarés admis. Le jury établit alors un classement comprenant une liste principale et une liste complémentaire. Les candidats de la liste principale sont admis en formation, ceux de la liste complémentaire le sont en cas de désistement d'un ou plusieurs candidats de la liste principale.

Pour se présenter à l'entretien d'admission, les candidats doivent réaliser un stage d'observation dans un service hospitalier en charge du transport sanitaire ou dans une entreprise de transport sanitaire pendant une durée de 70 heures. Ce stage est réalisé de façon continue sur un seul lieu de stage. À l'issue du stage, le responsable du service ou de l'entreprise remet obligatoirement au candidat une attestation de suivi de stage qui est remise aux examinateurs lors de l'entretien d'admission.

L'entrée en formation est ainsi soumise à la réussite du candidat à l'épreuve d'admissibilité, à l'épreuve d'admission, à la réalisation d'un stage d'observation de 70h, ainsi qu'à la signature d'un contrat d'alternance avec un employeur au plus tard le premier jour de formation (sauf cursus partiel).

Les résultats des épreuves sont affichés au siège de l'IFA Don Bosco Lyon ainsi que sur le site internet [www.donboscolyon.org](http://www.donboscolyon.org) (onglet IFA). Les candidats admis ont alors dix jours pour confirmer par mail leur entrée en formation. En cas d'absence de confirmation, le candidat est présumé avoir renoncé à son admission (ou à son classement sur la liste complémentaire) et sa place est proposée au candidat suivant.



## 2/ Motifs de dispenses d'épreuves aux concours d'entrée

Sont dispensés du stage d'orientation professionnelle :

- Les auxiliaires ambulanciers ayant exercé au moins un mois lors des trois dernières années
- Les sapeurs-pompiers de la BSPP (Paris) ayant exercé plus de trois ans
- Les marins-pompiers de la BMPM (Marseille) ayant exercé plus de trois ans

Sont dispensés de l'épreuve d'admissibilité :

- Les titulaires d'un diplôme de niveau 4 (Baccalauréat ou équivalent)
- Les titulaires d'un diplôme de niveau 3 (BEP, CAP ou équivalent) du secteur sanitaire ou social)
- Les titulaires d'un diplôme étranger leur permettant d'accéder à des études universitaires dans le pays où il a été obtenu
- Les candidats ayant été admis dans une formation d'auxiliaires médicaux (livre III du CSP : infirmiers, kinés, opticiens, psychomotriciens, orthophonistes, ...)
- Les auxiliaires ambulanciers ayant exercé au moins un an durant les trois dernières années (attention : le dossier d'admission est alors constitué des documents du dossier d'admissibilité)

## 3/ Motifs de dispenses d'enseignements

Selon les diplômes déjà obtenus, le candidat peut bénéficier de dispenses d'enseignements :

- Diplôme d'État d'aide-soignant
- Diplôme d'État d'auxiliaire de puériculture
- Diplôme d'assistant de régulation médicale
- Diplôme d'État d'accompagnant éducatif et social
- Titre professionnel d'assistant de vie aux familles
- Titre professionnel d'agent de service médico-social
- Titre professionnel de conducteur livreur sur véhicule utilitaire léger
- Certificat de qualification professionnelle d'assistant médical
- Baccalauréat professionnel accompagnement, soins et services à la personne
- Baccalauréat professionnel services aux personnes et aux territoires
- Baccalauréat professionnel conducteur transport routier de marchandises
- Diplômes permettant l'exercice de l'une des professions inscrites aux titres Ier, II, III et V du livre III de la quatrième partie réglementaire du code de la santé publique

#### **4/ Demande d'aménagement et/ou de tiers temps pour motif médical**

Des aménagements pour motif médical peuvent s'appliquer à tout ou partie des épreuves et évaluations. Le candidat doit réaliser une demande accompagnée d'un certificat médical qui sera transmis au médecin désigné par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) du Rhône. La CDAPH étudiera la demande du candidat et rendra un avis en proposant les aménagements nécessaires. L'IFA Don Bosco Lyon acceptera ou non les aménagements proposés et fera part de sa décision au 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](http://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

## ATTESTATION DE VALIDATION DU STAGE D'ORIENTATION PROFESSIONNELLE

**Candidat :**

Nom : ..... Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 .....  
 Code Postal : ..... Ville : .....  
 Tél : : ..... 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					
Appréciation générale					

STAGE VALIDE :     OUI            NON

Date : .....

Cachet de l'entreprise, signature du responsable :

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

**Candidat :**

Nom : ..... Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 .....  
 Code Postal : ..... Ville : .....  
 Tél : : ..... Email : .....

**Période d'exercice professionnel :** Du .....au .....

**Entreprise de transport sanitaire :** .....

N° SIRET : .....  
 Adresse : .....  
 .....  
 Code Postal : ..... Ville : .....  
 Nom du responsable de l'entreprise : .....  
 Email : .....

Evaluations du candidat :

<b>CRITERES</b>	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 :

**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
<input type="checkbox"/>														

**Catégorie(s) de permis sur lesquelles porte l'avis médical :**

A1	A2	A	B1	B	BE	C1	C1E	C	CE	D1	D1E	D	DE
<input type="checkbox"/>													

**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