



Formation



## FORMATION D'AMBULANCIER

# DOSSIER D'INSCRIPTION AU CONCOURS D'ENTREE EN FORMATION DIPLOME D'ÉTAT D'AMBULANCIER

Site de TOULOUSE



**INSTITUT REGIONAL DE FORMATION SANITAIRE ET  
SOCIAL MIDI-PYRENEES**  
**Institut de Formation d'Ambulancier**  
71 chemin des Capelles – 31300 TOULOUSE  
Tél. : 05.61.31.56.18 / Fax : 05.61.31.56.60  
email : ifa.toulouse@croix-rouge.fr



## FORMATION AU DIPLÔME D'ÉTAT D'AMBULANCIER

L'ensemble de la formation comprend 630 heures d'enseignement théorique et clinique en institut de formation et en stage, réparties comme suit :

- . Enseignement en institut de formation : 455 heures,
- . Enseignement en stage clinique et en stage en entreprise : 175 heures.

**Domaine professionnel :** SANTÉ

**Filière de formation :** SANITAIRE - MÉDICO TECHNIQUE

**Niveau :** V

**Emploi type :** AMBULANCIER DIPLÔME D'ÉTAT

**Contexte de réalisation :** Exerce dans différents types de structures tels que :

- Établissements de santé,
- Entreprises privées de transport sanitaire.

**Objectif global de la formation :** Assurer, sur prescription médicale ou en cas d'urgence, pour des raisons de soins ou de diagnostic, tout type de prise en charge de patient au sein d'un service de transport sanitaire.

**Modalités de reconnaissance :** Diplôme d'Etat d'Ambulancier (DEA)

**Liste des modules de formation :**

	Intitulé et durée totale du module	Type d'enseignement	Durée respective
<b>Module 1</b>	Dans toute situation d'urgence, assurer les gestes adaptés à l'état du patient (175 heures)	Théorique	105 h
		Clinique	70 h
<b>Module 2</b>	Apprécier l'état clinique du patient (105 heures)	Théorique	70 h
		Clinique	35 h
<b>Module 3</b>	Respecter les règles d'hygiène et participer à la prévention de la transmission des infections (35 heures)	Théorique	35 h
<b>Module 4</b>	Utiliser les techniques préventives de manutention et les règles de sécurité pour l'installation et la mobilisation des patients (105 heures)	Théorique	70 h
		Clinique	35 h
<b>Module 5</b>	Etablir une communication adaptée au patient et à son entourage (70 heures)	Théorique	70 h
<b>Module 6</b>	Assurer la sécurité du transport sanitaire (70 heures)	Théorique	35 h
		Clinique	35 h
<b>Module 7</b>	Rechercher, traiter et transmettre les informations pour assurer la continuité des soins (35 heures)	Théorique	35 h
<b>Module 8</b>	Organiser les activités professionnelles dans le respect des règles et des valeurs de la profession (35 heures)	Théorique	35 h

**La participation à l'ensemble des enseignements est obligatoire.**

**Allègement de Formation :**

Les personnes titulaires de l'un des 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\* sont dispensées des modules de formation 1, 2, 3, 4, 5 et 7 (confer annexe 3).

Les personnes titulaires du Diplôme D'Etat d'Aide-Soignant (D.E.A.S.) sont dispensées des modules de formation 2, 4, 5 et 7 et des épreuves de sélection.

Les personnes titulaires du Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Puériculture (DEAP), Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale (DEAVS) et Diplôme d'Etat d'Assistante de Vie aux Familles (DEAVF) sont dispensées des modules de formation 4, 5 et 7 et des épreuves de sélection.

**L'entrée en formation est conditionnée par le succès aux épreuves de sélection décrites ci-après.**

**LES ÉPREUVES DE SÉLECTION : (sauf dispense) sont au nombre de 3.**

### 1 - ÉPREUVE permettant de se présenter à l'oral d'admission

Un stage d'orientation professionnelle OBLIGATOIRE réalisé dans un service hospitalier en charge du transport sanitaire ou dans une entreprise de transport sanitaire habilitée. Ce stage, d'une durée de 140 heures (sur une période de 3 semaines minimum) peut être réalisé en continu ou en discontinu et au maximum sur deux sites différents.

- Pour ce stage vous devez souscrire une assurance responsabilité civile (auprès de votre assureur).

Les candidats doivent **impérativement remettre l'attestation** (annexe I) **aux examinateurs** lors de l'épreuve orale. **Sans cette attestation validée par signature et cachet du chef d'entreprise, le candidat ne sera pas admis à se présenter à l'épreuve orale d'admission.**

Sont dispensés du stage d'orientation professionnelle, les auxiliaires ambulanciers ayant exercé pendant 1 mois minimum en continu ou en discontinu, durant les trois dernières années ainsi que les candidats issus de la brigade des sapeurs-pompiers de Paris ou marins-pompiers de Marseille justifiant d'une expérience professionnelle de trois années.

### 2 - ÉPREUVE ÉCRITE D'ADMISSIBILITÉ (les convocations vous parviendront 15 jours avant la date de l'épreuve) ;

- ✓ français : à partir de 2 questions : commentaire de texte portant sur un sujet d'actualité d'ordre sanitaire et social (niveau brevet des collèges)
- ✓ arithmétique : 4 opérations numériques de base et conversions mathématiques (sans moyen électronique de calcul).

Chacune des épreuves est notée sur 10 points. Toute note inférieure ou égale à 2,5/10 est éliminatoire.

Sont dispensés de l'épreuve écrite d'admissibilité les candidats :

- 1) titulaires d'un titre ou diplôme homologué au niveau IV ;
- 2) titulaires d'un titre ou diplôme du secteur sanitaire et social homologué au minimum au niveau V ;
- 3) titulaires d'un titre ou diplôme étranger permettant d'accéder à des études universitaires dans le pays où il a été obtenu ;
- 4) ayant été admis en formation d'auxiliaires médicaux ;
- 5) les auxiliaires ambulanciers ayant exercé pendant 1 mois minimum en continu ou en discontinu, durant les trois dernières années **et remplissant l'une des quatre conditions susmentionnées.**

### 3 - ÉPREUVE ORALE D'ADMISSION (les convocations vous parviendront 15 jours avant la date de l'épreuve)

ÉPREUVE ORALE : - commentaire de texte dans le domaine sanitaire ou social (noté sur 12 points)  
- entretien de motivation (noté sur 8 points)

Total sur 20 points. Toute note inférieure à 8/20 est éliminatoire. Une liste principale et une liste complémentaire de classement seront éditées à l'issue de l'épreuve d'admission.

Seront convoqués à l'épreuve orale d'admission :

- a) les candidats ayant obtenu une note supérieure ou égale à 10/20 à l'ensemble de l'épreuve écrite (candidats concernés),
- b) les candidats dispensés des épreuves écrites.

Sont dispensés de l'épreuve orale d'admission, les candidats ayant exercé, à la date des épreuves les fonctions d'auxiliaire ambulancier pendant une durée continue d'au moins un an durant les 5 dernières années dans une ou plusieurs entreprises de transport sanitaire.

**CAPACITE D'ACCUEIL** pour la formation : 50 candidats, sous réserve de modification par un arrêté.

## MODALITÉS D'INSCRIPTION

Compléter les rubriques de la fiche d'inscription et joindre toutes les pièces demandées.

Seuls seront convoqués aux épreuves de sélection les candidats ayant fait parvenir **tous les éléments** demandés qui sont à joindre à la **fiche d'inscription**, par **courrier**, en **un seul envoi**.

Tout dossier **incomplet** ou parvenu **hors-délai** (après le 22 septembre 2017) ne sera pas traité (le cachet de la poste faisant foi)

## ELEMENTS A JOINDRE A LA FICHE D'INSCRIPTION

- 1) Deux enveloppes format 22 x 11 libellées à vos nom et adresse (non affranchies),
- 2) Une enveloppe format A5 libellée à vos nom et adresse (non affranchie),
- 3) La fiche d'inscription ci-jointe, dûment complétée,
- 4) Une photocopie recto-verso de votre carte d'identité **en cours de validité**,
- 5) Une photocopie recto-verso (**obligatoirement**) du permis de conduire catégorie B en cours de validité (**dont la période probatoire est expirée**),

Trois certificats médicaux différents sont à fournir :

- 6) Une photocopie de l'attestation préfectorale d'aptitude à la conduite des ambulances (carte **ou** CERFA n°14880\*01 **volets 1 et 2**) délivrés, après examen médical, **par un médecin agréé par la Préfecture** (voir sur internet la liste des médecins agréés préfecture),
- 7) Le certificat médical **original, ci-joint** de non contre-indication à la profession d'ambulancier, complété **par un médecin agréé par la Direction Départementale de la Cohésion Sociale** (voir sur internet la liste des médecins agréés de votre département),
- 8) Le certificat médical **original** de vaccinations **ci-joint** conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation, complété par le médecin de votre choix (**l'immunité doit être acquise au moment de l'inscription**) le médecin doit OBLIGATOIREMENT compléter tous les éléments de l'attestation médicale d'immunisation et de vaccinations,

**Les photocopies de certificats médicaux et de carnets de vaccinations (des paragraphes 7 et 8) ne sont pas acceptées.**

- 9) Un chèque de 85 €, correspondant aux droits d'inscription, libellé à l'ordre de : *IRFSS Croix-Rouge Française*. **En cas de désistement, absence ou échec aux épreuves de sélection, quel qu'en soit le motif, les droits d'inscription ne seront pas remboursés. Les mandats ne sont pas acceptés.** (à titre informatif, le coût de la formation est de 3 400 €)
- 10) Une photocopie lisible du diplôme permettant la dispense des épreuves écrites,
- 11) Une photo d'identité à coller sur la FICHE D'INSCRIPTION.

**Pour les candidats attestant d'une expérience professionnelle d'auxiliaire ambulancier d'un mois minimum :**

- 12) Fournir l'attestation de l'employeur (**annexe II**) complétée par le chef d'entreprise (l'activité professionnelle doit avoir donné lieu à cotisation à la Sécurité Sociale).

**La fiche d'inscription et tous ces éléments sont à renvoyer par courrier à l'attention de :**  
Mme Hélène CATALA  
Croix-Rouge Française - Institut de Formation d'Ambulanciers  
71 chemin des Capelles 31300 Toulouse

Photo  
à  
coller

## FICHE D'INSCRIPTION DIPLOME D'ÉTAT D'AMBULANCIER

Site de Toulouse

Mme  M.

célibataire,  marié(e),  pacs,  concubinage,  divorcé(e),  séparé(e),  veuf (veuve).

NOM ..... NOM DE JEUNE FILLE .....

PRÉNOMS .....

DATE DE NAISSANCE ..... LIEU et département .....

NATIONALITÉ .....

ADRESSE .....

CODE POSTAL..... VILLE .....

TÉLÉPHONE FIXE ..... MOBILE .....

ADRESSE ÉLECTRONIQUE (à remplir obligatoirement) .....

PERMIS DE CONDUIRE Catégorie B délivré le : .....

ATTESTATION PREFECTORALE d'aptitude à la conduite des ambulances obtenue le : .....

NOM et date du dernier DIPLOME SCOLAIRE OBTENU : .....

EMPLOI DEJA EXERCÉ (à remplir obligatoirement) : .....

ÊTES-VOUS ACTUELLEMENT SALARIÉ(E) ? OUI  NON  CDI  CDD  AUTRE .....

CONTRAT du ..... au ..... (à remplir obligatoirement)

SI NON : N° d'inscription au Pôle Emploi : ..... Date d'inscription Pôle Emploi .....

Date :

Signature : OBLIGATOIRE

**ATTESTATION MEDICALE D'IMMUNISATION ET DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES**

Médecin : NOM Prénom  
Titre et qualification  
Adresse  
Téléphone

Je soussigné(e) Docteur certifie que M/Mme  
NOM Prénom né(e)

Candidat(e) à l'inscription à (*entourer la filière choisie*) :

- Professions médicales et pharmaceutiques : médecin, chirurgien-dentiste, sage femme ou pharmacien ;
- Autres professions de santé : aide-soignant, ambulancier, auxiliaire ambulancier, auxiliaire de puériculture, infirmier, infirmier spécialisé, manipulateur d'électroradiologie médicale, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologie, technicien en analyse biomédicales.

a été vacciné(e) :

- **Contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite :**

Dernier Rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N° lot

- **Contre l'hépatite B**, selon les conditions définies au verso, il/elle est considéré(e) comme (*rayez les mentions inutiles*) :

- immunisé(e) contre l'hépatite B :            oui                            non  
- non répondeur(se) à la vaccination :        oui                            non

- **Par le BCG** (*obligatoire aussi pour d'autres filières d'études*) :

Vaccin intradermique ou Monovax®	Date (dernier vaccin)	N° lot

IDR à la tuberculine datant de moins de 6 mois (obligatoire)	date	Résultat (en mm)

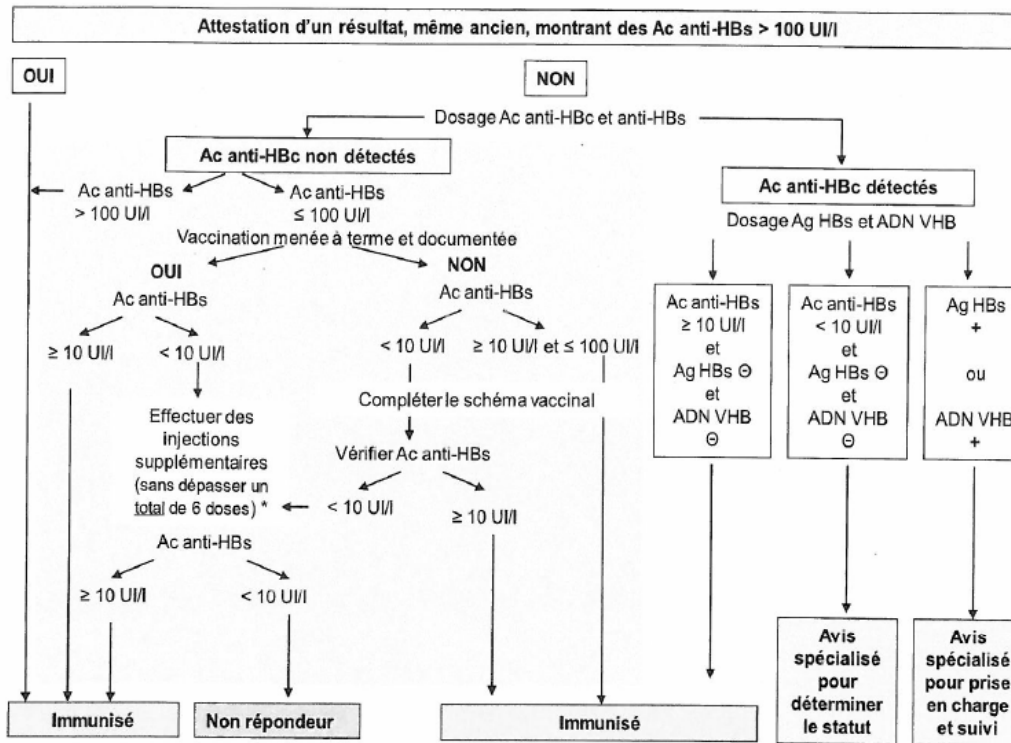
Lieu :

Date :

**Signature et cachet du médecin (obligatoires)**

**Nota bene :** Selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour ces professionnels de santé, il est par ailleurs recommandé d'être immunisé contre la coqueluche, la rougeole, la rubéole, la varicelle et la grippe saisonnière.

**Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des 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 tuberculitiques
- 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> )



**CERTIFICAT MÉDICAL  
DE NON CONTRE-INDICATION  
A LA PROFESSION D'AMBULANCIER  
(Arrêté du 26 janvier 2006 modifié)**

Je, soussigné(e), Docteur .....,  
médecin agréé, certifie avoir examiné ce jour

M .....

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 .....

**Cachet et signature du médecin  
agréé par la Direction Départementale  
de la Cohésion Sociale**

*NB : Pensez à vous présenter chez le médecin muni de votre carnet de santé.*

ANNEXE I  
IFA - CROIX-ROUGE FRANÇAISE  
ATTESTATION DE VALIDATION  
DU STAGE D'ORIENTATION PROFESSIONNELLE

**CANDIDAT :**

Nom : \_\_\_\_\_ Nom marital éventuel : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_

**DATE DU STAGE : à remplir obligatoirement : du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_**

**ET**

**NOMBRE D'HEURES EFFECTUEES (sur une période de 3 semaines minimum) à remplir obligatoirement :  
..... heures**

**NOM DE L'ENTREPRISE :**

N° Siret : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

Nom et fonction du responsable du suivi du stage d'orientation professionnelle :

**ÉVALUATION DU CANDIDAT :**

CRITÈRES	INSUFFISANT	MOYEN	BON	TRÈS BON	OBSERVATIONS
Aptitudes physiques (agilité, résistance, port de charges, ergonomie)					
Motivation professionnelle					
Exactitude, rigueur					
Maîtrise d'un véhicule sanitaire*					
Appréciation générale					

\* si évaluation possible

<b>STAGE VALIDE</b>	
oui	<input type="checkbox"/>
non	<input type="checkbox"/>

Date :

Signature du responsable de  
l'entreprise et cachet (obligatoire)

si stage effectué chez un **deuxième employeur** :

- 1) faire la **photocopie** de ce document
- 2) et la **faire remplir** par le deuxième employeur.

suite ANNEXE I  
IFA - CROIX-ROUGE FRANÇAISE

A l'issue du stage, le responsable du service ou de l'entreprise de transport sanitaire date, signe, appose son cachet sur cette attestation de stage d'orientation professionnelle et la remet **obligatoirement au candidat.**

Le candidat doit impérativement présenter l'original de ce document à l'épreuve orale d'admission avec la convocation et une pièce d'identité.

**Sans cette attestation, lors de l'épreuve orale le candidat sera considéré « refusé » à cette épreuve.**

ANNEXE II  
IFA - CROIX-ROUGE FRANÇAISE

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

**CANDIDAT :**

Nom : \_\_\_\_\_ Nom marital éventuel : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Tél. : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_

**PÉRIODE D'EXERCICE PROFESSIONNEL :** CDD  CDI  INTERIM

**à remplir obligatoirement** : du : \_\_\_\_\_ au : \_\_\_\_\_

**NOM DE L'ENTREPRISE :**

N° Siret : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Tél. : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_  
Mail : \_\_\_\_\_  
Nom du responsable de l'entreprise : \_\_\_\_\_

**APPRECIATION DE L'EMPLOYEUR :**

CRITÈRES	INSUFFISANT	MOYEN	BON	TRÈS BON	OBSERVATIONS
Aptitudes physiques (agilité, résistance, port de charges, ergonomie)					
Motivation professionnelle					
Exactitude, rigueur					
Maîtrise d'un véhicule sanitaire					
Appréciation générale					

Date :

CACHET (obligatoire)  
du responsable de l'entreprise

SIGNATURE (obligatoire)  
du responsable de l'entreprise

ANNEXE III  
IFA - CROIX-ROUGE FRANÇAISE

DIPLÔMES INSCRITS AUX TITRES Ier, II, III et V  
du livre III 4<sup>ème</sup> partie du code de la santé publique

- ✓ Infirmier, infirmier spécialisé,
- ✓ Masseur kinésithérapeute,
- ✓ Pédicure-podologue,
- ✓ Ergothérapeute,
- ✓ Psychomotricien,
- ✓ Manipulateur d'électroradiologie médicale.

# DIPLÔME D'ÉTAT D'AMBULANCIER

## Site de Toulouse

**Formation du 16 février au 03 juillet 2018**

**Inscriptions : Dépôt des dossiers : du 22 mai au 22 septembre 2017 inclus\***  
**Les dossiers doivent être parvenus au plus tard le 31 mars 2017 à 16 h (le cachet de la poste faisant foi).** Aucun dossier ne sera accepté en dehors des dates d'inscription.

**Epreuve écrite : vendredi 20 octobre 2017.**

**Epreuve orale : entre le 27 novembre et le 1<sup>er</sup> décembre 2017 inclus.**

- période stage d'orientation professionnelle : 140 heures (sur une période de 3 semaines minimum) avant le vendredi **24 novembre 2017**.



## **PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE SCOLARITE DES FORMATIONS SANITAIRES ET SOCIALES DE NIVEAU V ET IV**

**Règlement d'intervention applicable à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017**  
Délibération N°CP/2016-DEC/08.25 en date du 16 décembre 2016

### **Critères d'éligibilité à la gratuité de la formation**

**La Région Occitanie prend en charge les frais de scolarité des personnes éligibles remplissant les conditions suivantes :**

- être inscrit dans un établissement de formation **agrée** par la Région Occitanie et implanté sur son territoire pour préparer aux diplômes suivants : **aide-soignant, auxiliaire de puériculture, ambulancier, accompagnant éducatif et social, moniteur éducateur et technicien en intervention sociale et familiale.**
- être inscrit sur **un parcours de formation complet**, ou post Bac Pro ASSP (Accompagnement, Soins et Services à la Personne) et SAPAT (Services aux Personnes et aux Territoires).

### **Sont éligibles à la gratuité :**

- Les personnes en poursuite de cursus scolaire ;
- Toute personne cherchant à s'insérer sur le marché du travail, inscrite comme demandeur d'emploi **à la date du concours d'entrée en formation** ;
- Les personnes ayant obtenu l'autorisation d'un report de scolarité, sous réserve de leur statut de demandeur d'emploi au moment de la reprise de leur formation.

### **Sont exclues du dispositif :**

- Les personnes non salariées en disponibilité ou en congé sans solde ou en congé parental qui perçoivent l'allocation de libre choix d'activité ;
- Les personnes inscrites sur des parcours passerelles ou de revalidation.

### **Modalités de prise en charge :**

La Région prend en charge les frais de scolarité des élèves éligibles, inscrits et présents pour toute la session de formation.

La prise en charge des frais pédagogiques sera intégrée à la subvention de fonctionnement allouée annuellement aux instituts de formation agréés. Les futurs élèves n'ont aucune démarche à effectuer auprès de la Région.